

### 3. 介護保険制度について

(第3回研究会(平成27年12月1日)におけるプレゼンテーション)

#### 1) 介護保険制度の概略と今後の方向性

岡山県医師会 理事 江澤和彦氏

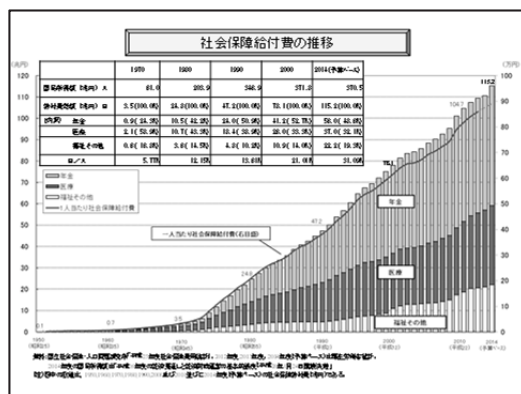


2015.12.1 岡山県医師会地域包括ケア研究会 第3回岡山地域医療連携・包括ケアシステム研究会(アークホテル岡山)

## 介護保険制度の概略と今後の方向性

公益社団法人岡山県医師会  
江澤和彦

認知症の高齢者数が増えることが推定されている。



#### ●我が国の状況

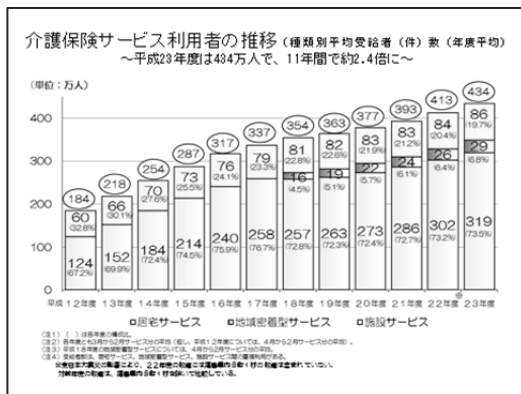
前回もお話したように、今、介護費用は単年度あたり 4~5%伸びているため、課題になっている。

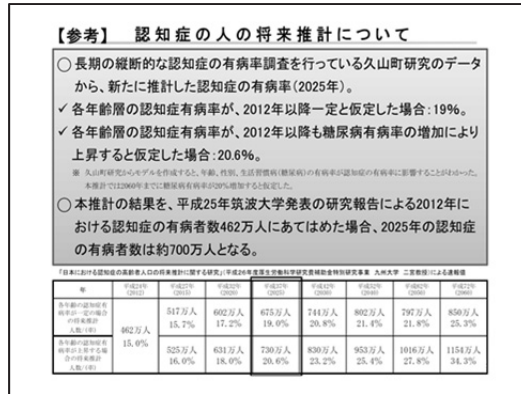
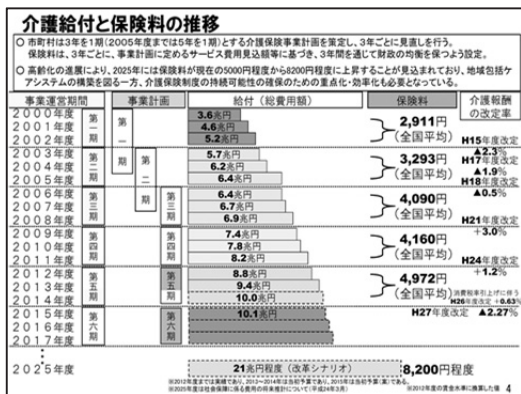
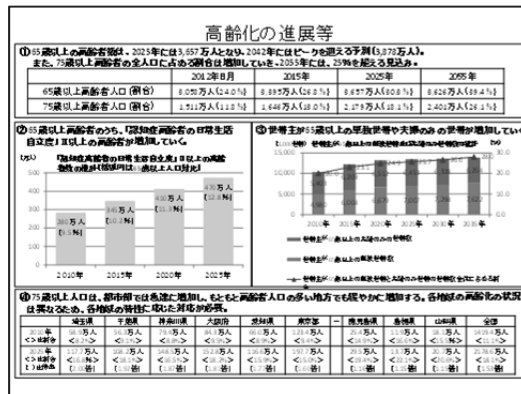
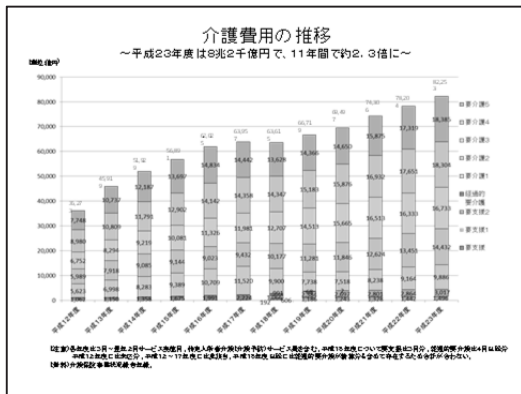
利用者は、11年間で約 2.4 倍に、費用は約 2.3 倍で、現時点では約 10 兆円となっている。

現在の介護保険料は、全国平均で 5,000 円を超えた状況になっている。2025 年には、改革を進めたとしても約 21 兆円にものぼり、介護保険料(全国平均)は 8,165 円程度になるということだ。

介護保険制度の保険料について、以前から 5,000 円の壁というものがああり、これを国民に十分な納得を得られるかどうか。

2025 年には高齢者の 5 人に 1 人まで、



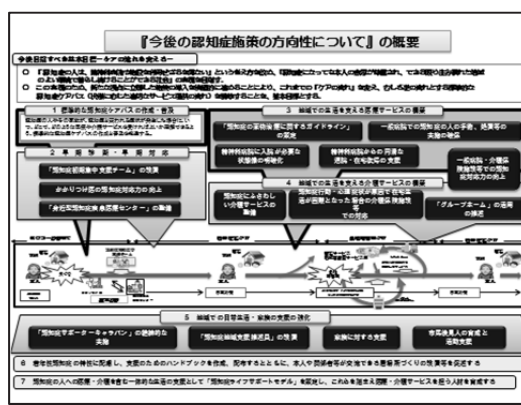
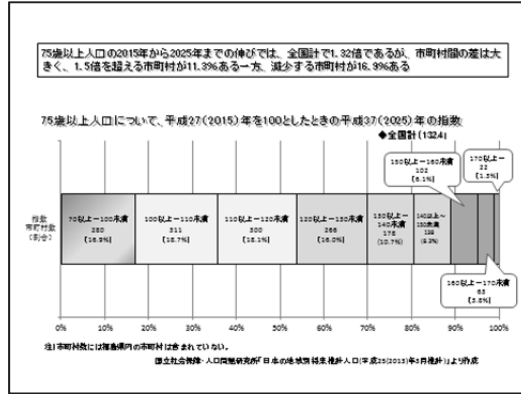


それから、認知症高齢者の半数が在宅にいる状況である。独居高齢者も増えてくることから、例えば、独居の高齢者が家族に看取られる、死に誰かが立ち会おうということが難しくなることが予想されている。

様々な考え方があがるが、最近では、例えば独居で亡くなられていても、2~3日以内に発見されることを地域住民とともに容認していく必要があるという考え方もある。

もちろん、独居の方が亡くなっているのが1か月かかって発見されることは、誰もが好ましくないと考えるだろう。少なくとも2~3日中には発見できるような、地域の見守りシステム等が必要になるのではないかと考えている。

これは、前回お話ししたので省略する。







介護保険制度の改正案の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築  
高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。  
サービスの充実  
①地域包括ケアの構築に向けた地域支援事業の充実  
②在宅医療・介護連携の推進  
③地域ケア会議の推進  
④生活支援サービスの充実・強化  
\*介護サービスの拡充は、財政状況による影響が大きい  
\*介護サービスの拡充は、財政状況による影響が大きい  
\*介護サービスの拡充は、財政状況による影響が大きい

②費用負担の公平化  
低所得者の保険料軽減を拡大。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直し。  
低所得者の保険料軽減を拡大  
\*給付金の額の引き上げに併せて給料を拡大し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大  
\*給付金総額：現行5,000円程度→2025年度3,200円程度  
\*給付率：年金収入30万円以下→5割軽減 → 7割軽減に拡大  
\*軽減対象：市町村住民税課税世帯(65歳以上の約3割)

③負担の公平化  
①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ  
\*所得が一定以上の場合は、65歳以上高齢者の所得が20%以上の場合、合計所得金額100万円(年金収入、専業主婦200万円以上、夫婦55万円以上)となり、月額上限があるため、負担し対象の全員の負担が均等になるわけではない。  
\*資産課税の増徴により所得増当の人は、月額上限を3,200円から44,400円に引き上げ  
②低所得者の施設利用者の食費・居住費を補償する「補足給付」の要件に資産などを追加  
\*給付金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外  
\*世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外  
\*給付金の決定に当たり、介護報酬(介護費、障害年金)を収入として勘案  
\*不償還を勘案することは、引き続き今後の課題

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

平成26年 介護保険制度改正の主な内容について

②費用負担の公平化  
低所得者の保険料軽減を拡大。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直し。  
低所得者の保険料軽減を拡大  
\*給付金の額の引き上げに併せて給料を拡大し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大  
\*給付金総額：現行5,000円程度→2025年度3,200円程度  
\*給付率：年金収入30万円以下→5割軽減 → 7割軽減に拡大  
\*軽減対象：市町村住民税課税世帯(65歳以上の約3割)

③負担の公平化  
①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ  
\*所得が一定以上の場合は、65歳以上高齢者の所得が20%以上の場合、合計所得金額100万円(年金収入、専業主婦200万円以上、夫婦55万円以上)となり、月額上限があるため、負担し対象の全員の負担が均等になるわけではない。  
\*資産課税の増徴により所得増当の人は、月額上限を3,200円から44,400円に引き上げ  
②低所得者の施設利用者の食費・居住費を補償する「補足給付」の要件に資産などを追加  
\*給付金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外  
\*世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外  
\*給付金の決定に当たり、介護報酬(介護費、障害年金)を収入として勘案  
\*不償還を勘案することは、引き続き今後の課題

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

事業者は非営利から営利まで様々で、介護報酬は3年に1回改定される公定価格である。

課題は、介護費用の伸びとともに上昇する保険料と、後ほどご講義を賜るサービスの質の評価である。

介護保険の財源と課題

- 給付財源は公費：保険料 = 1 : 1
- 利用者負担は1~2割、低所得者に配慮
- 事業者は非営利~営利系まで様々
- 介護報酬は3年に1回改定される公定価格
- 課題→介護費用の伸び・保険料上昇・サービスの質評価

2000年に施行された介護保険の目的は尊厳の保持、自立支援である。制度設計は、リハビリ前置主義、すなわちリハビリテーションありきだ。この点は介護保険創設から15年経っているが、もう少し浸透する必要があるだろう。

介護保険の仕組み

- 2000年：介護保険元年
- 目的は尊厳の保持と自立支援
- 制度設計はリハビリ前置主義
- 保険者は市町村
- 被保険者(1号・2号)は国民→強制加入
- 高齢者の7人に1人がサービス利用

介護保険の給付財源は、公費と保険料が1対1で導入され、自己負担が1割、ないしは2割負担という現状である。低所得者には基礎年金等の金額が考慮され、費用負担が減じられている。

今回の介護報酬改定をみると、介護職員の処遇改善加算を含めてマイナス2.27%、事業所報酬の総平均をみるとマイナス4.48%という、過去に経験のないマイナス改定であった。小規模なところが多いものの、今年度の介護事業所の倒産件数は既に過去最高を更新している。

中重度要介護者・認知症高齢者の対応強化ということだが、中重度を読み替えると要介護の3、4、5、認知症高齢者を読み替えると認知症のⅢ、Ⅳ、Mということになる。今後その方々が介護保険サービス利用者の中心になると明確に位置づけた改定ともいえる。

介護職員の処遇改善加算の充実については、いくらその職種が足りないとはいえ、その一職種に対して公費を投入することに異論が少し出始めたところである。保育士、調理師等、介護職員よりもさらに一般的な平均賃金が安い職種もあるからである。

今回の改定は、リハビリテーション改革と看取り強化、口腔・栄養管理重視ということで、これについては後ほど改めて話す。



### 平成27年度介護報酬改定の全体像

- 消費増税増税延期の影響(4500億円の財源不足)
- 改定率: -2.27%→過去最大を回避
- 事業者報酬: -4.48%→過去最大
- 中重度要介護者・認知症高齢者の対応強化→方向性
- 介護職員処遇改善加算の充実→異論も
- リハビリ改革、看取り強化、口腔・栄養管理充実

それから、今回は厳しい財源の中ではメリハリの効いた改定だったと認識している。特に、事実上の強化型や強化加算が設定されたが、おそらくこれがスタンダードになっていって、次回改定辺りからは標準的な位置づけとなっていくと考えられる。

今回は、リハビリテーションについては、歴史的な改定だった。「心身機能」「活動」「参加」の要素をバランスよくリハビリテーションで提供しようということ、生活期リハビリテーションも3か月で1つの目処とするべきではないのか——。卒業や回転率という概念でデイケアも長期間漫然と利用するのではなく、一定の目処をつけていくべきではないのか——。P/O/S、すなわちPTとOTが類似することなく専門性を活かしたりリハビリを提供すべきではないか、OTは特に作業療法であったり、認知症療法であったり、そういった生活を支えるリハビリテーションをやっていくべきではないのか——、ということである。

STが心身機能、マッサージやADLのリハビリテーションをしているという現実もあるようで、それは本来の姿ではないわけで、今回の改定によってメッセージが発信された。

### 平成27年度介護報酬改定の特徴

- 厳しい財源の中でメリハリの効いた改定
- 次回同時改定を見据えた今後の方向性明確化
- 事実上「強化型」の創設
- 上位基準「強化加算」の設定  
→サービスの継続と今後の方向性
- 目立つ報酬・運営の包括化
- 生活期リハの推進  
→「活動」と「参加」、3か月、卒業、回転率、P/O/Sの役割

### ●介護保険制度の今後

来年度が2020年のプライマリーバランス(PB)黒字化の実行初年度ということになる。従って、来年度の診療報酬改定も、今後の介護報酬改定も事業者にとって厳しい状況かもしれないが、このPB黒字化の国際公約と国民皆保険を堅持することがベースにあるため、当然様々なことに取り組んでいかなければならない。また、応能の負担と応益の負担というのは、今後高まっていかざるを得ない。

給付範囲の狭小化と給付対象の厳格化に加えて、保険料の徴収を20歳、または、30歳からという意見もあり、難しい議論になっている。今後、この尊厳の保持と自立支援を保ちつつ、共助をどのように制度設計をしていくかが大きな課題であり、要介護度が高まるということは、医療ニーズもあわせて高まるため、その対応が必要になってくるのである。

2006年に創設された、介護費用の3%を上限として、それを費用として行う地域支援事業。今後はこの事業の拡大、強化が必要になる。特に自助と互助をどう融合していくのか、今回の介護予防も、在宅医療・介護連携推進事業も、地域ケア会議も地域支援事業の中で整備されていくことになる。

税の減免法人と課税法人の狭間で、今後どうするか——。今後は公的な介護保険だけでなく、民間保険との棲み分けが出てく

るのかどうか、ということになるが、国民的な議論が必要である。

介護保険制度の今後
●2020年PB黒字化の国際公約と国民皆保険の維持 →給付抑制、保険料上昇、応能・応益負担増
●給付範囲の狭小化と給付対象の厳格化 →尊厳の保持と自立支援、共助の制度設計 →中重度＝要介護3・4・5、認知症高齢者＝Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ →医療ニーズへの対応強化
●地域支援事業（2006年創設）の拡大強化と自助・互助の融合
●税減免と課税の狭間
●民間保険との棲み分け
●社会保障政策と消費税増税によって制度設計 →避けられない国民的議論

給付財源については、公費を給付費の5割から高めるといった意見もあるが、現状は5割という状況になっている。

今回の改正では通所介護と訪問介護の介護予防が地域支援事業に移行されたが、既に政府の規制改革系の会議においては、要介護2まで地域支援事業に移行させ、介護保険は要介護度3、4、5に特化するべきではないのかという考えも示されている。

24時間365日、地域を支える地域包括ケアステーションは、看護師がいて、その他の職種や在宅医が配置されるというモデルが検討されているところで、今後創設されるのかどうか。

国としては、毎回、新たな加算を創設しているが、国からみればこの加算を算定している施設が質の良い事業所ということになり、ある加算について全体の7～8割の事業所が算定してくると、加算を廃止して運営基準に位置づける、すなわち義務化するというのが今までの流れである。

リハビリテーションの報酬も出来高から包括報酬となる可能性が高い。

生活援助サービスが給付対象外になるのではないのかというのは、前回改定から言われているところである。生活援助的なサービスは介護保険でみるべきではないという考え方が根底にあるからだ。

そして、データに基づくアウトカム評価の推進は確実に導入されていく。

介護報酬改定の今後の方向性
●継続する厳しい改定率→公費割：景気・税収・財務省の影響大
●サービス対象は要介護3～5、中重度認知症、医療ニーズが中心
●地域支援事業は介護予防＋要介護1・2まで？
●地域包括ケアステーション創設？
●加算＝国の求める良質なサービス→運営基準等へ包括化
●医療も介護もリハビリ包括化
●生活援助サービスは給付対象外
●介護職員処遇改善加算は今回で打ち切りか
●在宅復帰率、卒業率、回転率等の指標導入
●データに基づくアウトカム評価の推進

### ●介護報酬改定について

それでは、この春の改定を振り返ってみたい。

今回の改定は、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ということで、さきほどのリハビリテーションや看取り、口腔栄養管理に対する取組みの充実など、力点がおかれている。

介護人材確保対策の推進では、介護職員処遇改善加算の更なる充実が行われた。

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が柱の1つとなった。

<目次>	
I. 平成27年度介護報酬改定の骨子	13. 小規模多機能型居宅介護
II. 各サービスの概要	14. 看護小規模多機能型居宅介護
1. 居宅介護支援・介護予防支援	15. 認知症対応型共同生活介護
2. 訪問介護	16. 認知症対応型通所介護
3. 訪問看護	17. 介護予防
4. 訪問リハビリテーション	18. 介護老人福祉施設
5. 通所介護	19. 介護老人保健施設
6. 療養通所介護	20. 介護療養型医療施設
7. 通所リハビリテーション	III. 横断的事項
8. 短期入所生活介護	21. 基準費用額
9. 短期入所療養介護	22. 口腔・栄養管理に係る取組の充実
10. 特定施設入居者生活介護	23. 介護職員の処遇改善
11. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売	24. 区分支給限度基準額に係る対応
12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	25. 集合住宅におけるサービス提供
	26. 地域区分
	27. 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進（再掲）
	28. 看取り期における対応の充実（再掲）

# I. 平成27年度介護報酬改定の骨子

改定率は先ほどお示したとおり、その他 4.48%である。事業者の介護報酬の平均をマイナス 4.48%という厳しい改定になったのだ。

改定前には実態調査が行われるが、回答の回収率も低く、かなり外れ値もあるため、本当にこれが実態を反映しているかどうか常に議論になる。

決算書であれば一番確実だが、なかなか制度改正の時期に間に合わないため、おおざっぱに言うと3月の1か月分を12倍しているので、誤差が相当多いのではないが、あるいは経費の案分が難しいという状況もあるが、毎回この収支差が使われている。審議会の議論では、今後、年間の収支差を利用する方向で検討されている。

このように、これが実態を反映しているかわからないが、参考資料として審議会等では用いられている。

**平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日) 概要**

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

**1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化**

(1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一泊複数回訪問」や「通い訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括型サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- リハビリテーション専門職の配置等を踏まえ、介護老人保健施設における在宅支援機能の更なる強化

(2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- 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サービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

(3) 転倒予防期における対応の充実

- 本人及び家族の意向に基づきその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

(4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下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、多職種協働による支援を充実

**2. 介護人材確保対策の推進**

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

**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**

- 「費太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1及び2も勘案しつつ実施
- 集合住宅へのサービス提供の適正化(事業所と同一建物に居住する議員の適用範囲を拡大)
- 看護職員の効率的な活用観点等から、人員配置の見直し等を実施(通所介護、小規模多機能型居宅介護等)

**平成27年度介護報酬改定の改定率について**

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

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

**改定率▲2.27%**  
(処遇改善: +1.65%、介護サービスの充実: +0.56%、その他: ▲4.48%)  
(うち、在宅 ▲1.42%、施設 ▲0.85%)

(注1) ▲2.27%のうち、在宅は、施設の内訳を記載した。 (注2) 地域包括ケア老人福祉施設入所者生活介護は、在宅分のみである(施設分は、介護老人保健施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)。

(改定の方向)

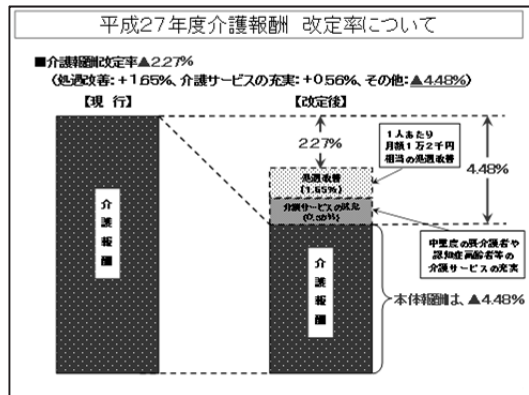
- 中重度の要介護者や認知症高齢者になっても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。
- 介護保険制度の持続可能性を高め、より効果的かつ効率的なサービスを提供するため、必要なサービス評価の適正化や規制緩和等を進める。

**平成27年度介護報酬 改定率について**

**介護報酬改定率**

	2003年度 (平成15年)	2006年度 (平成18年)	2009年度 (平成21年)	2012年度 (平成24年)	2015年度 (平成27年)
改定率	▲2.3%	▲2.4%	+3.0%	+1.2%	▲2.27%
在宅	+0.1%	▲1.0%	+1.7%	+1.0%	▲1.42%
施設	▲4.0%	▲4.0%	+1.3%	+0.2%	▲0.85%

※2006年度(平成18年)は、  
前年(平成17年)10月改定分(食費・居住費の利用率見直しを含む)



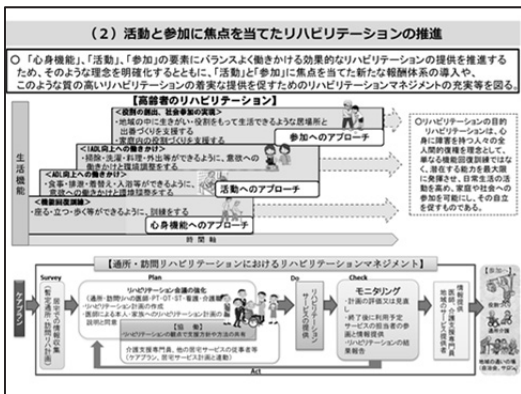




## ●リハビリテーション

リハビリテーションの参加や活動へのアプローチ、心身機能へのアプローチをバランス良く進めていくということだ。今は、参加へのアプローチに関するリハビリテーションはゼロに近い。

認知症短期集中リハビリテーションは以前からあるが、認知症短期集中リハビリテーションⅡが創設され、さらに充実を図る。要するに、8回分の報酬になっているが、例えば、認知症の方は月曜日・木曜日は通所で認知症リハビリテーションをする予定となっても不穏状態やBPSDによって、そのとおりにできない実状もあるだろうということで、実施曜日を変更して月単位で適切に実施して下さいと配慮されているものだ。



後ほど話すが、社会参加支援とは、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションを卒業するということだ。卒業して地域支援に移行することで加算がつく。

通所は卒業すると利用者がいなくなるため、これは経営的に影響がある。しかし、デイサービスに行っている人が、リハビリテーションが必要になることがあることから、通所リハビリテーションと通所介護の相互交流や相互の機能を補完し合うことが今後は必要である。

リハビリテーションマネジメントは後ほど話す。

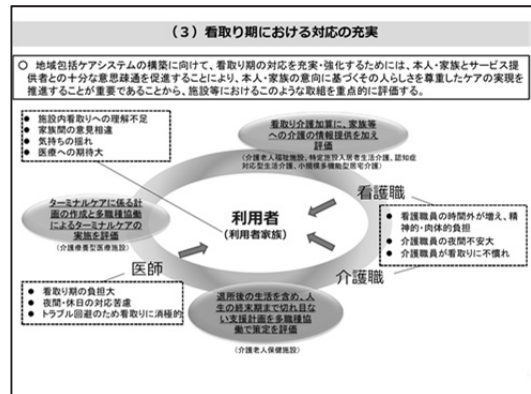
リハビリテーション基本理念の明確化（訪問系・通所系サービス共通）	
●リハビリテーションは「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものでなければならないことについて、訪問・通所リハビリテーションの基本方針に規定。（運営基準事項）	
活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系の導入（通所リハ）	
●ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな「生活行為向上リハビリテーション」として、居宅などの実際の生活場における具体的な指導等において、訪問と通所の組み合わせが可能な新たな報酬体系を導入。	
生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始月から起算して3月以内の期間に行われた場合	2,000単位/月（新設）
開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合	1,000単位/月（新設）
認知症短期集中リハビリテーションの充実（通所リハ）	
●認知症の状態に合わせた効果的な方法や介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系を追加。	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 240単位/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(新設) 1,920単位/月

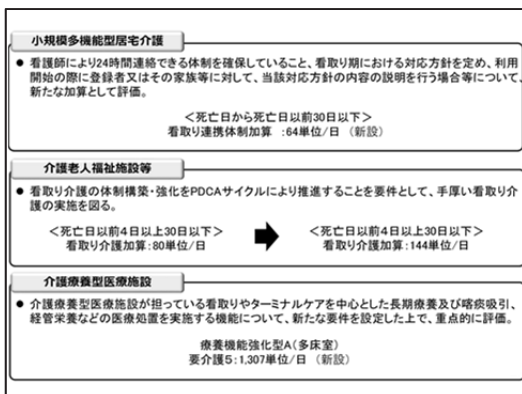
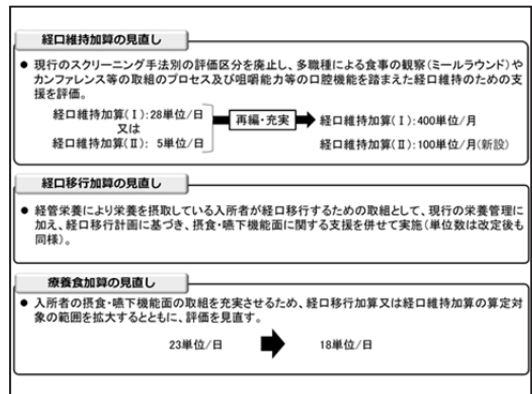
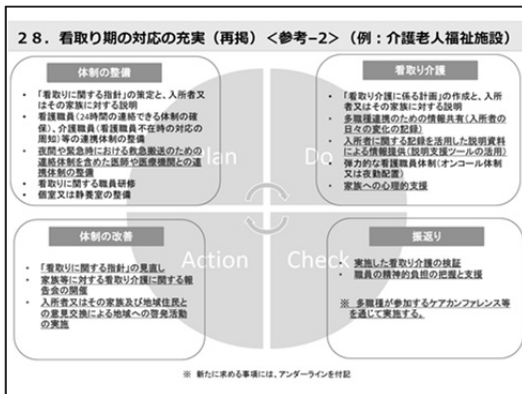
社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価（訪問リハ・通所リハ共通）	
●リハビリテーションにおいて、社会参加が維持できるサービス等に移行するなど、質の高い通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価。	
訪問リハビリテーション	社会参加支援加算：17単位/日（新設）
通所リハビリテーション	社会参加支援加算：12単位/日（新設）
リハビリテーションマネジメントの強化（訪問リハ・通所リハ共通）	
●リハビリテーション計画の策定や活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えたリハビリテーション会議の実施と情報共有の仕組みの充実を評価。	
訪問リハ 基本報酬のリハビリテーションマネジメント相当分 300単位/回(3月に1回を限度)	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)(新設) 60単位/月 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(新設) 150単位/月
通所リハ リハビリテーションマネジメント加算 230単位/月 訪問指導等加算 550単位/回(1月1回を限度)	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 230単位/月 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(新設) 開始月から6月以内 1,020単位/月 開始月から6月超 700単位/月

## ●看取り期における対応の充実

看取りについては、特に特養などの福祉系施設における充実を図るため、看取りにおけるPDCAが導入された。デスクンファレンスを特養でも行うようになるなど、看取りについてもPDCAという考え方が入ってきたのだ。

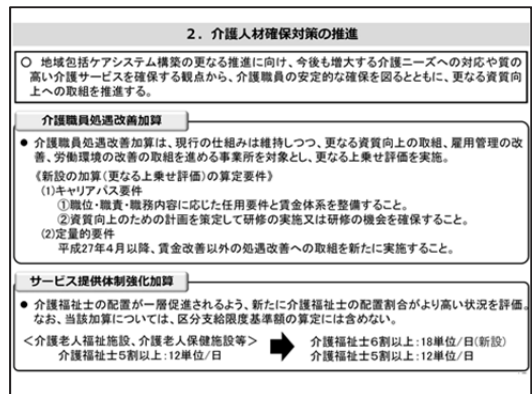
介護療養型医療施設についても、療養機能の強化型施設という加算が設けられた。





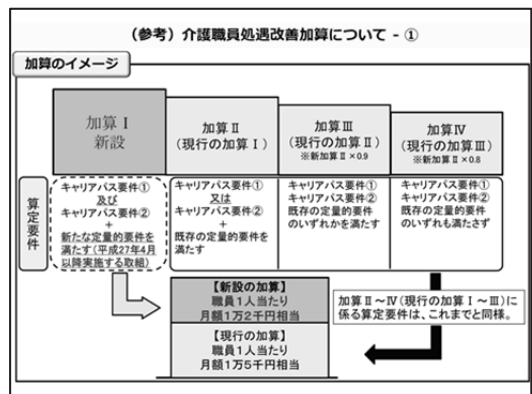
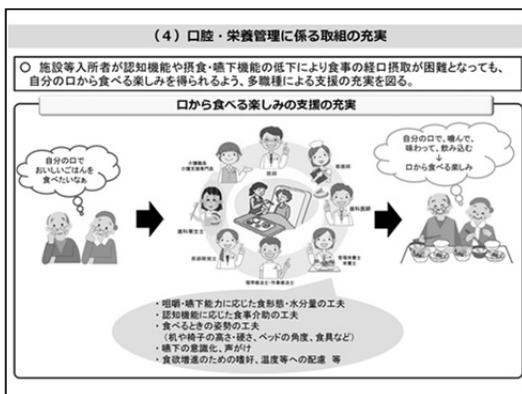
## ●介護人材の確保

介護人材の確保については、2月の当研究会で取り上げるので省略する。



## ●口腔・栄養管理における対応の充実

栄養に関する取組の重視では、摂食・嚥下機能にしっかりと取り組んで、口から食べていこうということだ。多職種が参加するミールラウンドが今回は推奨された。







**報酬の体系化・適正化と運営の効率化**

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

退院(所)日又は認定日から起算して 1月以内 340単位/日	➡	退院(所)日又は認定日から起算して 3月以内 200単位/日
退院(所)日又は認定日から起算して 1月超3月以内 200単位/日		

**訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションの見直し**

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

理学療法士等による訪問の場合 318単位/回	➡	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合 302単位/回
---------------------------	---	---------------------------------------

**訪問リハ及び通所リハを同一事業者が提供する場合の運営の効率化**

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

人員配置基準等の緩和として、介護人材が足りない中で、スライドの如く兼務を可とする配置基準の緩和がされた。

**人員配置基準等の緩和**

(訪問介護におけるサービス提供責任者の配置基準の緩和)

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

(通所介護における看護職員の配置基準の緩和)

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

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護におけるオペレーターの配置基準等の緩和)

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

(小規模多機能型居宅介護における看護職員配置の緩和)

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

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

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

(「特別養護老人ホーム」の職員に係る専従要件の緩和)

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

(介護老人保健施設における看護・介護職員に係る専従要件の緩和)

- 介護老人保健施設の看護師、准看護師及び介護職員は原則として当該施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければならないこととされているが、訪問サービス等の併設により通所者の在宅生活を支えるため、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のできる旨を明確化。(運営基準事項)

## Ⅱ. 各論

### ● 居宅介護支援

次に、居宅介護支援。質の高い介護支援専門員にするための評価を推進していきこうということだ。この「正当な理由のない特定事業所へのサービスの偏りに対する対応強化」は、私が参加している日本医師会の介護保険委員会でも、今回の改定の課題として最も多くの意見がだされた。

特定の事業所の割合についての減算は、90%から80%になっている。さらに、対象サービスをすべてのサービスに拡げた。通所リハビリテーションや訪問看護など、医療系のサービスはどうしても集中しがちのため、現在、利用者の対応に苦慮している。

また、居宅介護支援事業所においては、平均的に赤字基調であるため、さらにこの減算に該当すると、1日1人あたりのケアプランにおいて200単位、2,000円の減収となる。介護支援専門員5名で改定前の特定事業所加算Ⅱを算定している利用者200人程度を抱えている事業所であれば、1月あたり100万円、年間1,200万円の減収だ。そうすると、総売り上げの2~3割の減収となる。複数の県において、利用者の良質なサービス提供に支障がないように、緩和策が出ている状況である。





3. 訪問看護	
<b>改定事項と概要</b>	
<p>(1) 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</p> <p>○ 在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、充実したサービス提供体制の事業所に対する評価を行う。</p>	
<p>(2) 病院・診療所からの訪問看護の充実</p> <p>○ 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症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。</p>	
<p>(3) 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</p> <p>○ 訪問看護ステーションからの理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士による訪問看護の一環としての訪問と、訪問リハビリテーション事業所からの訪問リハビリテーションについて類似した実態にあることから評価の見直しを行う。</p>	

3. 訪問看護【報酬のイメージ】	
<p>サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費</p> <p>利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算</p>	
<p>所要時間 20分未満</p> <p>① 310単位</p> <p>② 260単位</p>	<p>所要時間 20分未満</p> <p>① 463単位</p> <p>② 392単位</p>
<p>所要時間 1時間未満</p> <p>① 814単位</p> <p>② 673単位</p>	<p>所要時間 1時間以上</p> <p>① 1,117単位</p> <p>② 939単位</p>
<p>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問</p>	<p>指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して実施する訪問看護</p> <p>③ 335単位/月</p>
<p>① 指定訪問看護ステーションの場合、②病院又は診療所の場合、「月」は12月以内の月数を指す。</p> <p>※ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問は「1回あたり20分以上、1人の利用者につき1回60分程度」</p> <p>※ 今回の報酬改定で見直しのある項目</p>	

3. 訪問看護【基準等】	
<b>基本方針</b>	
<p>指定居宅サービスに該当する訪問看護の事業は、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、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び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。</p>	
<b>必要となる人員・設備等</b>	
<p><b>指定訪問看護ステーション</b></p> <p>・保健師、看護師又は准看護師(看護職員) 常勤換算で2.5以上となる員数 うち1名は常勤</p> <p>・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士</p> <p>指定訪問看護ステーションの実態に応じた適当数</p> <p>【管理者】</p> <p>・専任かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者</p> <p><b>事業室</b></p> <p>・事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事業室</p> <p>・指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等</p>	<p><b>病院又は診療所</b></p> <p>・指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数</p> <p>・事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら事業の用に供する区画</p> <p>・指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品</p>
<p>(※) 下線部分は今回の報酬改定で見直しのある項目</p>	

### ●訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションについては、リハビリテーションマネジメントの強化が大きな見直しであるが、通所リハビリテーションも同様の見直しが行われた。

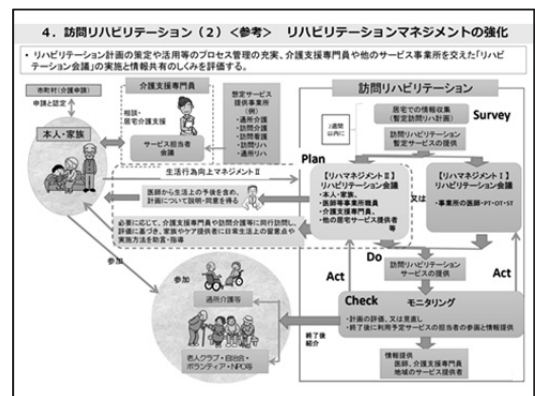
これは調査結果から、通所リハビリテーションも訪問リハビリテーションにおいても、利用者の過半数が、直接医師から説明を受けたいと回答したことから、医師の説明と同意がリハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定要件に盛り込まれた。

そして、SPDCAのSであるSurveyをした後にPDCAを回していくという評価が新設された。

ポイントはこのリハマネジメントⅡだ。従前あったリハマネジメントⅠは事業所内連携だが、新設されたリハマネジメントⅡは、本人、家族、介護支援専門員、地域の異なるサービス提供事業所等、地域の多職種が参加して行う地域にフィッティングしたリハピリカンファレンスだ。

今回の改定のキャッチフレーズも「事業所単位から地域単位」であり、非常に重要となる地域で支えるという視点が入ったのである。

4. 訪問リハビリテーションについて	
<b>改定事項と概要</b>	
<p>(1) 基本報酬の見直し</p> <p>○ リハビリテーションマネジメント加算の再評価に伴い、基本報酬に包括評価されているリハビリテーションマネジメントに相当する部分の評価を見直す。</p>	
<p>(2) リハビリテーションマネジメントの強化</p> <p>○ 適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するために、リハビリテーション計画書(様式)の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えたリハビリテーション会議の実施と情報共有のしくみを評価する。</p>	
<p>(3) 短期集中リハビリテーション実施加算の見直し</p> <p>○ 遠隔(所)後援もない者に対する身体機能の回復を目的とした、短期集中リハビリテーション実施加算は、早期かつ集中的な介入を行う部分について平準化した評価として見直す。</p>	
<p>(4) 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</p> <p>○ 訪問リハビリテーションの利用によりADL/IADLが向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できる、質の高い訪問リハビリテーションを提供する事業所を評価する。</p>	
<p>(5) 訪問リハビリテーションの基本方針及び訪問リハビリテーション計画の作成の見直し</p> <p>○ 活動と参加に向けたリハビリテーションが提供できるよう基本方針を見直す。また、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両サービスを、同一事業所が提供する場合に運営の効率化を図る。</p>	



#### 4. 訪問リハビリテーション (3) 短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

**概要**

- ・ 遠隔(所)後開もい者に対する身体機能の回復を目的とした短期集中リハビリテーション実施加算は、早期かつ集中的な介入を行う部分について標準化した評価として見直す。

**点数の新旧**

遠隔(所)日又は認定日から起算して1月以内 340単位/日 → 遠隔(所)日又は認定日から起算して3月以内 200単位/日

**算定要件**

- ・ 1週につきおおむね2回以上、1回あたり20分以上の個別リハビリテーションを実施すること。

**【イメージ】**

短期集中リハビリテーション実施加算

【イメージ】

【イメージ】

【イメージ】

#### 4. 訪問リハビリテーション (4) 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

**概要**

- ・ 訪問リハビリテーションの利用によりADL-IADLが向上し、社会参加に資する取組<sup>※1</sup>に移行するなど、質の高い訪問リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価する。
- ※社会参加に資する取組とは、指定通所介護、指定通所リハビリテーションなどへ移行すること。

**点数の新旧**

(なし) → (新規) 社会参加支援加算 17単位/日

**算定要件**

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 社会参加への移行状況

社会参加に資する取組等を実施した実人数<sup>※2</sup> / 評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数<sup>※3</sup> > 5% であること。

② 訪問リハビリテーションの利用の回転

12月 平均利用月数 ≧ 25% であること。

※平均利用月数の考え方 評価対象期間の利用実月数 / 評価対象期間(新規開始月数+継続月数) × 100

**【イメージ】**

訪問リハビリテーション

【評価対象期間】 12月1日～12月31日

【提出】 翌年3月15日まで

【算定期間】 翌年4月1日～翌々3月31日

社会参加に資する取組へ移行

※終了後4日～4日以内に訪問して3日以上参加が継続することを確認

#### 4. 訪問リハビリテーション [報酬のイメージ (1回あたり)]

サービスの提供回数に応じた基本サービス費

1回(20分以上): 302単位

40分連続してサービスを提供した場合は、2回として算定可能、1週に6回を限度

※加算・減算は主なものに記載

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

短期集中リハビリテーション加算 (認定日又は遠隔(所)日から1月以内 340単位)

リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ (60単位/月) / リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ (150単位/月)

社会参加支援加算 (17単位/日)

介護福祉士や介護職員を一定割合以上配置(サービス提供体制加算)

3年以上の継続年数のある事業所が認められること (6単位)

事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 (-10%)

■ は今回の報酬改定で見直しのある項目

#### 4. 訪問リハビリテーション [基準等]

**基本方針**

- ・ 指定居宅サービスに該当する訪問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た自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持・向上を目的とし、利用者の居宅において、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。

**必要となる人員・設備等**

訪問リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

理学療法士	適当配置しなければならない
作業療法士	
言語聴覚士	

・設備基準

設備及び備品	病院、診療所又は介護老人保健施設であること
	指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの

## ●通所介護

通所介護と通所リハビリテーションの違いについて次回改定の議論になっている。

本来、通所介護は、リハビリテーションとは異なる個別機能訓練があることから、機能訓練などをしながらレスパイト機能も果たしつつ、心身機能の維持・向上、活動の維持・向上、社会参加の促進など、生活援助プラス認知症高齢者と重度者にも対応することだ。

さらに、通所介護事業所にも地域連携の拠点となるべき視点が入っている。

#### 5. 通所介護について-1

**改定事項と概要**

(1) 在宅生活の継続に資するサービス提供をしている事業所の評価

- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上に該当する高齢者や要介護3以上の高齢者を積極的に受け入れる事業所を評価する。

(2) 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

- 個別機能訓練の算定要件に、居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成することを要件として加え、加算の評価を引き上げる。

(3) 地域連携の拠点としての機能の充実

- 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、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、生活相談員の専任要件を緩和する。(運営基準事項)

(4) 小規模型通所介護の基本報酬の見直し

- 小規模型通所介護の基本報酬は、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経費の実態を踏まえ、評価の適正化を行う。

(5) 看護職員の配置基準の緩和

- 看護職員については、訪問看護ステーション等と連携し、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。(運営基準事項)

(6) 地域密着型通所介護に係る基準の創設

- 平成29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運営推進会議の設置などに基準を設ける。(運営基準事項)
- 基本報酬については、平成27年度報酬改定後の小規模型通所介護の基本報酬を踏襲する。

#### 5. 通所介護について-2

**改定事項と概要**

(7) 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

- 小規模型通所介護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、小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所に必要な居室等は、平成29年度末までの経過措置を設ける。(運営基準事項)

(8) 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

- 小規模型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を行う。(運営基準事項)

(9) 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基準上の取扱い

- 通所介護事業所が、通所介護及び新総合事業における第一号通所事業を、一体的に実施する場合は、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。(運営基準事項)

(10) 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

- 通所介護事業所の設備を利用して、夜間及び深夜に通所介護以外のサービスを提供する場合は、届出を求めるとし、事故報告の仕組みを設ける。(運営基準事項)

(11) 送迎時における居宅内介助等の評価

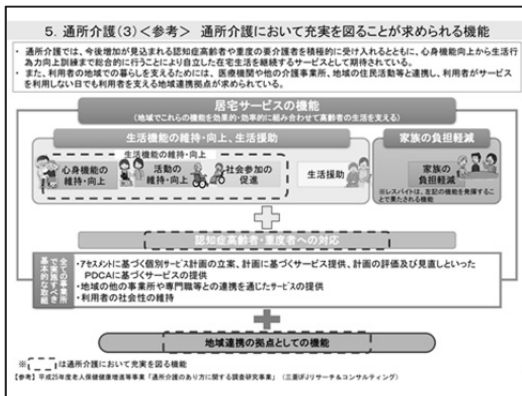
- 送迎時に実施した居宅内介助等を通所介護の所要時間を含めることとする。

(12) 延長加算の見直し

- 実態として通所介護事業所の設備を利用して宿泊する場合、延長加算の算定を不可とする。
- 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、延長加算の対象範囲を拡大する。

(13) 送迎が実施されない場合の評価の見直し

- 事業所が送迎を行わない場合は減算の対象とする。



### 5. 通所介護(9)＜参考-1＞ サービスの種類(典型的な例)

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るため、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必要がある。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様なサービスの種類を典型的な例を参考として示す。

(例)通所型サービス ※市町村はこの例を踏まえ、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、要介護労働者が行方不明した基準以上のサービスと、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。

サービス種別	現行の通所介護種別	多様なサービス
サービス内容	① 通所介護 ② 通所型サービスA(認知症高齢者によるサービス)	③ 通所型サービスB(生活支援によるサービス) ④ 通所型サービスC(生活支援によるサービス)
対象者	要介護1以上 要介護2以上 要介護3以上 要介護4以上 要介護5以上	要介護1以上 要介護2以上 要介護3以上 要介護4以上 要介護5以上
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託 補助(施設) 連携実施/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取扱いの基準
サービス提供費(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

### 5. 通所介護(9)＜参考-2＞ 通所型サービスと通所介護を一体的に実施する場合の介護給付の基準

現行の通所介護のサービス	認知症高齢者によるサービス	住民主体によるサービス
認知症高齢者によるサービス ・認知症高齢者によるサービス ・認知症高齢者によるサービス ・認知症高齢者によるサービス ・認知症高齢者によるサービス	認知症高齢者によるサービス ・認知症高齢者によるサービス ・認知症高齢者によるサービス ・認知症高齢者によるサービス ・認知症高齢者によるサービス	住民主体によるサービス ・住民主体によるサービス ・住民主体によるサービス ・住民主体によるサービス ・住民主体によるサービス

### 5. 通所介護【基準等】

必要となる人員・設備等

通所介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

生活相談員	事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で1以上 (※生活相談員の勤務時間としてサービス提供時間、地域ケア会議等も考慮することが可能。)
看護職員	単位ごとに専従で1以上 (※生活相談員の勤務時間として専従する者も含む。訪問看護ステーション等との連携も可能。)
介護職員	① 単位ごとにサービス提供時間に応じて専従で次の数以上(常勤換算方式) ア 利用者の数が15人以下で1以上 イ 利用者の数が15人を超す場合 アの数に利用者の数が1増すごとに、0.2を加えた数以上 ② 単位ごとに専従1名配置されること ③ ①の数を2分の1の条件を満たす場合は、当該事業所の他の単位における介護職員として従事することができる
機能訓練指導員	1以上
生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤	

※定員10名以下の事業所の場合は看護職員又は介護職員のいずれか1名の配置で可

・設備基準

食室	それぞれ必要な面積を有するものとし、その合計した面積が利用定員×3.0㎡以上
機能訓練室	
相談室	相談の内容が漏えいしないよう配慮されている

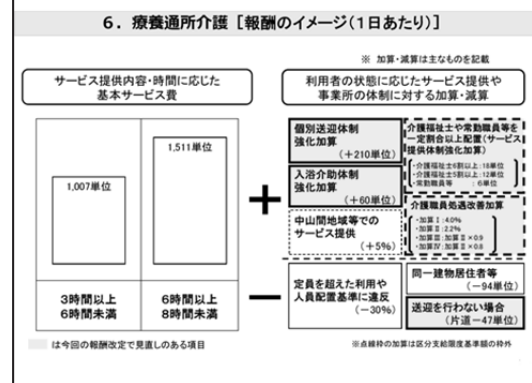
## 療養通所介護

次に、岡山県でも普及が少ない療養通所介護である。医療ニーズを伴う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ため、施設基準のハードルも高いこともあり、なかなか普及していないのが実情である。

### 6. 療養通所介護

改定事項と概要

- 1) 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  
○在宅での重度要介護者の療養生活継続への対応を強化する観点から、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。
- 2) 地域密着型サービスへの移行に係る基準の創設  
○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(運営基準事項)。
- 3) 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  
○療養通所介護事業所の設置を利用して、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、届出を求めるとともに、事故防止の仕組みを設けるとともに、情報公表を推進する(運営基準事項)。



### 6. 療養通所介護【基準等】

基本方針

- 指定療養通所介護の事業は、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た自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、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。

必要となる人員・設備等

・人員基準

看護職員又は介護職員	利用者の数が1.5に対し、提供時間帯を通じて専ら当該指定療養通所介護の提供に当たる者が1以上確保されるために必要と認められる数以上 うち1人以上は常勤の看護師であって、専ら指定療養通所介護の職務に従事する者
------------	--

・設備基準

専用の部屋	利用者1人につき6.4平方メートル以上であって、明確に区分され、他の部屋等から完全に遮断されていること
-------	---

・定員 9人以下

(※下線部は今回の報酬改定で見直しのある項目)



●通所リハビリテーション

通所リハビリテーションは、マネジメントの強化、あるいは事業所の重度者対応強化である。先ほど話したとおり、心身機能と活動、社会参加にバランス良く提供するリハビリテーションを目指す。今は、医療現場や介護現場においても、心身機能、すなわち筋力向上トレーニングや関節可動域訓練が主流で行われている。

活動のリハビリテーションの、1人でトイレに行く、風呂に入る、調理する、洗たくをする、掃除をする、買い物に行くなどのIADLに対してはほとんど行われていない。

また、旅行に行く、バスで出かける、カラオケに行くなども入っているが、こういった今まで行われていない社会参加に対するリハビリテーションを位置づける画期的な改定になった。リハビリテーションの専門職が使うアセスメントシートも新たに変わっている。

社会参加の頻度が高いほど要介護にならない、平均余命が長い、認知症の発生頻度が少ないなど、数々の論文から示されてきたことも背景にある。

今回特に通所リハビリテーションは、脳卒中モデルと認知症モデル、廃用症候群モデルを再度確立した。廃用症候群モデルが、先ほどのデイサービスや地域支援事業に卒業していくリハビリテーションで、今回新たに設けられている。

本来は座位保持が目的ではなく、座って何をするかということが重要だということだ。

地域包括ケアとリハビリテーションを考えると、活動と参加を通じて、尊厳のある自立した生活をいかに送れるかが、真のアウトカムだと考える。利用者がつくった食事を昼食とすることや地域支援事業において通所がインフォーマル化していくこと、ボランティアがどんどん入っていく

ことなどが大切だと思っている。

7. 通所リハビリテーション - 1

**改定事項と概要**

(1) 基本報酬の見直しと個別リハビリテーション実施加算の包括化  
○ 長期継続して実施される個別リハビリテーションの評価の一部は、基本報酬へ包括化し、基本報酬を見直す。

(2) リハビリテーションマネジメントの強化  
○ リハビリテーション計画書(様式)の充実や計画の実施と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしめきみ評価する。

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

(4) 認知症短期集中リハビリテーションの充実  
○ 認知症高齢者は、個別のリハビリテーションよりも状況が理解しやすい集団活動や、何をするかイメージできる活動の方が参加しやすいため、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。

(5) 活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系(生活行為向上リハビリテーション)の導入  
○ ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな生活行為向上リハビリテーションとして、居宅などの実際の生活場における具体的な指導等において、訪問と通所を組み合わせたことが可能となるような新たな報酬体系を導入する。

(6) 社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価  
○ 通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、質の高い通所リハビリテーションを提供する事業所を評価する。

7. 通所リハビリテーション - 2

**改定事項と概要**

(7) 重度者対応機能の評価  
○ 重度要介護者を継続的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを継続するため、看護職員又は介護職員を定数基準よりも実働換算方法で1以上加配している事業所について、加算として評価する。

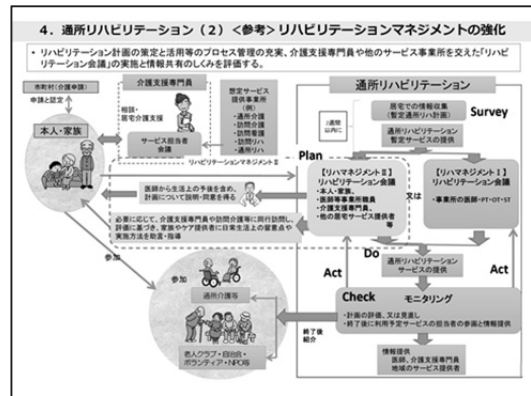
(8) 重度療養管理加算の拡大  
○ 重度療養管理加算については、要件を見直し、加算の対象者を拡大する。

(9) 送迎時における居宅内介助等の評価  
○ 送迎時に実施した居宅内介助等(電気の点灯・着替、着替え、ベッドへの移乗、窓の拭き等)については、通所リハビリテーションの所要時間に含まれることとする。

(10) 延長加算の見直し  
○ 通所リハビリテーションの延長加算は、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。

(11) 送迎が実施されない場合の見直し  
○ 送迎を実施していない場合(利用者が自ら送迎する場合、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。

(12) 通所リハビリテーションの基本方針及び通所リハビリテーション計画の作成の見直し  
○ 活動と参加に向けたリハビリテーションが提供できるような基本方針を見直す。また、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの高サービスを、同一事業所が提供する場合に運営の効率性を図る。



(参考)訪問・通所リハビリテーションの新たな様式(案)

様式A 利用者のニーズ把握票 (※新規の様式)

当様式のねらい  
○ 日常生活や人生の過ごし方に対する利用者の意向を把握しやすいツールとして作成した。  
※任意の様式・本人にアンケート形式で活用する。  
○ 様式を用いることで、職種間及び事業所間での情報共有を促進効果も期待する。

生活行為	認知症	認知症	認知症	生活行為	認知症	認知症	認知症
起床・トイレに行く				食事(朝食・昼食)			
入浴(シャワー)				入浴(シャワー)			
着替(洋服)				着替(洋服)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)				移動(車椅子)			
移動(杖)				移動(杖)			
移動(歩行)				移動(歩行)			
移動(車)				移動(車)			
移動(自転車)				移動(自転車)			
移動(車椅子)		</					

**(参考)訪問・通所リハビリテーションの新たな様式(案)**

様式B  
**通所・訪問リハビリテーション計画書①**  
 (※従来のものを見直し)

当様式のねらい

- 利用者の「活動」や「参加」にも注目した「プラン」の作成と、アセスメント・モニタリングが可能なよう詳細項目を構成している。
- 介護支援専門員がサービス担当委員会等で多職種との情報共有や調整等で活用する「課題整理記録表」の「アセスメント」の活用を図ることで、職種間及び事業所間での情報共有を促す効果も期待する。(※H25より移行 厚生労働省を掲載協議実施事業継続)
- 利用者のニーズや状態に応じた目標を設定できるように構成されている。

**(参考)訪問・通所リハビリテーションの新たな様式(案)**

様式F  
**(仮)生活行為向上リハビリテーション実施計画書(案)**

本人の生活行為の目標 例) 料理ができるようになること  
 家族からみた本人ができるように 例) 本人がしたいことをしてほしい。

実施期間	通所訓練期		社会適応訓練期	
	【通所頻度】	【期間】	【通所頻度】	【期間】
プログラム	例) 生活行為向上(20分) 認知症対応の生活支援実践(認知症)20分) 大規模介護への参加(20分)	例) 週1回 1ヶ月	例) 週1回 1ヶ月	例) 週1回 1ヶ月
自己訓練 (家族への指導を含む)	例) 自宅で自己訓練のプログラムの実施		例) 自宅で自己訓練のプログラムの実施	
プログラム	例) ・ニューモ有毛もも ・水で洗った髪を乾かす。H2Cの高さまで練習 ・ハンカチを洗う 【目標設定】 【評価】自宅での実施状況と指導記録(指導の導入)(60分)		例) ・調理の練習(60分) ・洗濯の練習(60分) ・入浴の練習(15分) 【目標】自宅での実施状況と指導記録(指導の導入)(60分) ・洗濯の練習(60分) ・調理の練習(60分)	
自己訓練 (家族への指導を含む)	例) ・洗濯物を持って帰る ・家で着た服を乾かすなどの下ごしらえをする。		例) 家で料理を作る。	
プログラム	例) ・家族に対して、本人の料理の様子を見てもらうことについて指導 ・指導		例) 料理の指導や家族の意見の受け取り	
自己訓練 (家族への指導を含む)	例) ・調理の練習をしてもらう。		例) ・調理の練習をしてもらう。	

【支援結果】  
 ※支援結果、目標の達成の有無、終了後利用するサービスの内容、終了後も継続するよう自己訓練や参加のサービス先で実施するようプログラム、生活機能のリスクなどの留意事項を要す。

**(参考)訪問・通所リハビリテーションの新たな様式(案)**

様式C  
**通所・訪問リハビリテーション計画書②**  
 (※従来のものを見直し)

当様式のねらい

- 何を目標にして、何をやっていけるかを利用者・家族にも分かりやすく構成されており、医師が当様式を用いて利用者・家族へ計画を説明し、同意を得ることができるとした。
- リハビリテーションマネジメントが利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われていくこと、介護支援専門員の居宅サービス計画と連携を一部同じにした。

【参考】居宅サービス計画書

**(参考)訪問・通所リハビリテーションの新たな様式(案)**

リハビリテーションマネジメントとプログラムに活用する様式の新旧比較のまとめ

○ リハビリテーションマネジメントとプログラムに活用する様式については、可能な限り整理し、業務負担についても考慮したところ(現行の様式と新たに追加する様式を整理)。

現行の様式	旧様式(旧)	新様式(新)	新旧比較による利用者のメリット(新旧比較)
通所・訪問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計画書	通所・訪問リハビリテーション計画書	
プログラム実施計画書	プログラム実施計画書	プログラム実施計画書	

【様式の掲載ページ(厚労省ホームページ)】

●厚労省ホームページ(研究等)⇒老健局が実施する検討会⇒高齢者の福祉におけるリハビリテーションの新たな試み  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingikai/other-touken.html#id216570>

●厚労省ホームページ(政策)⇒老健局⇒社会福祉審議会(介護給付費分科会)⇒第114回社会福祉審議会介護給付費分科会  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutokukai/Sanjishitsus\\_Shakaihouhontou000068059.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutokukai/Sanjishitsus_Shakaihouhontou000068059.pdf)

**(参考)訪問・通所リハビリテーションの新たな様式(案)**

様式D  
**リハビリテーションカンファレンス記録** (※既存のものを活用)

リハビリテーションカンファレンス記録

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

開催日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 開催場所 \_\_\_\_\_ 開催時間 \_\_\_\_\_ 開催回数 \_\_\_\_\_

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名

検討した項目 \_\_\_\_\_

検討内容 \_\_\_\_\_

結論 \_\_\_\_\_

残された課題 \_\_\_\_\_

当様式のねらい

- 多職種及び関連機関の連携と協働の場として機能を強化するリハビリテーションカンファレンスが着実に開催されるように記録を作成する。
- サービス担当者会議との共通性を持たせることで、ケアプランとの連携性を高める。

**7. 通所リハビリテーション (5) 活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系(生活行為向上リハビリテーション)の導入**

概要

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

点数の新旧 (新設)

開始月から起算して3月以内の期間に行われた場合 2000単位/月  
 開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合 1000単位/月  
 ただし、当該加算を算定後に通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間限り1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

算定要件

- ・ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識もしくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士もしくは言語聴覚士が配置すること。
- ・ 目標及びリハビリテーションの実施計画、実施場所及び実施時間等が記載された生活行為向上リハビリテーション実施計画書を作成すること。
- ・ 当該リハビリテーションの終了前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況及び実施結果を報告すること。

【イメージ】

**(参考)訪問・通所リハビリテーションの新たな様式(案)**

様式E  
**プロセス確認票** (※新規の書式)

チェック	プロセス	確認事項	備考
○	サービス開始時における情報収集	○医師 ○介護支援専門員	
○	訪問指導の実施	○参加者(医師・PT・OT・介護職員・その他) ○同行者(介護支援専門員・訪問介護-訪問看護-訪問介護ヘルパー等)	○利用者のニーズ把握
○	アセスメント(評価・計画策定の立案)	○介護者	
○	カンファレンス ○本人・家族の生活の意向の確認 ○アセスメント結果の共有 ○実施計画の立案	○参加者(医師・PT・OT・介護職員・その他) ○同行者(介護支援専門員・訪問介護-訪問看護-訪問介護ヘルパー等) ○本人・家族 ○訪問介護-訪問看護-訪問介護ヘルパー等	○リハビリテーションカンファレンス記録
○	リハビリテーション計画書の作成 ○リハビリテーションでの実施計画 ○ケアプランの作成	○介入方法の決定 ○目標設定(中心テーマ) ○実施計画(実施内容・実施時間) ○実施場所(実施場所) ○ケアプランの作成	○リハビリテーションマネジメントで求められる、初期評価(Survey)、計画(Plan)、サービス実施(Do)、評価(Check)、改善(Act)の一連の流れと活用すべき様式が確認できる構成とした、当書式を用いることで着実なマネジメントが容易となる。
○	実施中のモニタリング(計画との照合)	○実施計画書 ○実施計画書 ○実施計画書	
○	評価カンファレンスの実施 ○計画との照合 ○実施計画書の更新 ○実施計画書の更新	○実施計画書 ○実施計画書 ○実施計画書	○通所・訪問リハビリテーション計画書
○	サービス終了時のカンファレンス ○終了後の情報共有 ○評価	○参加者(医師・PT・OT・介護職員・その他) ○同行者(介護支援専門員・訪問介護-訪問看護-訪問介護ヘルパー等) ○本人・家族 ○訪問介護-訪問看護-訪問介護ヘルパー等	○リハビリテーションカンファレンス記録

**7. 通所リハビリテーション (6) 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**

概要

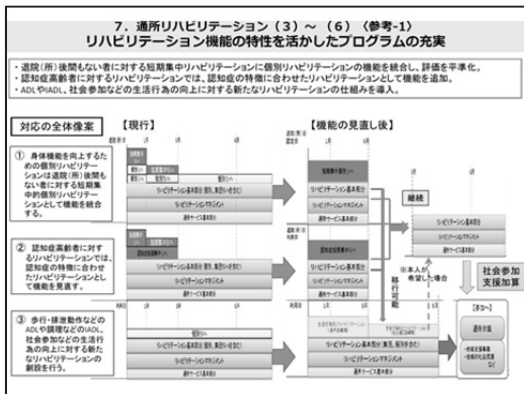
- ・ 通所リハビリテーションの利用によりADL-IADLが向上し、社会参加に資する取組<sup>①</sup>に移行できるなど、質の高い通所リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価する。
- ※社会参加に資する取組とは、指定通所介護などへ移行すること。

点数の新旧 (なし) → (新設) 社会参加支援加算 12単位/日

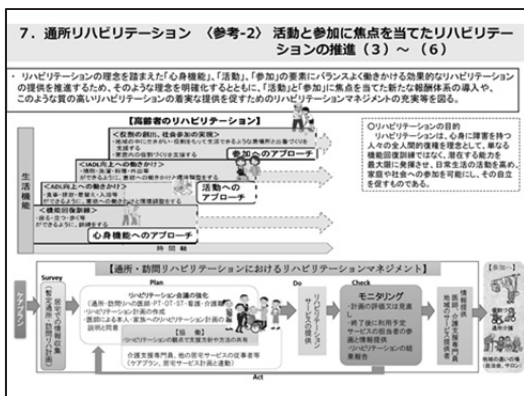
算定要件

- ① 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- ② 通所リハビリテーションの利用の回転

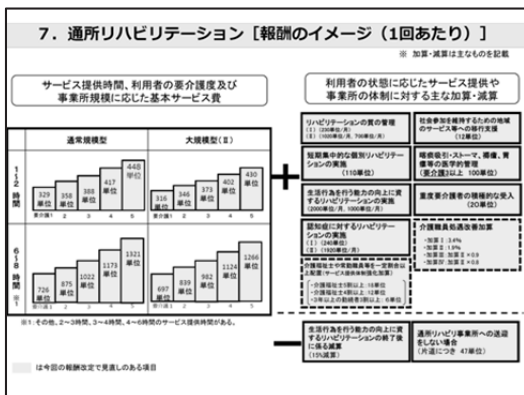
【イメージ】



- ### 訪問リハビリテーションの方向性
- 居宅での活動と社会参加の視点を導入
  - かかりつけ医が直接指示可
  - 3月に1回以上のリハ会議の場  
→ 居宅以外の事業所や医療機関受診時の診察の際に実施
  - リハ会議欠席の理由記載必要
  - SPDCAサイクルに基づくりハマネ  
→ IIが標準化、Iは包括化へ(I→IIは○、逆は×)  
→ Iは事業所内連携  
→ IIは地域におけるリハ会議(地域へのフィッティング)
  - 医療機関・老健リハの活性化と訪問看護リハの縮小化



- ### 通所リハビリテーションの方向性
- 脳卒中モデル・認知症モデル・廃用症候群モデルの再構成
  - 生活行為向上リハ創設  
(結果的ではなく事前の同意、屋外>屋内あり得る)
  - 医師配置と医師の果たす役割を重要視  
→ デイケア医の育成、リハリマインドの養成
  - SPDCAサイクルに基づくりハマネ  
→ IIが標準化、Iは包括化へ(I→IIは○、逆は×)  
→ Iは事業所内連携  
→ IIは地域におけるリハ会議(地域へのフィッティング)
  - 個別リハの包括化  
→ 状況に応じて個別・集団や時間の選択可(したいリハが実施可能)  
→ 何を何分行うか記載(トイレ・入浴リハ等)
  - 通所サービス一体化の下地は完成  
→ 今後3年間で存続のための事実上の経過措置



- ### 今後のリハビリテーションについて
- POSらしく
  - 生活行為向上: 活動と参加に力点を置き、社会参加はデイケアの修了形
  - 「座位保持」が目的ではなく「座って何をするか」が重要
  - リハ会議による国民、CM、全職種等への波及効果へ期待
  - CMから理解を得られる通所リハへ
  - 「性善説」に基づく改定  
→ 状況・状態に応じて自由度の高いリハ設定  
→ 医師の従事状況にも配慮  
→ ボールは現場に投げられ現場がどう応えるか...

### 7. 通所リハビリテーション [基準等]

**基本方針**

指定居宅サービスに該当する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、その有る能力に応じた自立した日常生活を送ることができるよう生活機能の維持又は向上を目的とし、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要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はない。

**必要となる人員・設備等**

・人員基準 (変更なし)

医師	専任の常勤医師1以上 (併設の介護老人保健施設、病院、診療所の常勤医との兼務可)
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	単位ごとに利用者100人に一名以上※
従事者(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護士、准看護師若しくは介護職員)	単位ごとに利用者10人に一名以上

※所要時間1～2時間では適切な研修を受けた看護士、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可

・設備基準 (変更なし)

リハビリテーションを行う専用の部屋(敷設を加える)

指定通所リハビリテーションを行うに必要な専用の部屋(3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上)設備

- ### 地域包括ケアとリハビリテーション
- 真のアウトカムへ向けて  
→ 在宅復帰率や回転率等をアウトカム指標として設定  
→ 「活動や参加を通じて尊厳ある自立した生活を送ること」が真のアウトカム
  - これからのデイケア  
→ 本物のアクティビティ、利用者が食事を作る..  
→ 医療ニーズや看取りに対する役割  
→ インフォーマル化(地域支援事業)、ボランティアの参加
  - 地域包括ケアステーション創設へ  
→ 協働の場、地域の視点重要。事業所単位から地域単位へ





9. 短期入所療養介護【基準等】	
<p><b>必要となる人員・設備等</b></p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護老人保健施設</li> <li>療養病床を有する病院若しくは診療所</li> <li>診療所</li> </ul> <p>※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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>床面積は利用者1人につき6.4㎡以上とすること</li> <li>食堂及び浴室を有すること</li> <li>機能訓練を行うための場所を有すること</li> </ul>	

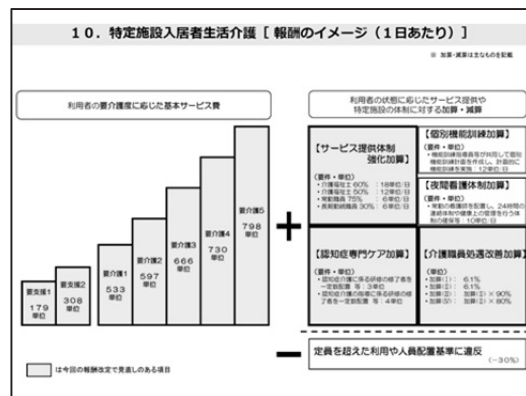
9. 短期入所療養介護【参考】 施設基準等																																																															
<p><b>施設基準等</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">施設類型</th> <th colspan="2">介護老人保健施設</th> <th colspan="4">介護療養型医療施設</th> <th colspan="2">介護療養型医療施設以外</th> </tr> <tr> <th>病院</th> <th>診療所</th> <th>医療療養病床</th> <th>一般病床</th> <th>医療療養病床</th> <th>一般病床</th> <th>診療所</th> <th>診療所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基準等</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>みなし指定</td> <td>あり</td> <td>あり</td> <td>あり</td> <td>なし</td> <td>—</td> <td>なし</td> <td>なし</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>病室・居室面積</td> <td>8.0㎡</td> <td>6.4㎡</td> <td>6.4㎡</td> <td>6.4㎡</td> <td>—</td> <td>6.4㎡</td> <td>6.4㎡</td> <td>6.4㎡</td> </tr> <tr> <td>機能訓練室面積</td> <td>1㎡/定員</td> <td>40㎡</td> <td>十分な広さ</td> <td>40㎡</td> <td>—</td> <td>十分な広さ</td> <td>十分な広さ</td> <td>十分な広さ</td> </tr> <tr> <td>看護・介護職員</td> <td>看護・介護 3:1 (5名、看護2:7標準)</td> <td>看護 6:1 介護 6:1</td> <td>看護 6:1 介護 6:1</td> <td>看護 6:1 介護 6:1</td> <td>—</td> <td>看護 6:1 介護 6:1</td> <td>看護・介護 3:1</td> <td>看護・介護 3:1</td> </tr> </tbody> </table>		施設類型	介護老人保健施設		介護療養型医療施設				介護療養型医療施設以外		病院	診療所	医療療養病床	一般病床	医療療養病床	一般病床	診療所	診療所	基準等									みなし指定	あり	あり	あり	なし	—	なし	なし	なし	病室・居室面積	8.0㎡	6.4㎡	6.4㎡	6.4㎡	—	6.4㎡	6.4㎡	6.4㎡	機能訓練室面積	1㎡/定員	40㎡	十分な広さ	40㎡	—	十分な広さ	十分な広さ	十分な広さ	看護・介護職員	看護・介護 3:1 (5名、看護2:7標準)	看護 6:1 介護 6:1	看護 6:1 介護 6:1	看護 6:1 介護 6:1	—	看護 6:1 介護 6:1	看護・介護 3:1	看護・介護 3:1
施設類型	介護老人保健施設		介護療養型医療施設				介護療養型医療施設以外																																																								
	病院	診療所	医療療養病床	一般病床	医療療養病床	一般病床	診療所	診療所																																																							
基準等																																																															
みなし指定	あり	あり	あり	なし	—	なし	なし	なし																																																							
病室・居室面積	8.0㎡	6.4㎡	6.4㎡	6.4㎡	—	6.4㎡	6.4㎡	6.4㎡																																																							
機能訓練室面積	1㎡/定員	40㎡	十分な広さ	40㎡	—	十分な広さ	十分な広さ	十分な広さ																																																							
看護・介護職員	看護・介護 3:1 (5名、看護2:7標準)	看護 6:1 介護 6:1	看護 6:1 介護 6:1	看護 6:1 介護 6:1	—	看護 6:1 介護 6:1	看護・介護 3:1	看護・介護 3:1																																																							

### ●特定施設入居者生活介護

特定施設の看取りを推進する、重度者の受け入れをするということが入ってきている。看取り介護加算の充実などもあり、特定施設にもできるところは看取りをお願いしたいという考えである。

10. 特定施設入居者生活介護	
<p><b>改定事項と概要</b></p> <p>(1) 要支援2の基本報酬の見直し ○介護職員・看護職員の配置基準について、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。</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算の創設 ○特定施設の入居者が重度化した場合でも、引き続き、当該施設においてサービスを提供し続けるための手厚い介護体制の確保を推進する観点から、サービス提供体制強化加算を創設する。</p> <p>(3) 認知症専門ケア加算の創設 ○認知症高齢者の積極的な受け入れを促進する観点から、認知症専門ケア加算を創設する。</p> <p>(4) 看取り介護加算の充実 ○看取りに関する理解の促進を図り、看取り介護の質を向上させるため、その体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することを要件として、死亡日より前4日以上30日以下における加算を充実する。</p> <p>(5) 短期利用の要件緩和 ○空き部屋を活用した短期利用の要件について、事業者としての経験を評価する方式に見直しとともに、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。</p> <p>(6) 法定代理受領の同意書の廃止 ○有料老人ホームについて、事業者が介護報酬を代理受領する要件である入居者の同意書を廃止する。</p> <p>(7) 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 ○養護老人ホームについて、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。</p>	

10. 特定施設入居者生活介護(1)【参考-2】特定施設入居者生活介護に関する加算の見直し(平成27年度改定)				
改正箇所は赤字・下線	単位数	概要	条件	利用可能性
個別機能訓練加算	12単位/日	・機能訓練指導員等が共同して個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施		○ ○ ○
夜間看護体制加算	10単位/日	・常勤の看護師を配置し、24時間の連絡体制や健康上の管理を行う体制の確保等		○ <sup>※</sup> ○ <sup>※</sup>
医療機関連携加算	80単位/月	・健康の状況を記録し、協力医療機関や主治の医師に対して情報提供を実施		○ ○ ○
看取り介護加算	1,200単位/月 600単位/日 154単位/日	・死亡日の看取り介護 ・死亡の前日・前々日の看取り介護 ・死亡の日から死亡より30日以下の看取り介護		○ ○
サービス提供体制強化加算	(1)	18単位/日	・介護福祉士の配置体制を特に強化	
	(1)	12単位/日	・介護福祉士の配置体制を強化	
	(1)	6単位/日	・常勤職員の配置体制を強化	○ <sup>※</sup> ○ <sup>※</sup>
	(1)	6単位/日	・長勤勤続職員の配置体制を強化	
認知症専門ケア加算	(1)	3単位/日	・認知症介護に係る研修の修了者を配置等	○ ○ ○
	(1)	4単位/日	・認知症介護に係る研修の修了者を配置等	
介護職員処遇改善加算	(1)	※6.1%	※キャリアパス要件上(職位に応じた任用要件と賃金体系の整備) キャリアパス要件上(賃金向上に向けた研修機会の確保、職場環境等要件【法定要件】(賃金改善以外の処遇改善への取組)の進捗状況に応じて決定	○ <sup>※</sup> ○ <sup>※</sup> ○
	(2)	※2.06%(日×90%)		
	(2)	※2.72%(日×80%)		



10. 特定施設入居者生活介護等【基準等】		
<b>人員基準</b>		
管理者	原則専任1名	・専任(支援がない場合は、施設内、同一敷地内の施設の職務に就事可)
生活相談員	利用者・職員=100:1	・1人以上は常勤
看護職員・介護職員	利用者・職員=3:1	・要支援の場合は10:1
看護職員	利用者1人以上	・1人以上は常勤
看護職員・看護補助員	利用者1人以上	・1人以上は常勤
介護職員	1人以上	・1人以上は常勤
機能訓練指導員	1人以上	・兼務可能
計画作成担当者(介護支援専門員)	1人以上	・専任(支援がない場合は、施設内の職務に就事可)
<b>設備基準</b>		
建物	・耐火建築物 → 準耐火建築物	
建物内の居室	・介護居室 → 原則個室・プライバシー保護 → 介護を行うために適当な広さ → 地盤設置の禁止 → 避難上有効な出入口の確保	
一時介護室	・介護を行うために適当な広さ	
浴室	・身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること	
トイレ	・居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備えていること	
居室	・機能を十分に発揮し得る適当な広さを有すること	
機能訓練室	・機能を十分に発揮し得る適当な広さを有すること	
リフトアプラー	・利用者が乗降しやすく移動することが可能な空間と構造を有すること	
防火	・防火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること	

●福祉用具貸与・特定福祉用具販売

福祉用具の貸与・特定福祉用具販売では、給付の効率化・適正化の視点が入り、価格の適正化が導入された。

### 1.1. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売

**改定事項と概要**

(1) 複数の福祉用具を貸与する場合の価格の適正化  
 ○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特典を届け出ることで、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。

(2) 福祉用具専門相談員の資質の向上（運営基準事項）  
 ○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業に努めることとする。

●定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護においてマネジメントの視点が重要視され、総合マネジメント体制強化加算が入った。

### 1.2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

**改定事項と概要**

(1) 訪問看護サービスの提供体制の見直し  
 ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所のうち一体系事業所における訪問看護サービスの一部を、他の訪問看護事業所に行わせることを可能とする。（運営基準事項）

(2) 通所サービス利用時の経費の改善  
 ○通所介護等の利用における定期巡回・随時対応型訪問介護看護費の減算率を緩和する。

(3) オペレーターの配置基準等の緩和  
 ○夜間から早朝まで（午後9時から午前8時まで）の間にオペレーターとして充てることができる施設・事業所の範囲として、（同一敷地内又は隣接する施設・事業所）を追加する。また、複数の事業所の機能を業約し、通報を受け付ける業務形態の規定を緩和する。（運営基準事項）

(4) 介護・医療連携推進会議及び外部評価の効率化  
 ○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。（運営基準事項）

(5) 集住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  
 ○集住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。）に居住する利用者へのサービスの提供に係る評価の適正化を図る。

(6) 総合マネジメント体制強化加算の創設  
 ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護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、体系的なサービスを通時・適切に提供するため、利用者の生活全般に著目し、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を図り、適切に連携するための体制構築に取り組むなどの積極的な体制整備について評価を行う。当該加算については区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

### 1.2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護【報酬のイメージ】（1月あたり）

※ 1月あたり1000円を1単位とする

利用者の個別介護に合わせたサービス提供  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の機能に合わせた加算  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）

介護サービス利用料（1単位）  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）

介護サービス利用料（1単位）  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）  
 ○ 介護サービス利用料（1単位）

区分	介護・看護利用者	介護利用者	連携型事業所	連携型訪問介護看護事業所
要介護1	9,450単位	9,450単位	5,400単位	5,400単位
要介護2	12,150単位	10,100単位	10,100単位	10,100単位
要介護3	19,800単位	16,750単位	16,750単位	16,750単位
要介護4	24,200単位	21,210単位	21,210単位	21,210単位
要介護5	29,300単位	25,654単位	25,654単位	25,654単位

2,925単位  
3,735単位

### 1.2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護【基準等】

必要となる人員・設備等	資格等	配置基準等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う訪問介護員等 随時対応サービスを行う訪問介護員等	介護福祉士、実務者研修修了者 介護福祉士研修中、訪問介護員1級、訪問介護員2級
看護職員	看護師、准看護師 PT、OT、ST	・交通圏外、訪問地域を越え実施し滞りの定期巡回サービスを提供するに必要回数以上 ・実務、専ら随時対応サービスの提供に当たる随時介護員が1人以上確保するための必要数（利用者の状況に支障がない限り、定時巡回サービスに従事することが出来る。） ・夜間・早朝、早急の対応等についてはオペレーターが随時対応サービスを行う訪問介護員等が確保可能
オペレーター	介護士1名以上、随時対応型訪問介護員2名以上	・2、5以上（随時対応型訪問介護員と合算可能） ・実務オンコール体制を確保 ・利用者の急変に支障がない範囲で、当該事業所の他職種及び同一施設内の事業所・施設等（特等・軽費老人ホーム、介護療養型医療施設、訪問介護サービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター）との連携可能
上記の従業員等のうち、1人以上を計画的に確保すること	看護師、介護福祉士等（※）のうち、1人以上	・実務、専任の者（当該事業所の職員や併設事業所の職員を含む）

（注）○「介護・看護一体系」にのみ配置が必要となる職種（介護・看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に従事可能）  
 ※1 訪問介護員等については、利用者の急変に支障がない範囲で、他の職種等の及勤職員（加算されている者に限る）との連携が可能  
 ※2 オペレーターオンコールは随時対応型訪問介護員等と異なり、業務時間外にのみ対応可能な体制を構築することとする  
 ※3 利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機能は、一般に共通している通信機器等の活用が可能

●小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護も、看護小規模多機能型居宅介護でも同じく総合マネジメント体制強化加算が入った。

### 1.3. 小規模多機能型居宅介護について- 1

**改定事項と概要**

(1) 訪問サービスの機能強化  
 ○訪問サービスを積極的に提供する体制の評価を行うため、訪問を担当する従業者を一定程度配置し、1月あたり延べ訪問回数が一定数以上の事業所について、新たな加算として評価する。

(2) 登録定員の緩和  
 ○登録定員が29人以下とする。登録定員が28人以上29人以下の場合について、当該事業所の居間及び食堂の面積が一定の要件を満たす場合は、同一サービスに係る利用定員を18人以下とする。（運営基準事項）

(3) 暮取り期における評価の見直し  
 ○暮取り期における評価について、看護員による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。

(4) 運営推進会議及び外部評価の効率化  
 ○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であることを踏まえ、事業所が自らその提供するサービスの質の評価（自己評価）を行い、これを運営推進会議に報告した上で公表する仕組みとする。（運営基準事項）

(5) 看護職員の配置基準、他の訪問看護事業所等との連携  
 ○小規模多機能型居宅介護の看護職員が業務可能な施設・事業所の範囲として、「同一敷地内又は隣接する施設・事業所」を追加するとともに、業務可能な施設・事業所の種別として、介護老人福祉施設や介護老人保健施設等を追加する。（運営基準事項）

(6) 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人以上配置する場合、新たな加算として評価する。

(7) 地域との連携の推進  
 ○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設合事業を行う場合は、小規模多機能型居宅介護事業所の管理責任者、新設合事業の訪問サービスや通所サービス等の機能と連携することとする。また、事業所の設備（居間及び食堂を除く）について、新設合事業の訪問サービスや通所サービス等との共用を可能とする。（運営基準事項）

### 1.3. 小規模多機能型居宅介護について- 2

**改定事項と概要**

(7) 同一建物居住者へのサービス提供に係る評価の見直し  
 ○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額に新たに設定する。

(8) 事業開始時支援加算の見直し  
 ○事業開始時支援加算は、平成26年度末をもって廃止する。

(9) 認知症対応型共同生活介護事業所との併設型における夜間の職員配置の緩和  
 ○小規模多機能型居宅介護と認知症対応型共同生活介護が併設する事業所における夜間の職員配置について、一定の要件を満たす場合には、夜間の職員配置について柔軟性を認める。（運営基準事項）

(10) 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  
 ○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・事業所として、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る。（運営基準事項）

(11) 中山間地域等における小規模多機能型居宅介護の推進  
 ○中山間地域等に居住している利用者に対して、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。

(12) 総合マネジメント体制強化加算の創設  
 ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）を提供する事業所は、日々変化する利用者の状態を確認しつつ、体系的なサービスを通時・適切に提供するため、利用者の生活全般に著目し、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を図り、適切に連携するための体制構築に取り組むなどの積極的な体制整備について評価を行う。当該加算については区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

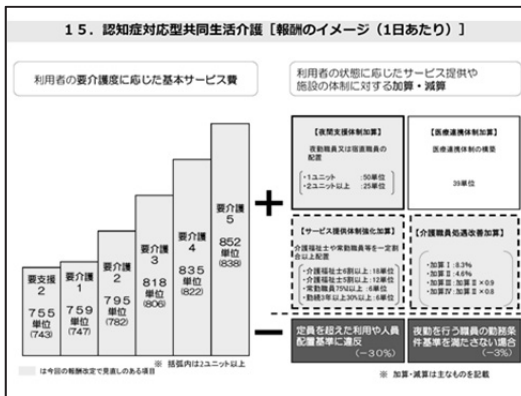




## ●認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は、大きな改定はないが、規模の拡大や夜間の支援体制の充実等の改定がなされた。

15. 認知症対応型共同生活介護	
改定事項と概要	
(1) 夜間の支援体制の充実	○ 夜間における利用者の安全確保の強化を更に推進する観点から、事業所における夜間勤務体制の実態を踏まえ、現在は評価の対象となっていない宿直職員による夜間の加配を新たに評価する。
(2) 看取り介護加算の充実	○ 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、看取り介護の質を向上させるため、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。
(3) ユニット数の見直し	○ 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。
(4) 同一建物に併設できる施設・事業所の範囲の見直し	○ 認知症対応型共同生活介護事業所を広域型特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等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、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。



### 15. 認知症対応型共同生活介護【基準等】

必要となる人員・設備等	
代表者	・認知症である者の介護に従事した又は保健医療・福祉サービスの事業の経営に携わった経験を有し、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者であること。
管理者	・原則、ユニットごとに専任の専任配置。ただし、業務に支障がない限り、他の職務や同一敷地内、併設する事業所の職務に兼任することができる。 ・3年以上、認知症である者の介護に従事した経験を有し、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者であること。
介護従事者	・日中、ユニットごとに利用者3人に1人（実働換算）、夜間・深夜はユニットごとに1人、ただし、夜間の職員配置について、一定の要件を満たす場合、併設する小規模多機能型居宅介護と業務ができる。
計画作成担当者	・原則、ユニットごとに専任で配置。ただし、業務に支障がない限り、他の職務に従事することができる。 ・専任・兼任介護従事者職員、ただし、併設する小規模多機能型居宅介護等と連携により、業務に支障がない場合は配置しないことも可能。
ユニット数	・原則、共同生活住居（ユニット）の数を1又は2とする。ただし、用地の確保が困難であるなどその地帯の効率的な運営が困難であると認められる場合、3とする事ができる。
入居定員	・5人以上9人以下。
立地・併設事業所の範囲	・住宅地などの地域住民との交流の機会が図られる地域 ・家庭的な環境と地域住民との交流の下にサービスが提供されたと認められる場合、広域型特別養護老人ホーム等同一建物に併設することも可能。
居室	・7.43㎡（約室4.6畳）以上で原則個室
外部評価	・自らサービスの質の評価を行うとともに、外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表
その他	・昼間・夜間・自所・浴室等日常生活に必要な設備

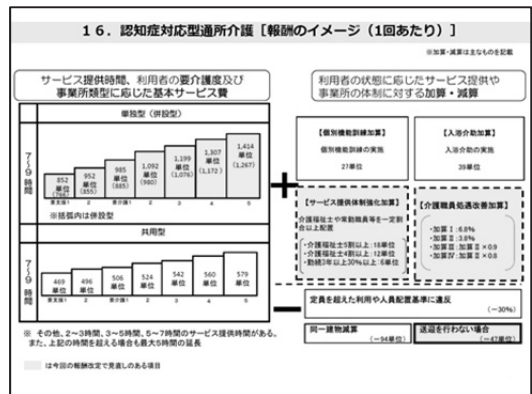
※小規模多機能型居宅介護事業所に併設する場合の夜間の職員配置については、「13小規模多機能型居宅介護(9)」を参照。

## ●認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護も通所介護と同様の見直しがなされた。

### 16. 認知症対応型通所介護

改定事項と概要	
(1) 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」に見直し。
(2) 運営推進会議の設置	○ 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。
(3) 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	○ 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、届出を求めるとともに、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。
(4) 送迎時における帰宅内介助等の評価	○ 送迎時に実施した帰宅内介助等（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等）を認知症対応型通所介護の所要時間内に含めることとする。
(5) 延長加算の見直し	○ 認知症対応型通所介護等の延長加算は、実態として認知症対応型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。
(6) 送迎が実施されない場合の評価の見直し	○ 送迎を実施していない場合（利用者が自ら送迎する場合、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。



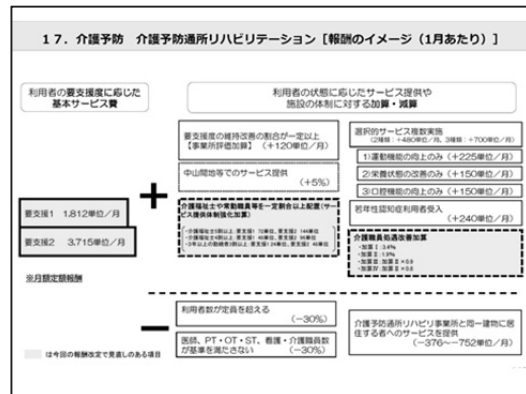
### 16. 認知症対応型通所介護【基準等 - 1】

必要となる人員・設備等	
【単独型・併設型】	配置基準
人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者           <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、事業所ごとに専任の専任配置。ただし、業務に支障がない限り、他の職務や同一敷地内にある事業所の職務に兼任することができる。</li> <li>・サービスを提供する必要な経験及び知識を有し、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者であること。</li> </ul> </li> <li>生活相談員           <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所のサービス提供時間に応じて1以上配置。</li> </ul> </li> <li>看護職員又は介護職員           <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として、専任1人+単位のサービス提供時間に応じて1以上配置。ただし、業務に支障がない限り、他の単位の職務に従事できる。</li> </ul> </li> <li>機能訓練指導員           <ul style="list-style-type: none"> <li>・1人以上、単位内での他の職務に従事できる。</li> </ul> </li> <li>利用定員           <ul style="list-style-type: none"> <li>・12人以下</li> </ul> </li> </ul>
設備等	<ul style="list-style-type: none"> <li>居室及び機能訓練室は、3㎡×利用定員以上の面積以上。</li> <li>・浴室、機能訓練室等の日常生活に必要な専用の設備。ただし、指定を行った市町村長に届け出た上で、当該設備を利用し、夜間及び深夜に認知症対応型通所介護以外のサービスを提供できる。また、そのサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況に即して適切な処置を仰ぐなければならない。</li> </ul>

<平成28年4月以降>

※ 地域との連携や運営の透明性を確保するため、「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。

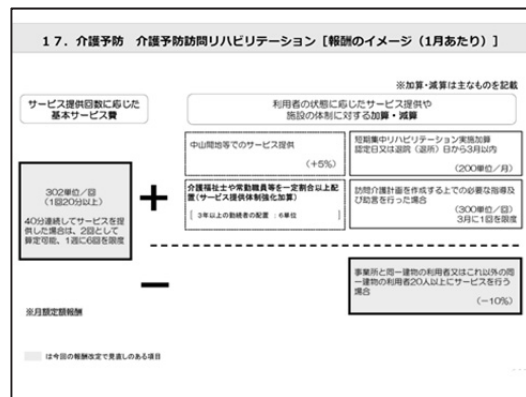
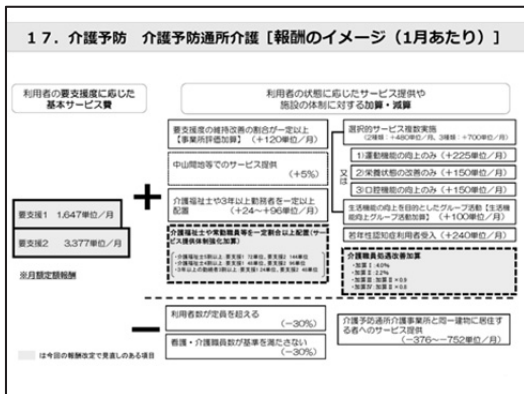
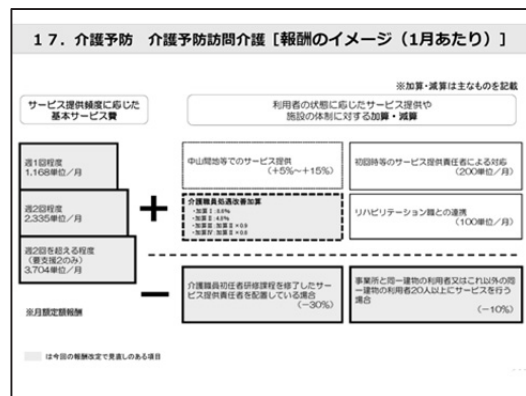
16. 認知症対応型通所介護【基準等-2】	
必要となる人員・設備等	
【共用型】	
	配置基準
事業者	・介護保険の各サービスのいずれかにおいて、3年以上実績を有している事業所・施設であること
管理者	・原則、事業所ごとに専任の常勤配置。ただし、業務に支障がない限り、他の職務や同一敷地内にある事業所の職務に就任することができる。 ・サービスを維持する必要な経験及び知識を有し、認知症対応型サービス事業管理者資格を修了した者であること。
従業員	・認知症対応型共同生活介護事業所等の各事業ごとに規定する従業員の員数を満たすために必要な員数以上
利用定員	・認知症対応型共同生活介護事業所はユニットごとに3人以下 ・地域密着型介護施設等は施設ごとに3人以下
設備等	設備
	・認知症対応型共同生活介護事業所等の施設、食室又は共同生活室を活用できる。



### ●介護予防

介護予防は本来想定されている報酬として大幅に適正化された。

17. 介護予防	
改定事項と概要	
(1) 介護予防通所リハビリテーション及び介護予防通所介護の基本報酬の見直し ○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、通所介護と異なり、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、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算定と整合を図り、以下のとおり基本報酬を見直す。	
点数の新旧（介護予防通所介護）	
要支援1	2,115単位/月 → 1,647単位/月
要支援2	4,236単位/月 → 3,377単位/月
点数の新旧（介護予防通所リハビリテーション）	
要支援1	2,433単位/月 → 1,812単位/月
要支援2	4,870単位/月 → 3,715単位/月
算定要件	
・現行どおり	



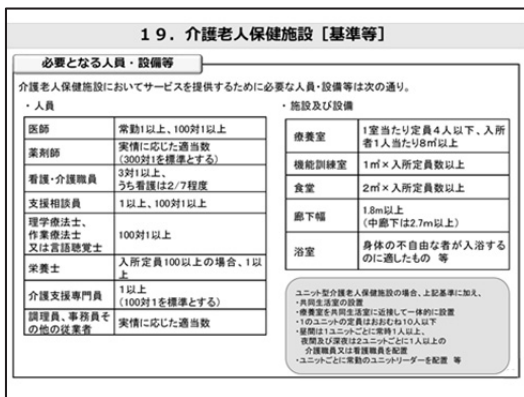
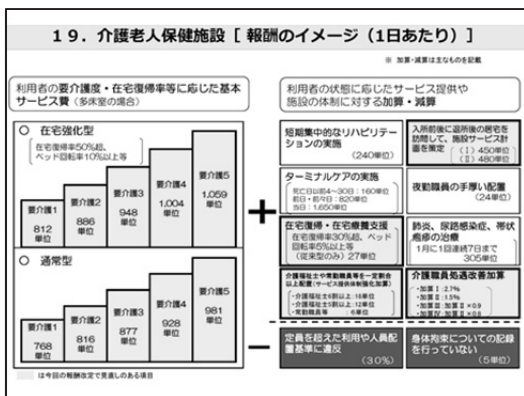
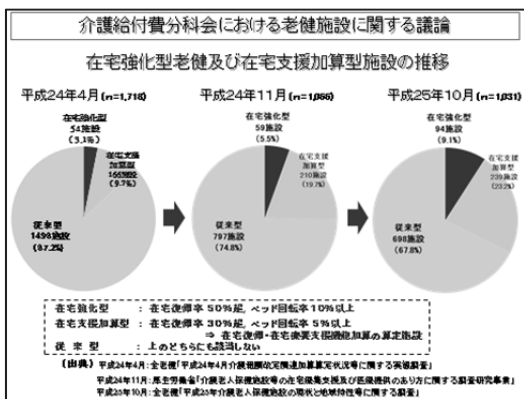
### ●介護老人福祉施設

当初は、特養も大幅な減算になるかと思われたが、加算を積み上げていくと元の報酬に近いイメージになっている。

看取り介護加算が充実され、廃止の議論もあった日常生活継続支援加算が継続されることとなった。



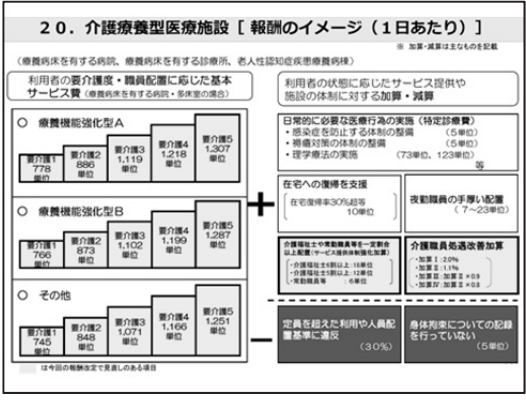
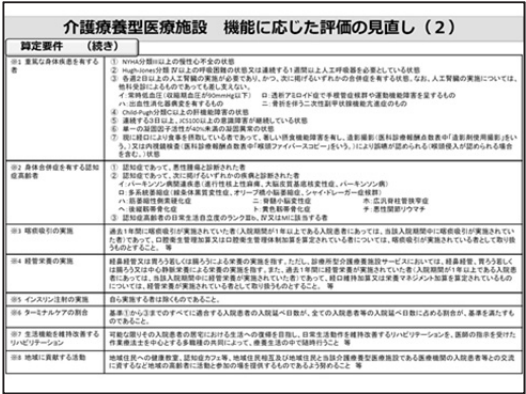
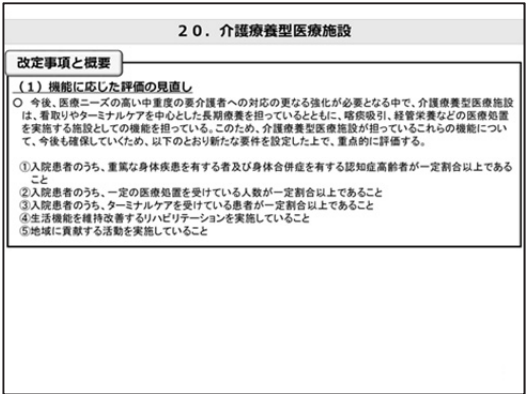




### ●介護療養型医療施設

介護療養型医療施設は、療養機能強化型のAとBが設けられた。これは、重篤な身体疾患を有する者や身体合併症を有する認知症高齢者を受け入れる療養機能強化型をつくったということだ。介護療養型医療施設の廃止は決まっているが、該当する方のために残していく必要があるのではないか、療養機能強化型のようなニーズに応える施設は必要であるという合意は得られており、形を変えて新たな仕組みで役

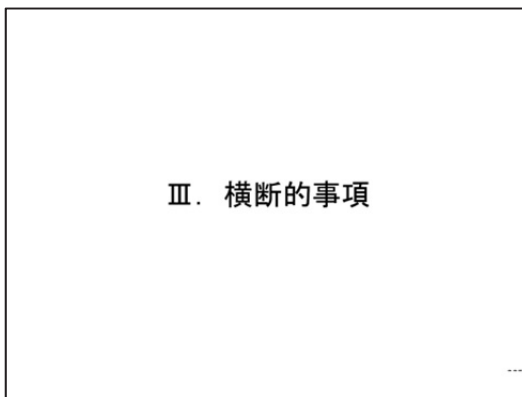
割を担う方向性である。



20. 介護療養型医療施設【基準等】			
必要となる人員・設備等		※療養病床を有する病院の場合	
介護療養型医療施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。			
・人員基準		・設備基準	
医師	医療法に規定する必要数以上 (概算で48対1)	病室	1室当たり定員4人以下、入院患者1人当たり 6.4㎡以上
薬剤師	医療法に規定する必要数以上 (概算で150対1以上)	機能訓練室	40㎡以上
看護職員	6対1以上	食堂	1㎡×入院患者数以上
介護職員	6対1以上	廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
理学療法士、作業療法士	案情に応じた適当数	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
栄養士	医療法に規定する必要数以上 (100床以上の場合1)	<small>ユニット型介護療養型医療施設の場合、上記基準に加え、          ・共同生活室の設置          ・機室を共同生活室に定積して一体的に設置          ・1のユニットの定員はおおむね10人以下          ・専任又は専任に近い専任人員を          専業及び専任はユニットごと1人以上の          介護職員又は看護職員を配置          ・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等</small>	
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)		

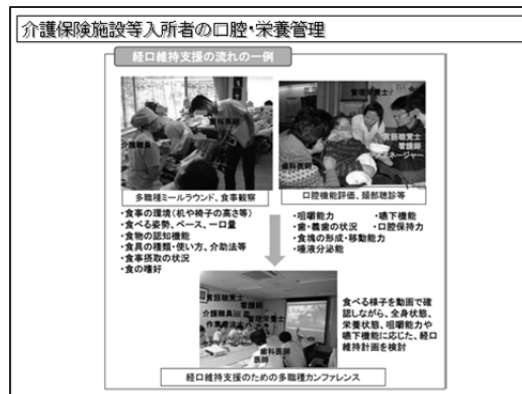
### ●横断的事項

横断的事項として、介護保険施設の多床室の居住費についての基準費用額の見直しや、先ほどお話しした口から食べることに力点を置いている。これがミールラウンドの風景だ。



21. 基準費用額
<p><b>改定事項と概要</b></p> <p>(1) 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。</p>

22. 口腔・栄養管理に係る取組の充実
<p><b>改定事項と概要</b></p> <p>(1) 経口維持加算の見直し            ○ 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等に対して、経口維持のための適切なサービスを充実させる観点から、摂食・嚥下障害の検査手法別の現行の評価区分を廃止するとともに、多職種が食事の観察(ミールラウンド)や会議等に共同して取組むプロセスを評価する仕組みとする。</p> <p>(2) 経口移行加算の見直し            ○ これまで、経営栄養により食事を摂取している入所者又は入院患者が経口移行するための栄養管理を評価してきたが、経口移行計画に基づく言語聴覚士又は看護職員による支援を併せて実施することを評価する。</p> <p>(3) 加算内容に応じた名称の見直し            ○ 口腔機能維持管理加算、口腔機能維持管理体制加算については、入所者又は入院患者の適切な口腔衛生管理を推進するため、それぞれ、口腔衛生管理加算、口腔衛生管理体制加算と名称を見直す。</p> <p>(4) 療養食加算の見直し            ○ 療養食を必要とする入所者又は入院患者が、経口による食事の摂取に関する支援を受けられるよう、療養食加算と経口維持加算又は経口移行加算との併算定を可能とするとともに、療養食加算の評価を見直す。</p>



胃ろうの是非については、前回お話しした通りである。

胃瘻の是非
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 従前から胃瘻の是非に関するディベート的議論がたびたび展開</li> <li>● 2014年診療報酬改定では、胃瘻の新規造設抑制、抜去推進の誘導</li> <li>● 胃瘻を望まない患者や家族が増加</li> <li>● 長期の経鼻経管栄養が増加→患者ストレスや事故リスクの問題</li> <li>● 尊厳死に対する国民的意識や法整備の課題も</li> <li>● 「無駄な胃瘻」の定義は？</li> </ul>

介護職員の処遇改善加算やサービス提供体制強化加算の拡大がなされ、また小規模多機能型居宅介護、24時間定期巡回型サービスにおける総合マネジメント体制強化加算が限度額の対象外に位置づけられた。

それから、集合住宅における訪問サービス報酬をどうするのかということである。



### 2.3. 介護職員の処遇改善

**改定事項と概要**

**(1) 処遇改善加算の拡大**

- 処遇改善加算については、介護職員の処遇改善が後進しないよう現行の加算の仕組みは維持しつつ、更なる質向上の取組、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、更なる上乗せ評価を行うための区分を新設する。

**(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新設する。
- 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。

### 2.4. 区分支給限度基準額に係る対応

**概要**

**(1) 総合マネジメント体制強化加算**

- 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、より効果的・効率的に利用者を中心とした在宅における生活の継続を可能とするため、「総合マネジメント体制強化加算」を新設するとともに、当該加算を限度額の対象外に位置づける。

**(2) 訪問体制強化加算、訪問看護体制強化加算**

- 小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護においては、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」や「訪問看護体制強化加算」を新設するとともに、当該加算については限度額に含まれないこととする。

**(3) サービス提供体制強化加算**

- サービス提供体制強化加算については、現在、区分支給限度基準額に含まれる取扱いとなっているが、介護職員処遇改善加算と同様に、限度額に含まれない加算とし、処遇改善に向けた取組をより一層推進する。

### 2.5. 集合住宅におけるサービス提供

**改定事項と概要**

**(1) 集合住宅に居住する利用者への訪問サービス等の評価の見直し**  
(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集合住宅(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、以下同じ)に居住する利用者に対して訪問する場合は、その利用者に対する報酬を10%減算
- 上記以外の範囲に所在する集合住宅に居住する利用者に対して訪問する場合は、当該集合住宅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

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

- 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の集合住宅に居住する利用者に対して提供する場合は、その利用者に対する報酬を新たに1月あたり600単位減算

**(2) 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**  
(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)

- 事業所が送迎を実施していない場合も減算の対象とする。

**(3) 事業所と同一の集合住宅居住者の小規模多機能型居宅介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の評価の見直し**

- 事業所と同一の集合住宅の居住者に対してサービスを行う場合の基本報酬を新たに設ける。

介護サービス情報の公表は、従前から行われているが、従業員の勤務時間、賃金体系、休暇制度の内容等を新たに提示して良いということになった。これらは、場合によっては職員等を募集する際に、公表していく事業所もあるだろう。

### 介護サービス情報の公表制度について

第13回 介護サービス情報公表制度に関する説明会

**介護サービス情報公表制度見直し後の全体像**

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

**新たに国民に情報発信**

地域包括支援センター  
生活支援サービス

通所介護の寄附サービス情報  
※通所介護の情報に追加

**人材確保の観点から活用を促進**

従業者に関する情報  
※キャリア支援制度の活用等も検討

**掲載イメージ**

介護サービス情報公表システム  
介護サービス情報公表システム  
介護サービス情報公表システム  
介護サービス情報公表システム  
介護サービス情報公表システム

第13回 介護サービス情報公表制度に関する説明会

### 介護サービス情報の公表制度について

(参考) 介護サービス情報の公表制度について

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

- ・ 事業所及び施設の基本情報に従業者の教育訓練のための制度、研修等、従業者の資質向上に向けた取組状況を追加する。  
(例) 認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修、ユニバーサル研修、キャリア支援制度の取組(※)、その他事業所独自で実施している従業者の資質向上に向けた研修等(※)(責任者研修、管理責任者研修)の内容がわかりやすいように掲載すること。

**【参考事項】 介護職員処遇改善加算 別添一**

- ① 事業所において介護サービスに就業する従業者(以下この項において「従業者」といふ。)に関する事項
- ② 職制別従業者数
- ③ 職制別従業者の年齢、性別、従業員、嘱託員、パートタイム労働者、パートタイム労働者数
- ④ 従業者の研修状況(研修サービス)に関する事項(※)(研修年数等)
- ⑤ 従業者の研修費用(研修費)
- ⑥ その他介護サービスの提供に必要事項

※ 従業者の研修状況(研修サービス)に関する事項(※)は、現在、法令に基づき都道府県に報告している項目に加え、以下の内容を事業所が任意で公表するものに追加する。

- ① 研修時間(研修時間)
- ② 研修体系(給付、賞与、定評制度等)
- ③ 研修制度の内容及び取得状況
- ④ 研修費用の状況
- ⑤ 研修率(実数・非実数別)

※ 研修費用(研修費)に関する事項(※)は、現在、法令に基づき都道府県に報告している項目に加え、以下の内容を事業所が任意で公表するものに追加する。

- ① 研修費用(研修費)に関する事項(※)は、現在、法令に基づき都道府県に報告している項目に加え、以下の内容を事業所が任意で公表するものに追加する。
- ② 研修費用(研修費)に関する事項(※)は、現在、法令に基づき都道府県に報告している項目に加え、以下の内容を事業所が任意で公表するものに追加する。
- ③ その他

注：①～③の項目については、現在、都道府県の数量で従業者に関する情報を公表する事業所に限って活用されている内容も記載している。

第13回 介護サービス情報公表制度に関する説明会

### ●次期改定に向けた課題

今後の課題、次回改定に向けた宿題がある。

その1つを示すと、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、引き続き検討するということだ。

その際には、現行の事業所単位でのサービス提供に加え、地域単位のサービス提供の視点も含めるなど、事業所間の連携の進め方やサービスの一体的・総合的な提供の在り方が検討され、地域でいかに支えていくかという視点が次回改定では盛り込まれるだろう。

## 平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告

社会保障審議会介護給付費分科会  
平成 27 年 1 月 9 日

### IV 今後の課題

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

### 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・基準の見直しの方角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。

### IV 今後の課題

- 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。

### IV 今後の課題

- 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。

### IV 今後の課題

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

### IV 今後の課題

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

### ● 高齢者の居場所

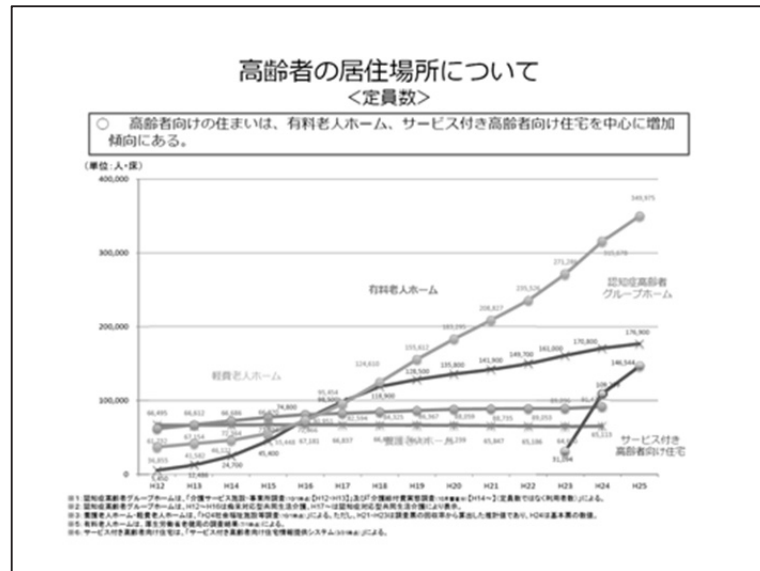
最後に、住まいの話をする。今、日本の有料老人ホーム、認知症グループホームは増加傾向にあり、そして、近年最も急増しているのがサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）である。国土交通省では、有料老人ホームとあわせて 100 万戸など様々な目標値を立てている。現状、サ高住をつくっても、岡山・倉敷あたりでも空室があり、供給過多の感がある。

サ高住は、介護保険事業計画と十分リン

クして供給量を考えていく必要があるだろう。

岡山県内のサ高住の提供度合いと、その稼働状況、それぞれのサ高住で医療と介護がどこまで対応できるかというのは、今後把握が必要ではないかと考えている。

2011年11月に高齢者住まい法（高齢者の居住の安定確保に関する法律）が改正され、サ高住は順調に増えてきている。これは、国土交通省のホームページで随時確認ができ、11月25日現在で18万8,000戸である。単純平均すると一棟あたり、30戸程度。都道府県によってかなり参入状況に違いもみられる。



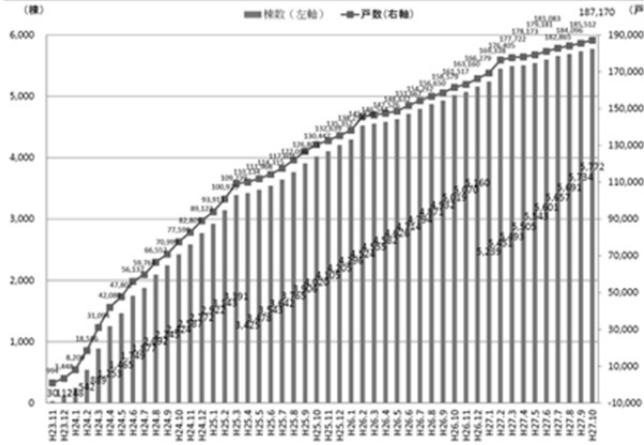
### サービス付き高齢者向け住宅 登録状況

- 2011年11月より登録開始
- 2015年11月25日現在

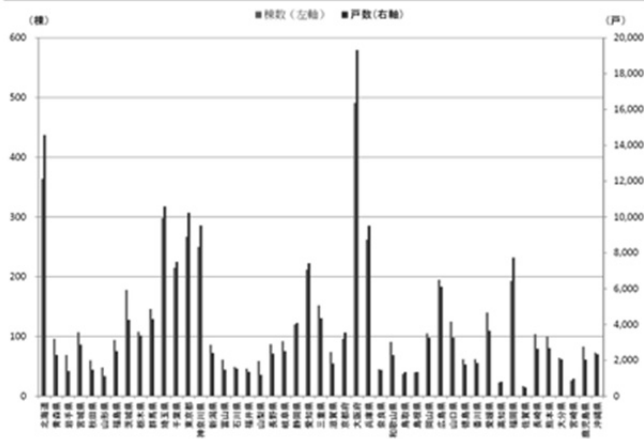
5,806棟・188,248戸が登録



サービス付き高齢者向け住宅の登録状況(H27.10末時点)



サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H27.10末時点)



サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H27.10末時点)

都道府県	棟数	戸数	都道府県	棟数	戸数
北海道	364	14,584	滋賀県	74	1,822
青森県	96	2,309	京都府	96	3,549
岩手県	69	1,401	大阪府	491	19,321
宮城県	107	2,882	兵庫県	262	9,518
秋田県	60	1,471	奈良県	45	1,465
山形県	48	1,121	和歌山県	91	2,293
福島県	94	2,517	鳥取県	37	1,346
茨城県	178	4,261	島根県	40	1,353
栃木県	108	3,384	岡山県	105	3,257
群馬県	146	4,309	広島県	195	6,110
埼玉県	298	10,592	山口県	125	3,271
千葉県	215	7,498	徳島県	62	1,769
東京都	267	10,237	香川県	62	1,854
神奈川県	250	9,533	愛媛県	140	3,653
新潟県	86	2,412	高知県	23	808
富山県	61	1,475	福岡県	193	7,731
石川県	49	1,543	佐賀県	17	494
福井県	46	1,361	長崎県	104	2,651
山梨県	59	1,192	熊本県	100	2,681
長野県	87	2,371	大分県	64	2,052
岐阜県	92	2,517	宮崎県	26	970
静岡県	120	4,090	鹿児島県	83	2,043
愛知県	212	7,412	沖縄県	73	2,335
三重県	152	4,352	合計	5,772	187,170

一部のサ高住に限ったことだが、場合によっては通院可能な場合でも訪問診療で算定したり、不必要な介護まで提供するなどの指摘が出ている。



サ高住の課題をスライドに示す。サ高住は、中間所得以上の受け皿になっていることを考慮する。

アンケート調査等では、利用者の希望は、ハードやソフトのサービスを越えて、医療と介護における安心の保障が必ずトップにくる。

建設業、住宅メーカーなど医療系以外の業者が多く参入しているため、重度の方や認知症への対応は難しいことから、認知症や医療が重度になると住み替えを促される場合もあり、サ高住間の連携も行われている。

**サービス付き高齢者向け住宅の課題**

- 供給量→高齢者人口動態や介護施設整備との整合性(既に規制している自治体もあり)
- 低所得者→既存住宅の有効活用
- 最大のニーズは、医療・介護の安心の保障
- 重度者・認知症の対応状況の把握
- 看取り→医療提供と「看取りの質」の担保は？
- 過度の低価格設定や低質な生活環境も散見
- 一部には「囲い込み」や「患者紹介ビジネス」

高齢者住宅の運営のポイントを考える。地域に開かれた施設をどう運営していくか——。入居一時金などは法改正によってゼロに近い、または微々たる金額になって

いると思う。特に適正な在宅医療をどう担保するのか。透明性の高い運営ということで、地域の方にボランティアなどで入っていただくなど、外部からの目が入って地域との交流をしながら運営していくことが、一番良いのではないかと考えている。

私は医療や介護業界以外の関係者が多く参加する国の説明会に何度も足を運んでいるが、ぜひ国土交通省の説明の中に、身体拘束の廃止、あるいは認知症ケアや尊厳の保持に関するようなスライドを加えていただきたいと常々願っている。

**高齢者住宅運営のポイント<1>**

- 経営計画
- マーケット、顧客層
- 特定・非特定
- 規模、個室・二人部屋・特室、居室面積
- 独立採算: 家賃・共益費・安心サポート費
- 食事メニュー・食費
- 入居一時金・敷金
- 職員体制・夜勤
- サービス提供範囲

**高齢者住宅運営のポイント<2>**

- 営業・集客・入居
- 適正な在宅医療と介護居宅サービス
- 医療・介護のフリーアクセスの担保
- 住まいと施設の峻別
- 「あるがまま」と自立支援
- 認知症対応
- 身体拘束防止
- クレーム対応
- 地域との相互交流: 地域づくり・まちづくり
- 透明性の高い運営

●療養病床の在り方等に関する検討会

これは、11月27日に開催された療養病床の在り方等に関する検討会である。今後の療養病床について、病床削減で空いた病棟の有効活用について選択肢を提示する会議である。

基本的な考え方にあるが、要介護4以上の方をどのように支えていくのかについて、様々な議論がなされていた。

第5回療養病床の在り方等に関する検討会 議事次第

日時：平成27年11月27日（金）15:00～17:00  
場所：中央合同庁舎第5号館 講堂

【議題】

新たな類型に関する論点について

【資料】

- 資料1-1 新たな選択肢の骨格に関する論点について  
資料1-2 新たな類型を構成する「医療」「介護」「住まい」の視点の例  
資料2 鳩森構成員提出資料  
資料3 鈴木構成員提出資料

資料1-1

新たな選択肢の骨格に関する論点について

1. 基本的な考え方（現行の利用者像と求められる機能）

- 新たな施設類型の選択肢を検討するに当たっては、まず、新たな選択肢が想定する利用者像と、それに即した機能（サービス）を検討することが必要。

＜現行の介護療養病床・医療療養病床（看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの）の利用者像のイメージ＞

- ・ 現行の利用者の平均年齢は、介護療養病床、医療療養病床（25対1）のいずれにおいても80歳強であり、僅かながら、医療療養病床（25対1）においては40歳未満の者も存在しているものの、高齢者が大宗を占める。

新たな選択肢の骨格に関する論点について

1. 基本的な考え方（現行の利用者像と求められる機能）

また、介護の必要性について、医療療養病床（25対1）においては、要介護申請を行っていない者がいるものの、これらを除けば、介護療養病床を含め、要介護度4以上の者が大宗である。これらが新たな類型の利用者のイメージとなると考えられる。

- ・ 平均在院日数は、特に介護療養病床において長期にわたっており、介護療養病床においては死亡退院が最も多く、医療療養病床（25対1）においても自宅退院に次いで死亡退院が多い。
- ・ 医療の必要性について、介護療養病床や医療療養病床（25対1）では、医療療養病床（20対1）よりも、医療の必要性が比較的低い者を受け入れている。また、こうした医療の必要性が低い者の中でもその病態は様々で、日常的な医学的管理に加えて、容体が急変した場合の処置等を必要とするリスクを抱える者もいると考えられる。

新たな選択肢の骨格に関する論点について

1. 基本的な考え方（現行の利用者像と求められる機能）

- また、現行の介護療養病床及び医療療養病床（25対1）が長期療養の場となり、そこで亡くなる者が多いことに鑑みると、新たな類型には、

- ・ 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備など「住まい」の機能
- ・ 経管栄養や喀痰吸引等の日常生活上必要なケア等の一定の医療処置や、充実した看取りやターミナルケアを実施する体制が求められるのではないか。

新たな選択肢として、長期療養を目的とした病院内施設の医療内包型と病院内居住スペースの医療外付型が考えられている。

医療機能の例としては、日常的な医学的管理程度の医療、夜間・休日における医療、看取り機能、生活機能維持向上等のリハビリテーション等がある。

必要なサービスの提供体制としては、夜間・休日における当直体制、住まいとしての構造設備等が例としてあげられている。

介護機能としては、重度要介護者への三大介護などの適切な介護サービスである。

新たな選択肢の骨格に関する論点について

2. 新たな選択肢に関する論点

- 新たな選択肢を考えるに当たっては、「住まい」の機能の強化を中心とすると、
- ・ 医療を内包した施設類型
  - ・ 医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型等の類型が考えられる。
- その際、新たな類型で中心的に想定される利用者像としては、
- ・ 日常的な医学的管理を長期にわたり継続して必要とし、かつ、一定程度の介護も必要となる者
  - ・ 基礎疾患の症状が重いなど医療の必要性が高い等の理由により、容体が急変するリスクを抱える者
  - ・ 医療の必要性の程度が多様だが、容体は比較的安定している者など、一定程度、幅のある状態を想定すべきと考えられる。
- その上で、それぞれの利用者像を受け入れる類型として、具体的に、どのような医療機能や、介護機能を持たせるべきと考えられるか。

新たな選択肢の骨格に関する論点について

2. 新たな選択肢に関する論点

＜医療機能の例＞

- ・ 日常的な医学的管理程度の医療
- ・ 夜間・休日における医療
- ・ 看取り・ターミナルケアを行う機能
- ・ 生活機能の維持向上のためのリハビリテーション 等

＜必要なサービス提供体制の例＞

- ・ 夜間・休日における当直体制
- ・ 想定される中心的な状態に応じた医療に関する人員・設備
- ・ 「住まい」としての構造設備

＜介護機能の例＞

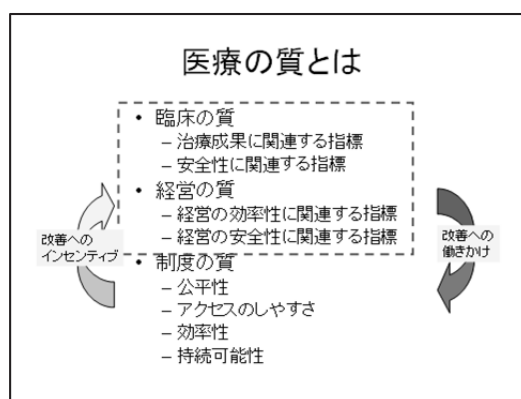
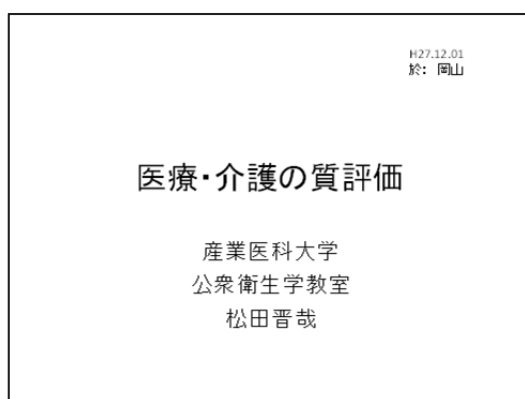
- ・ 適切な介護サービス（入浴、排泄、食事等） 等





## 2) 医療・介護の質評価

産業医科大学公衆衛生学教室 教授 松田晋哉氏



### ●医療の質とは

まず、医療の質である。ここでよくいわれるのが、臨床の質、経営の質、制度の質だ。臨床の質の1つは、ドナベディアン の定義で、その構造、プロセス、アウトカムと、治療成果に関連する指標や安全性を監督してどのようにするのか、経営としてどのように考えるかなど、議論されている。

その中で、エビデンスに関するKPI（キー・パフォーマンス・インディケータ：目標の達成度合いを計る定量的な指標）をつくっており、それをもって制度の質を評価していこうということだ。制度の質を評価しながら、経営の質、臨床の質を評価していこうということである。このような良いサイクルでまわしていこうということで、議論が進められている。

日本における臨床の質の評価は、アメリカの様々な事業を参考に議論されている。例えば、IMSystems という医療の質のデータ収集事業があるが、これは失敗した。失敗した理由は、臨床の研究者が開発した指標を提出してもらおうと開始したが、現場の作業負担が多すぎて、数年でとん挫したのだ。



その後、AHRQ というヘルスケアに関する研究と質の向上を活動を目的する米

国政府機関が開発した、病院の管理運営データを元にした質指標を抽出する仕組みを用いてデータ収集と公開した。実は、これが成功している。

**AHRQ**

- AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality):「ヘルスケアに関する研究と質の向上」を活動の目的とする米国政府機関
- 病院の管理運営データ(administrative data)から質指標を抽出する仕組みを開発し、これを用いてデータの収集と公開
- シンガポールなどでも広く活用されている
- 現場の作業負担の少なさが成功要因

この管理運営データは何かというと、DRG (Diagnosis Related Groups) というものだ。DRG が関連して使われているデータを基に指標をつくった。DRG は他国でも採用され、世界的な標準になっている。

使われているデータは、このボリュームデータ、死亡率、あるいは、どういうものがどのようにというクオリティインディケータのようなものである。

アメリカでは、これらをベースにした Hospital compare が開始されている。これは、プロセス指標やアウトカム指標などである。

例えば私がニューヨークに行った時に倒れたとする。どうも狭心症ではないか、そこで狭心症というキーワードを選択するといくつか病院がでてくる。その病院を選べば、狭心症に関するクオリティインディケータの実践度合いを測定するための指標が比較できるという無料サイトである。これは、メディケアというアメリカ政府の高齢者に対する公的医療制度で、地域を選択し、施設を選択すると施設の情報が評価比較できて、自分でその医療施設を選択できるというものだ。

実はアメリカだけではなく、カナダやフランス、ドイツ、イギリスでも標準になっている。

このように表示されるが、例えばこの病院がどのような種類なのか、エマーゼンシーサービスの有無、ストロークケアやナーシングケアのレジストリ等も表示される。

例えば、心筋梗塞の患者には必ずアスピリンを退院時に投与するが、いわゆる国のガイドラインに従った医療が行われているかどうかと比較できるようになっているのだ。

例えば、評価指標として、来院時にアスピリンの投与、来院時にβブロッカーの投与、ライン後 30 分以内に血栓溶解剤の投

**AHRQにおける臨床指標の例**

肺炎(ポリニューム)
食道腫瘍の症例数
膵臓切除術の症例数
小児心臓手術の症例数
膵膵大動脈瘤(AAA)の症例数
冠動脈バイパス手術(CABG)の症例数
経皮的冠動脈形成術(PTCA)の症例数
内臓動脈血栓摘除術(CEA)の症例数
入院患者に対する手術におけるインディケータ
食道腫瘍の死亡率
膵臓切除術の死亡率
小児心臓手術の死亡率
膵膵大動脈瘤(AAA)の死亡率
冠動脈バイパス手術(CABG)の死亡率
経皮的冠動脈形成術(PTCA)の死亡率
内臓動脈血栓摘除術(CEA)の死亡率
膵臓がん死亡率
大腸骨髄質骨折手術後死亡率
入院患者の疾患別死亡率インディケータ
急性心筋梗塞(MI)死亡率
うつ血性心不全(CHF)死亡率
急性期脳卒中死亡率
消化管出血死亡率
大腸骨髄質骨折死亡率
肺炎死亡率
利用インディケータ
帝王切開による分娩数
帝王切開後の経膈分娩(VBAC)
膵臓腫瘍下胆嚢摘出術施行数
高齢者における典型的虫嚥切除率
膵臓の腫瘍死亡率



## Hospital compareの臨床指標の例

- 1) プロセス指標
  - 1) 急性心筋梗塞
    - 入院時のアスピリンの処方
    - 入院時のアスピリンの処方
    - 急性心筋梗塞治療者の患者に対するACE阻害薬またはARBの処方
    - 入院時のβブロッカーの処方
    - 入院後30日以内の血圧降下剤の処方
    - 入院後30日以内のPCI施行
    - 栄養指導の実施
  - 2) 心不全
    - 急性心筋梗塞治療者の評価の実施
    - 急性心筋梗塞治療者の患者に対するACE阻害薬またはARBの処方
    - 栄養指導の実施
    - 栄養指導の実施
  - 3) 尿石
    - 入院後48時間以内に抗生物質を処方
    - 尿石結核菌の検出状況の記録と記録
    - 尿石結核菌の検出の実施
    - 尿石結核菌の検出の実施
    - 尿石結核菌の検出の実施
    - 心臓カテーテルの挿入状況の記録と記録
  - 4) 冠動脈狭窄
    - 冠動脈狭窄診断後に予防的抗血栓薬を処方
    - 冠動脈狭窄診断後に予防的抗血栓薬を中止
    - 適切な予防的抗血栓薬の処方
    - 手術前診断後に48時間以内に適切な抗血栓薬を処方
    - 手術前診断後に48時間以内に適切な抗血栓薬を処方
  - 5) 小児罹患
    - 入院中の発作治療薬の処方
    - 入院中の発作治療薬の処方
    - 入院中の発作治療薬の処方
    - 小児の介護者に対して自宅での管理計画書を提供
- 2) アウトカム指標
  - 急性心筋梗塞の30日以内の死亡率
  - 心不全の30日以内の死亡率
  - 尿石の30日以内の死亡率

	NYU HOSPITALS CENTER	BETH ISRAEL MEDICAL CENTER	MOUNT SINAI HOSPITAL
Heart Failure Patients Given Discharge Instructions	88% <sup>2</sup>	89% <sup>2</sup>	77% <sup>2</sup>
Heart Failure Patients Given an Evaluation of Left Ventricular System (LVS) Function	100% <sup>2</sup>	96% <sup>2</sup>	98% <sup>2</sup>
Heart Failure Patients Given ACE Inhibitor or ARB for Left Ventricular System Dysfunction (LVSD)	97% <sup>2</sup>	96% <sup>2</sup>	93% <sup>2</sup>
Heart Failure Patients Given Smoking Cessation Advice/Counseling	100% <sup>2</sup>	97% <sup>2</sup>	100% <sup>2</sup>

左記の指標について、上図のように患者が知りたい項目について病室間の比較がweb上でできるようにになっている。

<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>

与など、このようなプロセスに関する指標を得点化して比較するという仕組みが、既にアメリカでは進んでいる。

### Hospital compareの利用手順(1)

Medicare.gov  
The Official U.S. Government Site for Medicare

Hospital Compare 利用者が地域を入力する。

Find a Hospital

Example: 21244 or Johnson, NY or Maryland

Search Hospitals

Compare Other Providers and Plans

<http://www.medicare.gov/hospitalcompare/>

### Hospital compareの利用手順(3)

General Information	Patient Survey Results	Timely & Effective Care	Readmissions & Complications	Use of Medical Imaging	Medicare Payment	Number of Medicare Patients
NEW YORK DOWNTOWN HOSPITAL 170 WILLIAM STREET NEW YORK, NY 10038 (212) 312-5000	BETH ISRAEL MEDICAL CENTER FIRST AVENUE AT 24TH STREET NEW YORK, NY 10003 (212) 410-2000	NYU HOSPITALS CENTER 550 FIRST AVENUE NEW YORK, NY 10016 (212) 263-7900	Acute Care Hospitals	Acute Care Hospitals	Acute Care Hospitals	Acute Care Hospitals
Provides Emergency Services [E]	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Registry Type [E]	Stroke Care Registry Nursing Care Registry	Cardiac Surgery Registry Stroke Care Registry Nursing Care Registry	Cardiac Surgery Registry Stroke Care Registry Nursing Care Registry	Cardiac Surgery Registry Stroke Care Registry Nursing Care Registry	Cardiac Surgery Registry Stroke Care Registry Nursing Care Registry	Cardiac Surgery Registry Stroke Care Registry Nursing Care Registry
Can receive lab results electronically [E]	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Can track patient's lab results, tests, and referrals electronically between visits [E]	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

<http://www.medicare.gov/hospitalcompare/>

### Hospital compareの利用手順(2)

Choose up to three hospitals to compare. So far you have selected:

- NEW YORK DOWNTOWN HOSPITAL
- BETH ISRAEL MEDICAL CENTER
- NYU HOSPITALS CENTER

全画面で施設を選択して「Compare Now」ボタンをクリックすると選んだ施設の情報が比較できる。

Viewing 1 - 20 of 79

Location	HOSPITAL INFORMATION [E]	DISTANCE [E]	HOSPITAL TYPE [E]	EMERGENCY SERVICES [E]
A. NEW YORK DOWNTOWN HOSPITAL 170 WILLIAM STREET NEW YORK, NY 10038 (212) 312-5000	0.3 Miles	Acute Care Hospitals	Yes	
B. NY EYE AND EAR INFIRMARY 210 EAST 24TH STREET NEW YORK, NY 10003 (212) 319-4000	2.1 Miles	Acute Care Hospitals	No	
C. BETH ISRAEL MEDICAL CENTER FIRST AVENUE AT 14TH STREET NEW YORK, NY 10003	2.2 Miles	Acute Care Hospitals	Yes	

<http://www.medicare.gov/hospitalcompare/>

### Hospital compareの利用手順(4)

Effective Heart Attack Care

	NEW YORK DOWNTOWN HOSPITAL	BETH ISRAEL MEDICAL CENTER	NYU HOSPITALS CENTER
Heart attack patients given aspirin at discharge	Too few cases	100% <sup>4</sup>	100%
Heart attack patients given a prescription for a statin at discharge	Too few cases	97% <sup>4</sup>	100%

Heart Failure Care

Heart failure is a weakening of the heart's pumping power. With heart failure, your body doesn't get enough oxygen and nutrients to meet its needs. These measures show some of the process of care provided for most adults with heart failure.

- More information about timely and effective care measures.
- Why heart failure care measures are important.
- Current data collection period.

心筋梗塞の臨床指標の比較

<http://www.medicare.gov/hospitalcompare/>

### アメリカHQIDにおける 急性心筋梗塞の評価指標

#### <プロセス指標>

1. 来院時にアスピリンの投与
2. 来院時にβブロッカーの投与
3. 来院後30分以内に血栓溶解剤の投与
4. 来院後120分以内にPCIの実施
5. 左室収縮機能不全に対しACEIまたはARBの投与
6. 禁煙指導・カウンセリングの実施
7. 退院時にアスピリンの処方
8. 退院時にβブロッカーの処方

#### <アウトカム指標>

9. リスク調整した院内死亡率

出典：池田俊也(2009)

### 急性心筋梗塞

#### <プロセス指標>

1. 来院時にアスピリンの投与
2. 来院時にβブロッカーの投与
3. 来院後30分以内に血栓溶解剤の投与
4. 来院後120分以内にPCIの実施
5. 左室収縮機能不全に対しACEIまたはARBの投与
6. 禁煙指導・カウンセリングの実施
7. 退院時にアスピリンの処方
8. 退院時にβブロッカーの処方

#### <アウトカム指標>

9. リスク調整した院内死亡率

私たちの研究班で、欧米における医療の質の評価から何を学ぼうかということで、様々なことをやってきた。医療の質評価事業によって、確かに評価指標は向上する。

多くの国では、評価の主体はプロセスが多いが、日本の国民はアウトカム指標なのである。しかし、アウトカムの比較というのは危ないため、国民にしっかりと理解してもらわないといけない。

例えば、どういう重症度の患者を受け入れているかを、完全に補正する方法は今のところない。そのため、その死亡率のようなもので比較すると、ほとんどの大学病院は成績が悪くなってしまふ。なぜかということ、最後の砦で重症の患者を受け入れるからだ。

プロセス評価が中心になっているのは、例えば、ある病気に対してA、B、Cという3つの治療法があったときに、どれが良いかはわからないのである。優れた臨床医であれば、その時の患者の状態を判断して、ご家族の意向などを聞き、Bという評価を

する。仮に結果があまり良くなかった場合に、例えば家族からC、Aだったらもっと良かったのではないか、という問いには答えられない。そこで第三者の専門医が入ったときに、この状態でBを選んだのは妥当であるというプロセスの評価を得る。

このように、第三者比較にたえられるのがプロセス評価のため、諸外国での質の評価はプロセスなのである。

日常業務と連動した情報収集体制が継続性・信頼性を担保するために重要であることから、欧米の経験をもとにして、日本でもレセプトとDPCの情報を使い、クオリティインディケーターをつかっていこうという事業が進んでいる。

日本のレセプトは優れた仕組みで、どうい患者に対して、いつ、何をしたかという情報が入っている。

例えば、肺炎の治療をするのに、いわゆる培養を出さずに治療していれば、すぐにわかる。なぜかということ、処方日がわかるからだ。そういう形でプロセスの評価をすることができるので、医療の質評価の試みが日本でもこのDPCのデータやレセプトを使っていこうということになっている。

実はこれに関しては、私たち研究者と政策側との間で乖離がある。私たちはPay for performanceはまだ無理だと思っている。Pay for performanceというのは、パフォーマンスに応じてボーナスを与えるという仕組みだ。例えば、アメリカの場合は、パフォーマンスの良い上位10%には2%、11~20%には1%といったように、パフォーマンスの良い病院にボーナスを支払う仕組みになっている。

実際、様々な文献を調べると、評価指標が良くなることは、必ずしも患者のアウトカム向上につながっていないという論がほとんどだ。そうするとチェリーピッキング(cherry picking: 数多くの事例の中から自らの論証に有利な事例のみを並べ立

てること) やクリームスキミング (cream skimming : 公共サービスにおいて、需要のうち儲かる部分にのみサービスを集中させること) といわれているのは、良いとこどりが行われる可能性があるため、まだ日本ではやらないほうが良いのではないかと思っているのである。

一方で、Pay for reporting はやるべきだろうと思う。要するに、そのデータを出したところに対してお金をつけるということは良いことだと考えている。

このようなことから、地域包括ケア病床をもつ病院に対して、データ提出加算をつくった。このデータ提出について加算することによって、今は DPC に参加していない病院も、DPC のコーディングがされていて、様々なアウトカム指標がだせるようになってきている。

#### 欧米における医療の質評価からのレッスン

- ・ 医療の質評価事業により「評価指標」は向上する
- ・ 評価の主体はプロセス
- ・ 日常業務と連動した情報収集体制が継続性・信頼性を担保するために重要
  - 標準的情報基盤の整備が必須
- ・ Pay for Performanceの効果については知見が一致しない→情報公開を行うだけで「評価指標」は向上
- ・ 指標の向上が全体のアウトカム向上につながるかどうかはまだ意見が一致していない

#### ●モデル事業における取組み

実は6年前から行われている、厚生労働省医政局による医療の質の作成と公開に関するモデル事業に多くの病院団体が参加している。これは、病院団体が独自に臨床指標を作成して、それを公開するというプロジェクトだ。

これに参加する条件は、その補助金がなくなった後も続けることである。まず、国立病院機構や全日病が、2年目からは済生会や労災病院などが参加した。実際、この事業にあたって、私たち研究者の間でも話し合いをして、今回は済生会の医療の質の指標を例示しているが、指標の定義式を全て同じにした。日本病院会も民医連も、労災病院も全て同じ定義式で指標をつくっているのである。

その気になれば、労災病院や DPC に参加している病院は、全て同じフォーマットでクリニカルインディケーターを作成でき、公開できるところまできている。

例えば、済生会における情報公開の例だが、ステージ1の乳がん患者では、乳房温存手術の施行率が病院の名前とともに公開されている。

実際行ったデータに基づいて、きちんと行うということで作った指標がこれらである。

#### 済生会の医療の質への取組み

No.	指標区分	プロセス	アウトカム	臨床指標	DPO、電レセで実施
1	患者満足	1		入院患者の満足度	×
2				外来患者の満足度	×
3	病院全体	1	○	公費負担医療患者の割合	○
4		2	○	高齢者における褥瘡対策の実施率	○
5		3	○	高齢者における褥瘡の院内発生率	×
6		4	○	手術が行われた患者における肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	○
7		5	○	手術が行われた患者における肺血栓塞栓症の院内発生率	○
8		6	○	術後の大腸骨頭部/転子部骨折の発生率	○
9		7	○	手術難易度分類別の患者割合	○
10	4疾病等の主な疾患	1	○	急性脳梗塞患者に対する入院翌日までの早期リハビリテーション開始率	△
11		2	○	急性脳梗塞患者に対する入院翌日までの頭部CTもしくはMRIの施行率	△
12		3	○	急性脳梗塞患者における入院死亡率	△
13		4	○	急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方	○
14		5	○	PCIを施行した救急車搬送患者の入院死亡率	○
15		6	○	人工透析、十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の施行率	○
16		7	○	人工関節置換手術翌日までの早期リハビリテーション開始率	○
17		8	○	人工関節置換手術等の手術部位感染予防のための抗菌薬の1日以内の中止率	○
18		9	○	乳がんの患者に対する乳房温存手術の施行率	○
19		10	○	胃がんに対する内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の施行率	○
20		11	○	がんのステージ別入院患者割合	○
21	12	○	がん患者に対する緩和ケアの施行率	○	
22	回復期療養病棟	1	○	脳卒中地域連携バスの使用率	○
23		2	○	大腸骨頭部骨折地域連携バスの使用率	○
24		3	○	急性期病棟における退院調整の実施率	○
25		3	○	救急搬送患者における連携先への転院率	○
26		4	○	退院時共同指導の実施率	○
27		5	○	介護支援連携指導の実施率	○
28		6	○	回復期リハビリテーション病棟退院患者の在宅復帰率	×

資料: [http://www.saiseikai.or.jp/saiseikai\\_wdm/html/work/shihyou.html](http://www.saiseikai.or.jp/saiseikai_wdm/html/work/shihyou.html)



## 済生会における情報公開の例

指標 18：乳がんの患者に対する乳房温存手術の施行率

医療機関コード	医療機関名	母数	分子	割合
096210115	済生会宇都宮病院	20	13	65.0%
130314757	済生会中央病院	14	14	100.0%
140105122	済生会横浜市東部病院	26	25	96.2%
143103439	済生会横浜市南部病院	20	15	75.0%
180118909	福井県済生会病院	51	39	76.5%
271607149	済生会千里病院	12	10	83.3%
279600070	済生会中津病院	20	18	90.0%
279600120	済生会野江病院	11		81.8%
290401062	済生会中和病院	11		81.8%
338800012	岡山済生会総合病院	27	25	92.6%
401119189	済生会福岡総合病院	21	17	81.0%
438211911	済生会熊本病院	15	10	66.7%
	合計	248	204	82.3%

\* 分母が 10 症例未満の病院数：23

資料： [http://www.saiseikai.or.jp/saiseikai\\_wdm/html/work/shihyou.html](http://www.saiseikai.or.jp/saiseikai_wdm/html/work/shihyou.html)

脳卒中地域連携パスの使用率と平均在院日数の相関、これが済生会の脳卒中地域連携パスの利用率である。やはり、多く使っている病院では、在院日数が短いのだ。

こういった指標を出していったって、地域連携パスを使っているということ、これ自体をいわゆるキーパフォーマンスインディケーターとして、地域医療計画の中に反映していくという枠組みで話をすすめている。

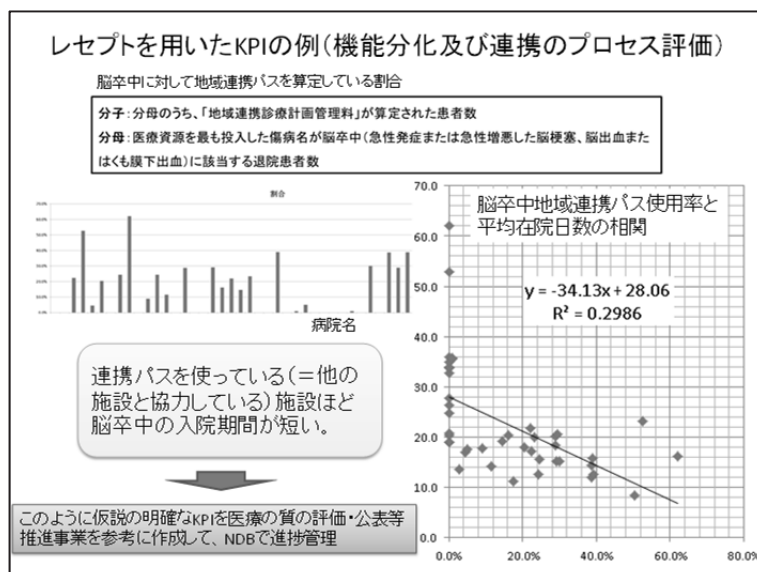
実は、これ自体はナショナルデータベースを使えば、地域単位の計算ができる。こういったキーパフォーマンスインディケーターを個々の施設で作成をしているが、地域レベルでナショナルデータベースを使って計算していくことを、次の医療計画

の中でいれていこうと考えている。

例えば、南西部医療圏で脳卒中の連携パス使用率が何%という数字がある。これは10%だとした場合、例えば済生会が30%で、他の病院が5%だとすれば、やはりその地域の平均よりも低いということになるので、データに基づいた改善を行うことになる。ベンチマーキングを地域レベル、施設レベルで進めていこうという枠組みを整備しているところである。

### ●介護の質の評価

これと平行で動いているのが、介護の質の評価だ。結論から言うと、おそらく介護の質評価のほうが先に介護報酬に結び付くと思っている。なぜかという、作成された方々の思いが強く、質評価をどう



してもいい、どうしても Pay for performance をしたいという思いがあるためだ。良い介護を提供している所に点数を厚くすることによって、そこに勤めている介護職員の手当を良くしたいという思いである。

介護の質評価について、これは平成 22 年のあり方研究会でできたものだが、介護保険の理念にそった質の評価を行うという形になっている。

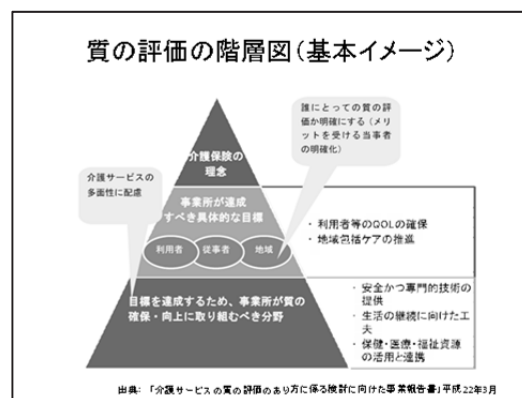
事業所レベルでは、利用者の QOL 向上を、地域レベルでは地域包括ケアの推進していくという、地域と個々のレベルで質評価を行うという枠組みになっている。

介護保険の理念は何かというと先ほど江澤先生のリハビリ前置主義だという話があったが、それを明確に出していこうということだ。そもそも介護保険とは、尊厳を保持し、その有する能力を保持して、自立した日常生活を営むようにすること。この自立するということを、きちんと評価する形になっている。

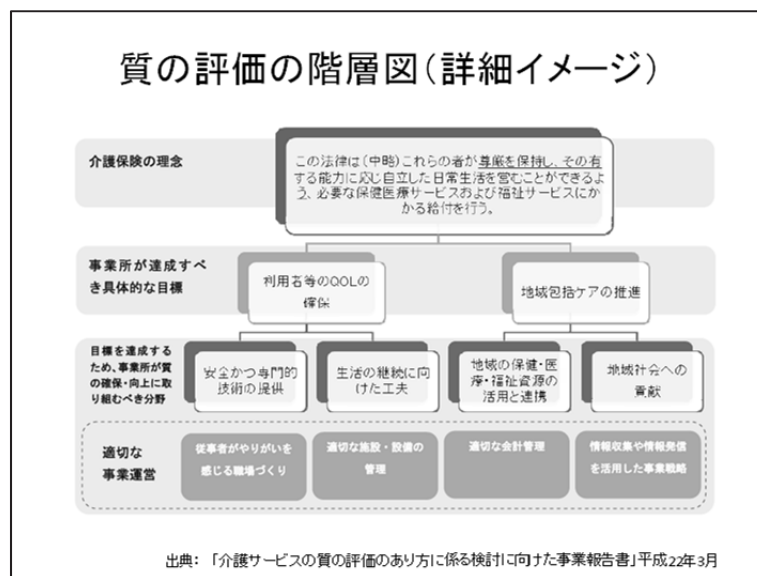
事業所には、個々のサービスの質を向上を、また、地域包括ケアへの評価をしていこうということだ。多分、こういった点が施設基準など、関連加算になっていくのだと思う。

それからもう 1 つ、そのサービスが安全であると、安全を担保していこうということだ。地域包括ケアにおいては、連携、それから地域社会の貢献とあるが、これはどのように取組むかはなかなか難しいことだ。これは、DPC ではすでに行っている。いわゆる地域医療係数である。介護保険で、その地域医療係数に近い形をどのようにつくっていくかは、1 つの課題になっている。

これが質の評価の階層図である。評価項目は、利用者等の QOL 向上となると安全



かつ専門的に技術を提供するなど、様々な議論がされている。専門的な認知症ケアの提供、専門的なターミナルケアの提供、感染症や食中毒の予防、事業所内事故の予防、質の高い介護技術の提供など様々だ。



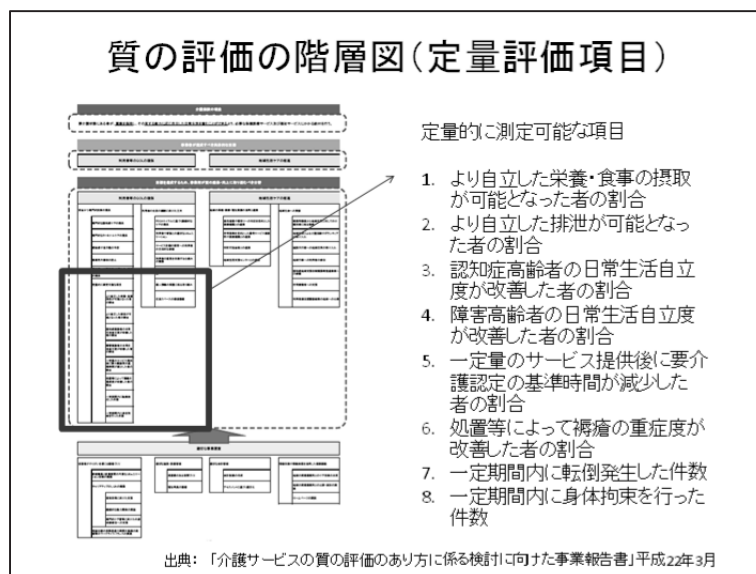
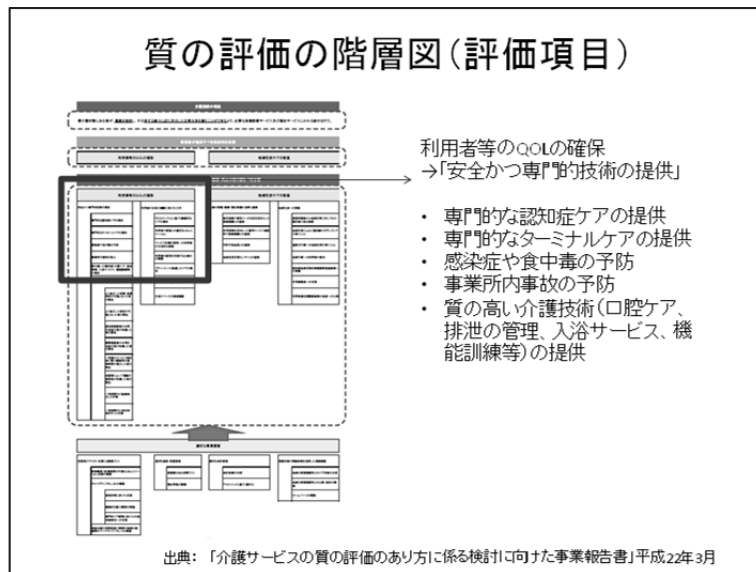
質の高い介護技術に関しては、いわゆる介護プロフェッショナルキャリア段位制度である。

質の評価の基準は、まず提供されたのが、より自立した栄養・食事の摂取が可能となった者の割合、より自立した排泄が可能となった者の割合、認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合などである。

実は、これを全てやってみたが、うまくいかなかった。介護保険サービスの利用者

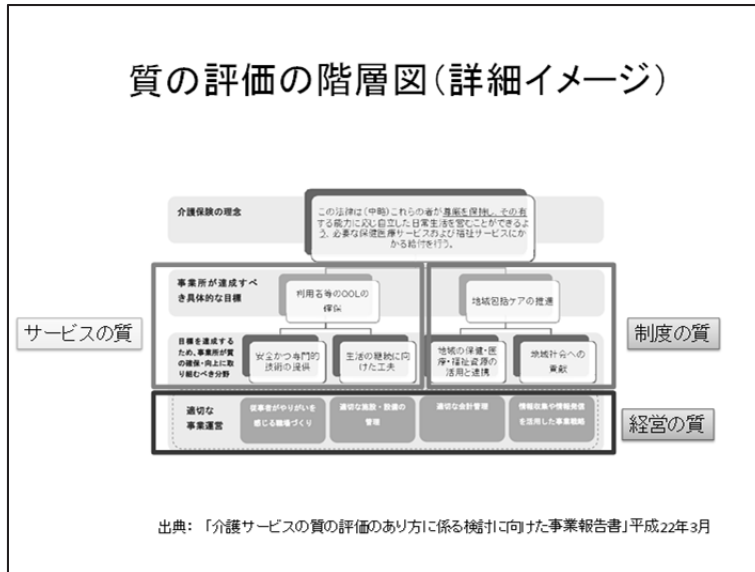
は、基本的には老化とともに機能が低下する人たちのため、改善となると難しい点が多い。しかも残念ながら、要介護度はそれほど感度が高くない。とくに要支援1から要介護1では、答え方によって左右される。そのため、二次判定での変更率は高く、50%程度、低いところでも20~30%にもなる。

そこで、他国ではどうしているかを調べてみた。





## 質の評価の階層図(詳細イメージ)



これは、フィンランドのRAI データである。下の欄を読んでいただくと、ほとんどがメディカルな項目だ。脱水の予防、関節可動域の低下、経管栄養の割合、睡眠剤の使用頻度などである。

そこで、過去の文献を調べてみると、日本で要介護度の悪化に関する研究は随分とある。その中で、どの論文でもでてくるのが、例えば肺炎を起こす、骨折する、脱水をおこすなど、メディカルなイベントがほとんどであった。

この介護レセプトから把握できる質に関連した指標に取り組んだ。しっかりと

行っているところはどうか、ターミナル加算をしているところはどうかなど、やってみたが、結局、ほとんど評価ができなかった。

結局、各施設がどのような加算をとっているかということは、全く関係がなく、むしろ、個々の利用者の状態のほうが大事だったという結果であった。

リハビリテーションの配置状況、サービス提供状況などは、平均要介護度の変化と関係がなかったのである。

そこで、現状の情報に加え、うつ状態や転倒経験などを用いて分析している。

## RAIによる評価及び我が国のレセプトでの把握可能性

フィンランドのRAI指標の一部	レセプトでの把握可能性
失禁及び排泄ケアのプラン	×
睡眠剤の使用(3回/週以上)	医療○ 介護×
抗不安剤及び睡眠剤の使用	医療○ 介護×
活動量の不足・欠落	×
処方なしでの向精神薬の使用	×
ADL低下に対するリハビリケアの不足	×
寝たきり患者の割合	×
尿路感染の割合	医療○ 介護×
宿便の割合	医療○ 介護×
関節可動域の低下	×
行動障害の割合	医療△ 介護×
褥瘡の発生頻度	医療○ 介護×
活動制限患者の割合	×
ADL低下患者の割合	×
評価以前30日以内の転倒の回数	×
留置カテーテル患者の割合	医療○ 介護×
経管栄養の割合	医療○ 介護×
抗鬱薬を使用していない患者の割合	×
うつ症状の出現割合	医療△ 介護×
脱水症の出現割合	医療○ 介護×
新規に発生した骨折の数	医療○ 介護×
認知障害の発生率	医療△ 介護×
何らかの外傷の発生数	医療△ 介護×
尿失禁・便失禁のある患者の割合	×
9種類以上の薬剤の服用	医療○ 介護×
過去30日以内の5%以上の体重減少または過去半年以内の10%以上の体重減少	×

## 介護レセプトから把握できる質に関連した情報

加算種類	評価種類
栄養マネジメント加算	構造
認知症専門ケア加算	構造
サービス提供体制強化加算	構造
夜勤職員配置加算	構造
定員超過利用減算	構造
人員基準欠収減算	構造
ユニットにおける職員に係る減算	構造
認知症ケア加算	構造
身体拘束廃止未実施減算	プロセス
ターミナルケア加算	プロセス
懇所研指導等加算	プロセス
老人訪問看護指示加算	プロセス
経口移行加算	プロセス
経口維持加算	プロセス
口腔機能維持管理加算	プロセス
療養食加算	プロセス
認知症情報提供加算	プロセス
短期集中リハビリテーション実施加算	プロセス
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	プロセス
若年性認知症入所者受入加算	プロセス
在宅復帰支援機能加算	構造

認定調査情報とリンクすることで  
こうした加算の有無が、類似した  
状態像の高齢者の長期の経過に  
どのような影響を与えているのかを  
分析できる。  
ただし、施設・在宅間の差、医療との  
関係などをどのように考えるかが課題

## 「介護サービスの質の評価の在り方に係る検討委員会」報告から(3)

アウトカム指標のマルチレベル分析結果

	要介護度の 変化		認知症高齢者の 日常生活自立 度の変化		障害高齢者の 日常生活自立 度の変化		入浴の変化		食事摂取の 変化		排便の変化		褥瘡の変化	
	全観	特異	全観	特異	全観	特異	全観	特異	全観	特異	全観	特異	全観	特異
性別	X	X	**	**	**	*	X	**	**	**	**	**	**	X
年齢	X	X	**	**	**	**	**	**	**	X	**	X	**	X
要介護度の改善	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
認知症高齢者の日常生活自立度の改善	X	**	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
障害高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
入浴	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
食事	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
排便	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
褥瘡	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
実働数	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
スタッフ	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
実働100あたり要介護数	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
実働100あたり認知症数	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
実働100あたり障害数	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
認知症高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
障害高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
要介護度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
認知症高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
障害高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
実働100あたり要介護数	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
実働100あたり認知症数	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
実働100あたり障害数	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
認知症高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
障害高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
要介護度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
認知症高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
障害高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
実働100あたり要介護数	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
実働100あたり認知症数	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
実働100あたり障害数	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
認知症高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
障害高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
要介護度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
認知症高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X
障害高齢者の日常生活自立度の改善	X	X	**	**	**	**	X	**	**	X	**	X	**	X

※ 老観・特異ともに5ヶ月間のアウトカム指標の変化についての分析。\*：0.01≦p<0.05、\*\*：p<0.01、X：有意差なし

アウトカム指標との関係は施設要因よりも個人要因の方が強い

## 「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」報告から

- ・ リハビリテーション専門職種の配置状況、リハビリテーションサービスの提供状況とともに平均要介護度の変化と関係がみられなかった。
- ・ 平均要介護度が改善している事業所では重度者の割合が少なく、他方悪化している事業所では重症者の割合が高かった。



事業所ごとのサービスの質の差よりも、利用者の特性の方が事業所の平均要介護度の変化に影響を及ぼすことが示唆された。

### 移動の自立度に関連する要因の検討 (ロジスティック回帰)

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	OR	95%CI	
年齢階級	0.811	0.173	21.962	1	0.000	2.249	1.602	- 3.157
脳血管障害	0.437	0.203	2.757	1	0.097	1.548	0.924	- 2.594
心疾患	0.110	0.208	0.279	1	0.597	1.116	0.742	- 1.680
筋骨格系疾患	0.547	0.170	10.317	1	0.001	1.727	1.237	- 2.411
GDS5得点	-0.289	0.069	17.293	1	0.000	0.749	0.654	- 0.858
転倒経験	0.923	0.264	12.221	1	0.000	2.516	1.500	- 4.220
性別	0.277	0.177	2.467	1	0.116	1.319	0.994	- 1.865
定数	-3.947	0.587	45.273	1	0.000	0.019	0.006	- 0.061

目的変数: 移動: 0=変化なし・改善 1=悪化

説明変数: 年齢階級: 0=前期高齢者、1=後期高齢者、脳血管障害: 0=既往なし 1=既往あり

心疾患: 0=現病歴なし 1=現病歴あり、脳血管障害: 0=現病歴なし 1=現病歴あり

GDS5: 0=うつ得点最低(強いうつ症状)~5=うつ得点最高(うつ症状なし)

転倒経験: 0=なし、1=あり(過去1年間)、性別: 0=男 1=女

後期高齢者、脳血管障害の既往のある者、心疾患の現病歴がある者、筋骨格系疾患の既往がある者、GDS得点が低い者(うつ症状の強い者)、転倒経験のある者で有意に移動状況の自立度が低下している

Matsuda S (2008)

### ●超高齢社会のケアマネジメントに求められるケアプランの質

やはり、ケアプランの質が悪ければ状態は悪化し、認知症があれば要介護度が変化する。

今、ケアプランの評価について、モデル事業で行っていることは、介護支援専門員がケアプランをどのように評価していくかということだ。すでに私たちの意識は、看護診断・看護計画的なマネジメントにある。要するに、利用者がもっているリスクを評価して、そのリスクが顕在化しないためのサービスを評価するということだ。

このロジックにしたがって今回始めたのが、この「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」だ。

この事業では、基本的にはADLだが、どのようなメディカルなイベントが起こったか、誤嚥を起こす可能性、脱水になる可能性などのリスクを評価して、実際にこのようなことが起こったかどうかを継続的に評価する。

例えば、転倒リスクのある高齢者の中で、実際に何人が転倒して、何人が骨折したのかという数字を把握することによって、その施設のリスクマネジメントの状況を評価していくということになる。

また、誤嚥性肺炎の可能性があることをスコア化して、そのスコアに応じてどのくらい実際に起こしてしまったのか、ということを見ていくことで、その施設における望ましくないイベント発生率がわかる。

これら进行评估することが、介護の質評価になるだろう。

### ケアプランの質とは

- ・ 介護方針
- ・ 課題分析
- ・ 長期目標
- ・ 短期目標
- ・ サービスの質と量
- ・ モニタリング
- ・ 認定審査会の意見の反映
- ・ 担当者会議
- ・ 利用者の意向の反映
- ・ 自立支援
- ・ 家族支援
- ・ 在宅(居宅)支援

我々の行ったケアプラン評価事業では左記の12項目について5段階で評価して得点化した。このスコアと要介護度の変化を分析(福岡県介護保険広域連合 HIS)

### 超高齢社会のケアマネジメント

- ・ 入院医療の延長としての在宅医療
  - 地域のナースステーションが必要になる
- ・ 看護診断・看護計画的なマネジメントが必要になる。
  - 利用者の持つリスクの評価(S O A)
  - リスクが顕在化しないための「予防的サービス」の提供(P)
- ・ (訪問) 看護が不必要な利用者はいない
  - 密度が違うだけ



## 要介護度の悪化に関連する要因の検討

対象: 福岡県内の要介護高齢者4891人(要介護1).

	Coefficient	SE	OR	p-value
性	-0.077	0.144	0.926	0.595
年齢階級	0.025	0.080	1.025	0.753
独居	0.097	0.136	1.102	0.474
ケアプランの質	-0.213	0.047	0.808	0.000
認知症	1.100	0.155	3.006	0.000
その他の精神疾患	0.110	0.224	1.117	0.623
脳血管障害	0.183	0.149	1.201	0.220
筋骨格系疾患	-0.107	0.138	0.898	0.435

要介護度の悪化: 0(なし) 1(あり)

性: 0(男性) 1(女性), 年齢階級: 0(65-74) 1(75-84) 2(85 and more)

独居: 0(独居以外) 1(独居), ケアプランの質: score 0-10,

認知症及び他の精神疾患: 0(なし) 1(あり)

Source: Matsuda S (2003)

## 「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」における評価項目案(1) 登録時のベースライン情報(1)

(8) 基本動作	体位変換	1. 自分でやっている	2. 自分でやっていない	
	座位保持	1. 自分でやっている	2. 自分でやっていない	
	座位からの移乗	1. 自分でやっている	2. 自分でやっていない	
(9) 排泄の状況	立位保持	1. 自分でやっている	2. 自分でやっていない	
	尿失禁	1. あり	2. なし	
	便失禁	1. あり	2. なし	
(10) 食事の状況	バルーンカテーテルの使用	1. あり	2. なし	
	食事の回数	( ) 回		
(11) 視力の状況	食事量の問題	1. 問題あり	2. 問題なし	
	視力の問題	1. 問題あり	2. 問題なし	
(12) 薬の状況	服薬状況	1. 薬を飲んでいる	2. 薬を飲んでいない	
	「1. 薬を飲んでいる場合」薬の種類	( ) 種類		
(13) 歯の状況	義歯の有無	1. あり	2. なし	
	歯磨きの実施状況	1. 自分でやっている	2. 自分でやっていない	
(14) 過去3か月間の入院の有無		1. あり	2. なし	
(15) 過去3か月間の在宅医療の有無	会	1. あり	2. なし	
(16) 過去3か月間の虐待の有無		1. あり	2. なし	
(17) 過去3か月間の社会参加の変化	余暇(テレビ、趣味活動、レクリエーションへの参加、旅行など)の過ごし方の変化	1. 改善	2. 不変	3. 悪化
	社会交流(福祉職員・家族・知人などとの交流、通信機器・手紙によるやりとりなど)の変化	1. 改善	2. 不変	3. 悪化

## 「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」における評価項目案(2) 登録時のベースライン情報(2)

(1) 過去3か月間の転倒の発生の有無	1. あり	2. なし	
(2) 過去3か月間の発熱の発生の有無	1. あり	2. なし	
(3) 過去3か月間の感染性肺炎の発生の有無	1. あり	2. なし	
(4) 過去3か月間の脱水の発生の有無	1. あり	2. なし	
(5) 過去3か月間の褥瘡の発生の有無	1. あり	2. なし	
(6) 過去3か月間の認知機能の変化	1. 改善	2. 不変	3. 悪化
(7) 過去3か月間の移動・歩行の変化	1. 改善	2. 不変	3. 悪化

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」における評価項目案(3)  
アセスメント項目(1)

■ 転倒		
(1) 過去3か月以内に転倒をされましたか	1. はい	2. いいえ
■ 発熱		
(2) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか	1. はい	2. いいえ
■ 誤嚥		
(3) 過去3か月以内に無菌性肺炎の疑いがありますか	1. はい	2. いいえ
(4) 食事中にもせることがありますか	1. はい	2. いいえ
(5) お茶を飲む時にむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
(6) 口から食べ物がこぼれることがありますか	1. はい	2. いいえ
■ 脱水		
(7) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか	1. はい	2. いいえ
■ 褥瘡		
(8) 過去3か月以内に褥瘡の発生がありますか	1. はい	2. いいえ

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」における評価項目案(4)  
アセスメント項目(2)

■ 認知機能		
(9) 見当識	自分の名前がわかりますか	1. わかる 2. わからない
	その場にいる人がなれわかりますか	1. わかる 2. わからない
	どこにいるかわかりますか	1. わかる 2. わからない
(10) コミュニケーション	年月日がわかりますか	1. わかる 2. わからない
	話言葉の理解はできますか	1. できる 2. できない
	日常会話はできますか	1. できる 2. できない
	書き言葉の受容はできますか	1. できる 2. できない
(11) 認知機能	複雑な人間関係は保てますか	1. 保てる 2. 保てない
	意識障害がありますか	1. はい 2. いいえ
	長期記憶は保たれていますか	1. 保てる 2. 保てない
	簡単な計算はできますか	1. できる 2. できない
(12) 周辺症状	時間管理はできますか	1. できる 2. できない
	暴言・暴行はありますか	1. はい 2. いいえ
	昼夜逆転はありますか	1. はい 2. いいえ
	ケアに対する拒絶はありますか	1. はい 2. いいえ
	不適切な場所での排泄はありますか	1. はい 2. いいえ

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」における評価項目案(5)  
アセスメント項目(3)

■ 移動		
(13) 歩行・移動	居室(施設内)で居室から別の部屋へと移動していますか	1. はい 2. いいえ
	安定した歩行をおこなっていますか	1. はい 2. いいえ
	階段昇降をおこなっていますか	1. はい 2. いいえ
	居室(施設)から外出していますか	1. はい 2. いいえ
	公共交通機関を利用して外出をおこなっていますか	1. はい 2. いいえ
	移動用具の使用状況	1. 無い 2. 歩行器 3. 杖 4. その他( ) 5. 移動に器具は用いていない

これに関して、施設からこのようなデータを出してもらおうと考えている。

在宅については、介護支援専門員に評価をしていただいて、給付管理票と一緒に出していただくということを考えている。

### ●個別評価と地域評価

データを集めることで、地域レベル、保険者レベルでの評価ができる。要するに、この個別評価と地域評価を行う体制をつくっていかうということだ。医療についても、介護についても、それぞれの施設も、クオリティインディケータはつくることできる。基本はレセプトだが、介護は、レセプトと給付管理票。それぞれの地域での個別の評価は当分の間は取り組まないだろうと思う。しかし個別評価は、それぞれでベンチマーキングに取り組んでもらえるようになるだろう。

医療に関しては、二次医療圏単位で地域のクオリティインディケータを出していく。個々の病院でも、計算できるようにしておくので、比較していただき、ベンチマーキングを進めてもらう。

介護に関しては、保険者単位でクオリティインディケータを出していく。その保険者の事業者がそれと比較して自分たちはどうなのかを検討する。

例えば、県の地域医療計画の中では二次医療圏ごとの状況の評価する、あるいは県の地域包括ケア計画の中では保険者単位での状況を、または日常生活圏域での状況の評価する。

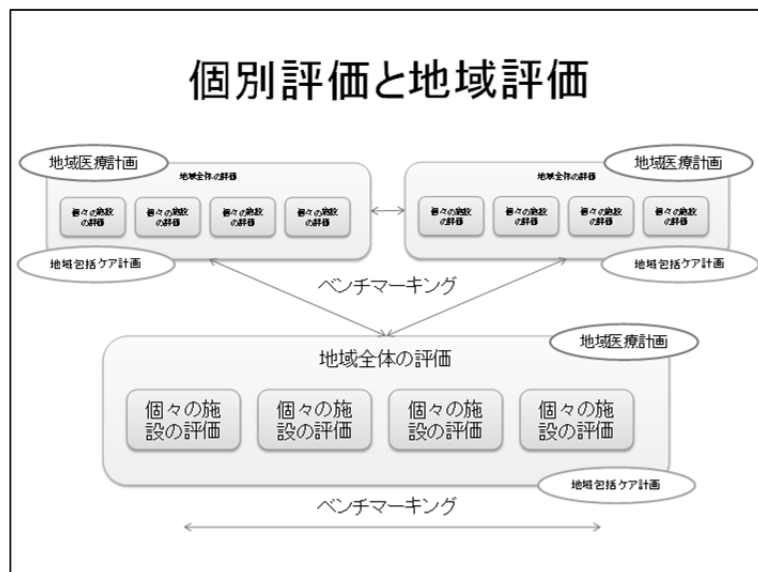
圏域ごとのデータを集めて、それをベンチマーキングして、個々の施設がそれに対して改善を図り、PDCA サイクルをまわしていく。

このような個別評価と地域評価の仕組みが、平成 30 年の医療と介護の同時改定をもとに計画されているので、頭にいれておいたほうが良いだろう。

両方ともインディケータが、いわゆる、キーパフォーマンスインディケータという形で、経済再生諮問会議の社会保障ワーキンググループで検討された方針が出される。

今回の社会保障ワーキングのプライマリーバランスの平成 30 年にかけての黒字化に向けたプロセスの中では、このようなものが KPI として設定されて、その進捗状況がモニタリングされることになっている。

介護は少し遅れているが、ぜひ関心をもって経過を追っていただければと思う。





[第3回 岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会 報告]

○「介護保険制度の概略と今後の方向性について」(江澤和彦理事)

- ・介護費用の伸び、保険料上昇、サービスの質評価が課題
  - ・独居の認知症高齢者に対する地域の見守りシステム等が必要
  - ・医療保険・介護保険等だけでなく、互助の力を高めていくことが地域づくりに求められる
  - ・高齢者の社会参加は高齢者本人の生きがいにもなるし、地域包括支援システム支える力となる
  - ・介護保険のリハビリ前置主義という制度設計への理解がいまだに少ない
  - ・今秋までの介護事業所倒産件数が過去最高更新
  - ・27年度改定の大きなポイントは、中重度要介護者・認知症高齢者への対応強化  
介護人材確保・処遇改善加算のさらなる充実  
サービス質の評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築
  - ・強化加算ができていますが、今後スタンダードになり、次回改定から置き換わっていく
  - ・心身機能、活動、参加をバランス良くリハで提供
  - ・リハ職の専門性を活かす
  - ・地域支援事業の拡大・強化と自助・互助をどう融合させていくかが課題  
介護予防、在宅医療・介護連携推進事業がこの中に整備、また、地域ケア介護もこの中に位置付けられている
  - ・今後の介護保険と民間保険との住み分けについては、国民的な議論が必要
  - ・365日地域を支える地域包括ケアステーション
  - ・加算を算定している施設が質の良い事業所
  - ・生活援助的なサービスは介護保険で見るべきではないという考え方がある
  - ・今後は通所リハと通所介護の相互交流、機能補完が必要
  - ・看取りについてもPDCAサイクルの見方を導入
  - ・ヘルパー職がリハビリの視点を持つ考え方が入ってきた
  - ・リハマネジメントⅡのリハビリテーション会議が地域にフィッティングしたリハを提供するためのカンファレンスとして注目されている
  - ・地域包括ケアとリハの真のアウトカム  
活動や参加を通じ、尊厳や自立した生活を送れるか
  - ・7割の在宅復帰の加算が取れていない老健施設を、どう社会資源として活用するか課題
  - ・次回改定では、地域でどう支えるかという視点が相当盛り込まれることが予想される
  - ・サービス付高齢者住宅について  
提供度合・稼働状況、また、医療・介護の対応状況の把握が今後必要  
サ高住は中間所得以上の受け皿に現在なっている  
医療と介護の安心の確保が高齢者の求めること  
透明性の高い運営ということで、地域との交流をしながらの運営、ということが大切
  - ・空いた病棟の有効活用
  - ・医療内包型の設備類型、医療を外から提供する住まいと医療機関の併設類型等の考え方
- 「医療・介護の質評価」(松田晋哉アドバイザー)
- ・臨床の質に関するKPIを作り制度の質を評価  
制度の質を評価しながら、経営や臨床の質を評価するというサイクルが議論されている

- AHRQ が病院の管理運営データを基にして、臨床の質指標を作成し、現在世界標準に
- 医療機関を選択できる「Hospital compare」
  - 疾病に応じ、ガイドラインに従った医療を実施しているかわかる
- 諸外国では評価の主体はプロセッシングだが、日本の国民はアウトカム指標を重視する
  - 医療の質でアウトカムの比較が評価の主体になるのは危険、日本国民に理解させるべき
  - 第三者の専門医からの評価にも耐えられるのが、プロセス中心の評価方式
- 日本でも、レセプトと DPC の情報を用いたクオリティインディケーター作成事業が進行中
- 「Pay for performance」ではなく「Pay for reporting」の仕組みを日本ではやるべき
- 厚労省の医政局で医療の質の作成と公開に関するモデル事業が 6 年前から始まっている
  - 病院団体が自分たち独自で臨床指標を作成して公開するというプロジェクト
  - 同じ定義式で臨床指標の作成をずっとやってきている
- 日本には、DPC に参加している病院は、同じフォーマットでクオリティインディケーターを作成・公開が可能な段階にある（決断するだけの段階）
- 地域連携パスを KPI として地域医療計画の中に入れる
- 次の医療計画に、KPI を地域レベルでナショナルデータベースを使って計算することを盛り込むことを思案中
- 介護の質の評価のほうが先に介護報酬に結び付くと思っている
  - 介護保険の理念に合うような形で枠組み対応し、質評価をしていくことになっている
  - 事業所では利用者の QOL 向上、地域では地域包括ケアの推進、この 2 つの枠組みを推進
  - 介護保険で地域医療係数に近いものをどう作るかは、課題になっている
- 質の高い介護技術に関しては、介護の段位制度の話がある
- 介護保険の利用者を対象に「改善」の評価を図ることは難しい
- 高齢者の状態像が悪化するイベントのほとんどはメディカルなもの
- ケアプランの質の評価
  - 「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」を開始
  - 利用者のリスクのきちんとした評価、リスク顕在化しないために動くサービスを評価
  - リスクの可能性、起きたことを継続的に評価し、その施設のリスクマネジメントの状況を把握する
  - 地域レベル、保険者レベルの評価ができ、介護保険制度の介護の質の評価をしていく
- 個別評価と地域評価の仕組みが、平成 30 年の医療と介護の同時改定に向けて動いている

#### ○意見交換

- 地域包括ケアシステムの構築には地域包括ケア推進室の責任者のステータスの高さが大切であり、事業遂行型の体制が必要
- 急性期病院と地域包括ケアの担い手の価値観が共通でなければ連携はできない
  - 急性期病院の医師・看護師の意識改革が求められる
- 自治体間のレベルの格差がある
  - 計画策定を見据えた自治体のレベルアップが課題（組織の問題、職員のレベルアップ）
  - 自治体に限らず地域の実状に応じて対応出来る能力のある人が必要
  - レベルアップに向けては外部の力がポイント（様々な能力を持つ外部の方の力）
  - 外部の力といっても、コンサルティングに丸投げではいけない

- OJT をカリキュラムに組み込んだ人材育成をすることが大切
- 自治体職員に成功体験を積み、自信を付けさせることが必要
- 近隣の市町村に声をかけ、勉強会などを通じて、ケアマネジャーの資質を向上させる  
ケアマネジャーの質の向上には、一定程度の目標設定が重要（質のアウトカムなど）
- 小さな市町村ほど、好事例を各市町村で作っていくしかない。その集約を県などで行っていくと良いのではないか
- 事務職員でも出来るケアプランの点検  
大雑把な点検を行って、課題のあるプランに対して2次点検を行っていく
- 今はケアマネジャーの最低限の質を担保しなければならない
- 介護保険開始当初はアセスメントシートが活用されていたが、現在は十分に活用されていない  
アセスメントの手法は揃えるべきであり、それは介護認定の項目と合わせるべき
- 地域ケア会議が形骸化しており、ケアプラン点検になっている  
県で地域ケア会議が本来どうあるべきか指示をするべき
- 地域ケア会議がしっかりと動くためには日常業務の中でケアカンファレンスをしっかりと行うことが大切
- 地域ケア会議がガス抜きの場になると形骸化する（地域ケア個別会議のレベル）
- 倉敷市ではFAX等を有効活用し、主治医やかかりつけ医との連携を取っている
- 困難事例は特殊な例なので、力のあるケアマネや在宅主治医が個別の力で解決する方が早い  
地域ケア会議では日常で出会う典型例について自立支援をどのように行うか、ということ  
を共有する形で行っていった方が良いのではないか
- ケアマネジャーの事例レポート提出等が地域全体のケアマネジメントカアップに
- 保険と福祉の相談窓口を一本化し、多職種が関わられるようにした北九州市の例
- 認定審査会も形骸化しており、多職種による議論が十分に行われていない
- 既存のしくみのなかであるもののクオリティを上げていくことが全体のクオリティにつながる
- 平成29年からの地域総合支援事業に向け、準備をすることが求められる  
今の予防プランが無くなったらどうなるか、という地域アセスメントが必要
- 病棟の看護師が訪問看護を実体験する場を増やしていきたい
- 在宅の現場においては、口腔ケア等がおざなりになっている現状  
栄養改善と口腔機能改善を拡げていくことで重症化を防げる
- 老健の機能等のさらなるPRが必要  
市町村の老健機能の活用を議論する場に老健施設で働く専門職が参加することが重要  
地域の特性に応じて、リハビリ、医療、認知症などの老健施設の役割を發揮できる  
将来的には老健施設がセーフティネットの役割を担うことが目標
- オレンジプランについては国から様々なメニューが下りてきてこなしているが、今後、プロセスやKPIにどのようにつなげていくかが課題
- 介護保険の基本的な理念はQOLの重視であり、このような根底に流れる理念については、高度急性期から慢性期、在宅に至るまで共有をしていく必要がある
- 様々な職種における、それぞれの役割も共有し理解する必要がある
- 情報提供は出来るだけシンプルに、多くの人に周知できるような工夫が必要

- サービスを提供する側と受ける側の軋轢があるが、誤解を避けるため、サービスの受け手の視点も考えることが情報発信時に求められる
- 住民への発信が大切
  - 発信の場であるイベント等に来る方々はある意味で優秀な方々
  - そのような場に来られない方々に対してどのように周知していくか
  - 効率の良い普及啓発
- 在宅医療の質の標準を定めることが課題
- 在宅医療の医師が抱える患者数の差異の課題
- エンドオブライフケアの在り方を地域で評価することが重要（満足度の評価）
  - エンドオブライフにおいてどれだけ尊厳のあるケアを受けられたかを測ることが大切
- 病気は診ても、その人の背景を見ない医者があるのが問題
  - 人を見る、という意識改革を進めていくことが重要
- 看護師が管理をしている多機能の施設をうまく使いながら柔軟に在宅を支える、という仕組みが制度に位置付けた（看護小規模多機能）
- 小規模多機能は非常に在宅医療にマッチするサービスと認識されている