

指標

平成21年度介護報酬改定

常任理事・地域福祉部長

前川 勲

はじめに

平成21年4月からの介護報酬改定が決定された。今回の改定は、総額3%の報酬アップ（在宅系サービス：1.7%、施設系サービス：1.3%）が盛り込まれた。

平成12年介護保険制度が発足して以来「二度の改定」がなされているが、平成15年度にはマイナス2.3%、平成18年度にはマイナス2.4%といずれもマイナス改定であったことに比べて、今回が増額改定であったことに対しては、一定の評価がある一方、増額幅が最低期待値であった6~7%に達していないことに批判がある。

改定の詳細は、別表を参照していただくことにして、ここでは改定の要旨、方向性などについて若干の私見を交えて問題点を整理してみたい。

改定の骨子（ポイント）は、

1. 「介護従事者の人材確保、処遇改善」
 - (1) 負担の大きな業務への評価
 - (2) 専門性への評価・介護従事者の定着促進（キャリア・アップ）
 - (3) 人件費の地域差への対応
2. 「医療との連携・認知症ケアの充実」
 - (1) 医療と介護の機能分化・連携の推進
 - (2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進
3. 「効果的サービスの提供・新たなサービスの検証」
 - (1) サービスの質を確保した上での効率的かつ適正なサービスの提供
 - (2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証および評価の見直し

から成り立っている。

これらの改定は、訪問系サービス、通所系サービス、施設系サービスごとに評価や見直しが図られている。以下に具体的な、改定点を述べてみたい。

1. 「介護従事者の人材確保、処遇改善」

(1) 負担の大きな業務への評価

「訪問系サービス」では、「訪問介護」のサービス提供責任者の労力に着目した加算が新設されている。

「居宅介護支援」についてはケア・マネジメントを行うに際し、特に労力を要する認知症高齢者・独居高齢者に対する支援について、それぞれ加算が新設された。

「通所介護（デイサービス）」では、個別ニーズに応じた対応を評価するために、常勤の理学療法士を配置し、個別機能訓練計画に基づき、利用者の多様なニーズに対応する複数の機能訓練メニューを提供する場合の加算が新設された。

「施設系サービス」では、夜勤業務への評価、看護体制の評価、重症化・認知症対応のため業務への評価、看取り業務への評価がなされ加算された。

「介護老人福祉施設」（特別養護老人ホーム）においては、入所者の要介護度の割合や認知症日常自立度を要件としながら、日常生活継続支援加算が新設された。

(2) 専門性への評価・定着促進

介護従事者のキャリア・アップの促進と早期離職を防止して定着を促進するために、それぞれのサービスの評価が点数化された。また、それぞれのサービス系ごとに評価基準が細分化されている。

「訪問系サービス」では、研修実施等の評価、勤務年限・有資格者配置割合の評価が項目として取り入れられた。訪問リハビリテーションでは、勤続年の配置が評価項目となった。

「通所系サービス」（通所介護・通所リハビリテーション・認知症対応型通所介護）では、有資格者割合、一定以上の勤務年数者割合が評価項目となった。

「施設系サービス」（認知症対応型共同生活介護・地域密着型介護老人福祉施設・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・短期入所生活介護・短期入所療養介護）では、有資格者割合、一定以上の勤務年数者割合、常勤者割合が評価項目となった。

(3) 人件費の地域差への対応

介護従事者の給与には、地域差が大きく、特に大都市部の事業所ほど給与費が高く経営を圧迫する傾向にあることを踏まえ、「地域差を勘案する人件費」への加算が行われた。

具体的には、施設ごとに人件費割合を45、55、70%に三区に分け、それぞれの上乗せ分として、特別区では12%→15%、特甲区、甲区は不変、乙区では3%→5%へと介護報酬1単位当りの単価の見直しが行われた。

2.「医療との連携・認知症ケアの充実」

(1) 医療と介護の機能分化・連携の促進

介護度に応じた経営の効率化という点から、「通所系サービス」「介護療養型老人保健施設」では各介護度に応じて施設サービス費が増額された。

これには、昨年5月の改定で新設された「療養病床再編」の受け皿としての「介護療養型老人保健施設」の役割への期待があると考えられる。

「短時間・個別のリハビリテーション評価」が新設された。これには診療報酬で脳血管等疾患リハビリを算定している医療機関からの通所リハビリテーションへの「継ぎ目のない貫したリハビリ」を可能とするために利用者のアクセスを向上させることなどを狙った施策と考えられる。

また訪問看護でのターミナル加算、複数での訪問介護点数が引き上げられた。さらに介護老人保健施設にターミナル・ケア加算が新設された。

このほか、「地域密着型サービス」における開設開始時には利用者数が少ないことを考慮して事業開始時支援加算が設定された。

(2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症グループ・ホーム」では、退居時相談援助加算を設定し介護職員による相談業務の評価が盛り込まれ、また入院・退院時の情報共有のための密な連絡等への評価が新設された。

その他認知症関連では、認知症短期集中リハビリテーションの加算、夜間ケア加算、看取り介護加算が新設された。また、若年者認知症としての入所対策が盛り込まれた。

3.「効果的サービスの提供・新たなサービスの検証」

(1) サービスの質を確保した上での効率的かつ適正なサービスの提供

介護サービス事業の運営の効率化を図るために、サービスの質の確保を図りつつ、人的配置基準の見直しが行われた。

具体的には、リハビリテーション・マネジメント加算の包括化、通所系サービスの大規模減算の適正化、訪問介護事業所のサービス提供責任者の常勤要件、夜間対応型訪問介護事業所のオペレータ資格要件、介護老人保健施設の支援相談員の常勤要件などである。

より機能改善を目指した日常ケアが図られるように栄養管理体制、栄養マネジメントの増額、口腔機能向上、栄養改善サービスに関する加算が増額された。また「小規模多機能居宅系」の過少サービスの減算、「居住系施設入所者」に対する居宅管理（薬剤師・管理栄養士・歯科衛生

士）指導料の適正化などが含まれている。

(2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証および評価の見直し

「小規模多機能型居宅介護」「夜間対応型訪問介護」の見直し、などがある。

訪問介護事業所のサービス提供責任者の常勤要件、夜間対応型訪問介護事業所のオペレータ資格要件、介護老人保健施設の支援相談員の常勤要件などで見直しが行われている。

今後、平成18年度に新たに導入された各種サービスがより多くの利用者に使用されやすいように事業所の経営状況を把握した上で、より適正な評価が検討されることが示されている。

考 察

今回の介護報酬の増額改定は、これまでの医療・福祉費抑制政策の一環として報酬低減に向けられていた政策が増額に転じたという意味では、日本医師会、またマスコミでも幾分好意的な論評がなされている。

むろん現場の積算では3%の増額は決して満足の行くものではなく、最低限でも6%以上の増額が必要であることは論を待たない。更にいえば、今回の増額によって人件費（給与費）が増額され、介護の現場で働いている人たちの収益増につながるか否かは不明である。

今回の改定の特徴を考えてみたい。

まず、介護従事者の処遇改善に係る各サービス共通の見直しとしては、サービスの特性に応じた業務分担に着目した評価、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価、地域区分の見直し、中山間地域等における小規模事業所の評価、中山間地域等に居住する者にサービスを提供した事業所への評価が行われた。

また、居宅介護支援・介護予防支援では、以下の点での評価がなされた。

多数担当ケースに係る逡減制の見直し、事業所の独立性・中立性を高める観点からの特定事業所加算の見直し、入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共用等を行う際の評価、認知症高齢者等や独居高齢者の支援等に対する評価、介護予防支援に対する業務実態を踏まえた評価である。

次に、各サービス系での評価基準が以下のように細分化されたことも改定のポイントである。

「訪問系サービス」では(1)訪問介護：サービスの効果的な推進を図る等の観点から短時間の訪問介護に対する評価、サービス提供責任者の段階的なキャリア・アップを推進する観点からの特定事業所加算の見直し、サービス提供責任者の労力が特にかかる初回および緊急時に注目した評価、サービス提供責任者の常勤要件の一部緩和、などである。(2)訪問看護：特定管理加算対象者の拡大と長時間の訪問看護の評価、複数名訪問の評価、ターミナル・ケア加算の算

定要件の緩和と評価の見直しである。(3)訪問リハビリテーション：サービス提供時間に応じた評価の見直し、訪問リハビリテーションの評価、短期集中リハビリテーション実施加算の評価の見直し、などである。

「通所系サービス」では、(1)通所介護：規模に応じた報酬設定の見直し、機能訓練の体制やサービスの提供方法に着目した評価、などである。(2)通所リハビリテーション：短時間・個別のリハビリテーションの評価、理学療法士等を手厚く配置している事業所の評価、短期集中リハビリテーションの充実、などである。

「短期入所系サービス」では、(1)短期入所生活介護：夜間の職員配置、常勤の看護師・看護職員の配置に対する評価。(2)短期入所療養介護：日帰り短期入所療養介護の評価方法の見直し（サービス提供時間に応じた評価）、個別リハビリテーションの評価、緊急時のニーズへの対応の拡充、などである。

一方、「介護保険施設」では(1)介護老人福祉施設：質の高いケアを実施する施設に対する評価、夜間の職員配置に対する評価、常勤の看護師・看護職員の配置に対する評価、などである。(2)介護老人保健施設（介護療養型老人保健施設を含む）：夜間の職員配置等に対する評価、ターミナル・ケアに係る評価、在宅復帰支援機能に係る評価の見直し、入所後間もない期間に集中的に行うリハビリテーションの評価、などである。(3)介護療養型老人保健施設：施設要件の見直し、入所者に対する医療サービスに要するコスト、要介護度の分布等の実態を踏まえた評価の見直し、夜間配置基準の特例である。(4)介護療養型医療施設：リハビリテーションの評価の見直し、集団コミュニケーション療法の評価、夜間の職員配置等に対する評価、などである。

以上のように、今回の改定は介護福祉士の資格、勤務実績、あるいは看護師・専門職の配置という「質の高いサービス」に対して有利になっている点を読み取ることが必要である。このような技術職・労働現場の評価に「ある意味での能力給」の導入に配慮していることは、今後の診療報酬の改定でも同様の方向性が取り入れられる可能性を感じることができる。

基本的サービス費の増額（基本点数の増額）が行われなかったことに対しては不満の向きがあるが、これは、介護の評価を包括報酬としてのみ算定するのではなく「何を、誰が行ったかという事実の評価」にシフトさせていることから、従来とは違った「発想の方向性の違い」と読み取るべきであり、このように医療・福祉報酬が量から質へとシフトすることは是非が今後議論されなければならない。

次に施設ごとにやや細かすぎるほど「施設ごとの改定」「サービスごとの改定」が行われていることは、注目に値する。これには、介護の現場がそれぞれの

施設の役割分担を明確にすべきであるという「改定の意向」が示されていることを読み取らねばならない。

「介護療養型医療施設」については、リハビリテーション点数の変更と夜勤看護師への加算がなされたが、これにも有資格者の外枠が設定されており、他の施設に比べると増額されたとはいえない。これに対しては、減額されなかったことを評価する向きがないわけではないが、すでに平成23年度末に「介護保険適用療養病床」を廃止することが閣議決定されており、これに沿った動きであると考えざるを得ない。

一方「介護療養型老人保健施設」での包括点数、特に要介護度が高い対象者のサービス費が増額されたが、これは現行の「介護保険適用療養病床」からの受け皿として「介護療養型老人保健施設」に対象者を誘導することが狙いであると理解される。

しかし、「介護保険適用療養病床」は、要介護度の高い入所者が多く、全廃後には「介護難民」が生み出される可能性が高いことへの懸念は解消されてはならず、今後、これらの施設で医療材料等の「外付け」などにどのような配慮がなされるのかを含めて議論になることが予想される。

今回の改定の主眼である「介護に関わる人材確保」という観点から考えてみたい。

2008年度の厚労省の調査では、介護福祉士養成機関の定員充足率は50%以下であり、離職率も高いことが明らかとなっている。これは受験者が「介護福祉士」という資格が将来の夢のある職業とは考えておらず、また働きにくい職場であることを示している。

受験率の改善のために奨学資金制度、返済免除要件の緩和等が検討されており、また職場復帰のために再雇用支援、実習期間の生活保障制度、あるいは継続雇用施設への助成金支援など、さまざまな施策が打ち出されている。

いずれにしても「介護の職場」を魅力ある職場とすることは、政府・行政だけではなく、介護の現場にあっても、十分に考えなければならない課題であろう。

また、今後の新しい介護報酬の考え方、事業者の経営課題などの点でも再考が迫られており、単にこれまでのような介護サービスの延長線上では、効率的な経営が成り立たなくなる可能性があるのではないだろうか。

最近、介護報酬改定に向けていくつかの解説論文が発表されているが、その中から興味ある二編を紹介したい。

小宮英美氏（良い介護が報われる介護報酬を～個別ケアの達成度による評価導入を～、社会保険旬報：2372、2008・12・11）は、介護の質が反映され、現場の努力が報われる介護報酬制度の確立が必要であることを強調している。

これには、介護の基本である「食事」「排泄」「清潔行為＝入浴」「移動・外出・社会性支援」「権利擁護・情報開示・リスク対応」という5つを評価対象として「個別ケア達成度」の日常介護行為を評価する案が提示されている。

さらに介護報酬は、現在の介護報酬の「包括払い」に提供すべきサービスの質に応じた「出来高払い」を組み合わせるべきであるという提言は、今回の介護報酬改定案にもこのような方向性が垣間見られ一考に価する意見と考えられる。

小山秀夫氏（介護報酬と事業者の経営課題、社会保険旬報：2374、2008・1・1）は、今回の介護報酬の引き上げが、一律に介護従事者の賃金引き上げにはつながらないことを認めつつも、今後第三者機関「調査実施委員会（仮称）」によって経営と処遇改善の実態調査を行い、介護報酬改定の結果を検証することへの期待を述べている。

また今回の改定は、「人材確保・処遇改善」に焦点が当たっており、「医療との連携、認知症ケアの充実」「医療と介護の機能分担・連携の推進」については、

今後の検討課題が多いことも指摘されている。

特に要介護者の医療については、一部の医療材料、薬品についての「外付け」への配慮が考えられているが、現在の医療費が「内枠」になっていることは、介護と医療の役割分担にとっては隘路であり、介護施設入所者が急性病変を合併した場合のスムーズな医療対応の必要性からも、医療費を是非「外枠」にする政策がつくられることが望まれる。

この点に関しては、今後の診療報酬改定に合わせて、診療報酬と介護報酬との関連がどうなるのかが重要であり、医師会としても、注視してゆかねばならない。

いずれにしても、高齢社会の中で医療と介護という二つの制度を有効に組み合わせることが、「介護・医療難民」を生み出さない「充実した高齢者の生活」を支援する鍵であることは明らかである。

その両者にかかわり、その社会的役割を果たしてゆかなければならないわれわれ医師、医療者の責任は極めて重いことを忘れてはならない。

21年度介護報酬改定の概要

● 新規 介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価

- ・訪問看護⇒6単位/回 算定要件：研修等を実施し、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置
- ・訪問リハビリテーション⇒6単位/回 算定要件：3年以上の勤続年数のある者が配置
- ・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
⇒12単位/回 算定要件：介護福祉士が40%以上配置
⇒6単位/回 算定要件：3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置
- ・療養通所介護⇒6単位/回 算定要件：3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置
- ・認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護
⇒12単位/人・日 算定要件：介護福祉士が50%以上配置
⇒6単位/人・日 算定要件：常勤職員が75%以上配置、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置

● 地域区分の見直し

特別区：12%⇒15%、乙地（札幌）：3%⇒5%、その他は変更なし
人件費割合のサービス別新区分

70%：訪問介護・訪問入浴介護・夜間対応型訪問介護・居宅介護支援

55%：訪問看護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護

45%：通所介護・短期入所生活介護・短期入所療養介護・特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

● 新規 中山間地域等における小規模事業所の評価

《訪問看護（予防を含む）》⇒所定単位数の10%を加算

算定要件：「中山間地域等」とは、特別地域加算対象地域以外の地域で、半島振興法、特定農山村法、過疎地域自立促進特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に指定されている地域
訪問看護は訪問回数100回以下/月（予防訪問看護5回以下/月）

● 新規 中山間地域等に居住する者にサービスを提供した事業所への評価

《訪問看護（予防を含む）、訪問リハビリテーション（同）、通所リハビリテーション（同）》⇒所定単位数の5%を加算

算定要件：各事業者が、運営規程に定めている通常の事業実施地域を越えてサービスを提供する場合に認める。「中山間地域等」は同上。

● 居宅介護支援・介護予防支援

《病院等と利用者に関する情報共有等を行うことに着目した評価》

- ・ 新規 医療連携加算⇒150単位/月（利用者1人につき1回を限度）

算定要件：病院または診療所に入院する利用者につき、当該病院または診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供した場合。

- ・**新規** 退院・退所加算⇒(Ⅰ)400単位/月、(Ⅱ)600単位/月
算定要件：(Ⅰ)入院期間または入所期間が30日以下の場合であって、退院または退所に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行った場合
(Ⅱ)入院期間または入所期間が30日を超える場合であって、退院または退所に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行った場合

≪認知症高齢者等や独居高齢者への支援等に対する評価≫

- ・**新規** 認知症加算⇒ 150単位/月
- ・**新規** 独居高齢者加算⇒150単位/月

≪小規模多機能型居宅介護事業所との連携に対する評価（介護予防支援も同様）≫

- ・**新規** 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算⇒300単位

●介護老人保健施設

- ・**新規** 夜勤職員配置加算⇒24単位/日

算定要件：[41床以上の場合]①入所者の数が20またはその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う介護職員・看護職員を配置していること

②2名を超えて配置していること

[41床未満の場合]①入所者の数が20またはその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う介護職員・看護職員を配置していること

②1名を超えて配置していること

- ・**新規** ターミナルケア加算⇒死亡日以前15～30日 200単位/日
死亡日以前 14日まで 315単位/日

算定要件：入所者が次のいずれにも該当する場合

①医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること

②入所者またはその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること

③医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態または家族の求め等に応じ随時説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること

注 退所日の翌日から死亡日までの間は算定しない

支援相談員の常勤換算方法

支援相談員について、「入所者の数が100またはその端数を増すごとに1以上」から「1以上(入所者の数が100を超える場合にあっては、常勤の支援相談員1名に加え、常勤換算方法で、100を超える部分を100で除して得た数以上)」に改める。

●介護療養型老人保健施設

- ・**新規** 夜勤職員配置加算⇒24単位/日

算定要件：[41床以上の場合]①入所者の数が20またはその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う介護職員・看護職員を配置していること

②2名を超えて配置していること

[41床未満の場合]①入所者の数が20またはその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う介護職員・看護職員を配置していること

②1名を超えて配置していること

- ・介護保健施設サービス費(Ⅱ)

≪従来型個室≫

要介護1 703単位/日 ⇒ 735単位/日

要介護2 786単位/日 ⇒ 818単位/日

要介護3 860単位/日 ⇒ 933単位/日

要介護4 914単位/日 ⇒ 1,009単位/日

要介護5 967単位/日 ⇒ 1,085単位/日

≪多床室≫

要介護1 782単位/日 ⇒ 814単位/日

要介護2 865単位/日 ⇒ 897単位/日

要介護3 939単位/日 ⇒ 1,012単位/日

要介護4 993単位/日 ⇒ 1,088単位/日

要介護5 1,046単位/日 ⇒ 1,164単位/日

- ・ターミナルケア加算 240単位/日⇒死亡日以前15～30日 200単位/日
死亡日以前 14日まで 315単位/日

注 当該施設または当該入所者の居宅において死亡した場合に限る

- ・短期集中リハビリテーション実施加算 60単位/日⇒240単位/日

注 リハビリテーションマネジメント加算については、本体報酬に包括化する

●介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む）

- ・**新規** 日常生活継続支援加算 ⇒ 22単位/日

算定要件：次のいずれにも該当する場合

①入所者のうち、要介護4～5の割合が65%以上または認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が60%以上であること

②介護福祉士を入所者の数が6またはその端数を増すごとに1以上配置していること

注 本加算と介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価は同時には行わないこととする

●介護療養型医療施設

- ・リハビリテーションの評価（特定診療費）

理学療法(Ⅰ) 180単位/回 ⇒ 123単位/回

理学療法(Ⅱ) 100単位/回 ⇒ 73単位/回

理学療法(Ⅲ) 50単位/回

作業療法 180単位/回 ⇒ 123単位/回

言語聴覚療法 180単位/回 ⇒ 203単位/回

摂食機能療法 185単位/日 ⇒ 208単位/日

注 リハビリテーションマネジメントについては、理学療法(Ⅰ)等に包括化する

- ・短期集中リハビリテーション 60単位/日⇒240単位/日

注1 入院日から起算して3月以内に限る

注2 理学療法(Ⅰ)・(Ⅱ)、作業療法、言語聴覚療法または摂食機能療法を算定する場合には、短期集中リハビリテーションを算定できない

- ・**新規** 集団コミュニケーション療法 50単位/回(1日3回を限度)

算定要件：次のいずれにも該当する場合

①専任の常勤医師を配置していること

②常勤かつ専従の言語聴覚士を配置していること

③専用かつ8平方メートル以上の集団コミュニケーション療法室を確保していること(言語聴覚療法を行う個別療法室との共用は可能)

④必要な器械および器具が具備されていること

- ・**新規** 夜間勤務等看護(Ⅲ) ⇒ 14単位/日

算定要件：①利用者等の数が15またはその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う看護職員・介護職員を配置しておりかつ2以上であること

②夜勤を行う看護職員の数が1以上であること

③夜勤を行う看護職員・介護職員の一人当たり月平均夜勤時間数が72時間以下であること

●認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

- ・**新規** 退居時相談援助加算 ⇒ 400単位/回(1回を限度)

- ・**新規** 看取り介護加算 ⇒ 80単位/日(死亡日以前30日を上限)

- ・**新規** 夜間ケア加算 ⇒ 25単位/日

●認知症短期集中リハビリテーション(介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーション)

- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算

介護老人保健施設 60単位/日 ⇒ 240単位/日

新規 介護療養型医療施設 240単位/日

新規 通所リハビリテーション 240単位/日

注 介護老人保健施設および介護療養型医療施設については週3日まで、通所リハビリテーションについては週2日まで算定可能

●認知症の行動・心理状態への対応(短期入所系サービス、グループホーム)

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

算定要件：認知症日常生活自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した者であること

●若年性認知症対策(施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス、グループホーム)

- ・**新規** 若年性認知症利用者(入所者/患者)受入加算⇒宿泊による受入れ 120単位/日
通所による受入れ 60単位/日

注1 宿泊による受入れとは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設等による受入れをいい、通所による受入れとは、通所介護、通所リハビリテーション等による受入れをいう

注2 通所介護および通所リハビリテーションにおける若年性認知症ケア加算は廃止する

注3 介護予防通所介護および介護予防通所リハビリテーションについては、240単位/月

●専門的な認知症ケアの普及に向けた取組(施設系サービス、グループホーム)

- ・**新規** 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) 3単位/日

(Ⅱ) 4単位/日

算定要件：次の要件を満たす施設・事業所内の認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者1人1日当たりにつき、上記単位のいずれかを加算

(Ⅰ) ①認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入所者・入居者の1/2以上

②認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1名以上配置し、20人以上の場合は10またはその端数を増すごとに1名以上を配置

③職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導会議を定期的に実施

(Ⅱ) ①認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置

(認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が10人未満の場合は、実践リーダー研修修了者と指導者研修修了者は同一人物で可)

②介護・看護職員ごとの研修計画を作成し、実施

●認知症の確定診断の促進(介護老人保健施設)

- ・**新規** 認知症情報提供加算 350単位/回

●訪問介護

サービス提供責任者の労力に着目した評価

- ・**新規** 初回加算 200単位/月

算定要件：新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合または他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合（介護予防訪問介護も同様）

・**新規** 緊急時訪問看護加算 100単位/回

算定要件：利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、ケアマネージャーが必要と認めたときに、サービス提供者またはその他の訪問介護員等が居宅サービス計画のない訪問介護（身体介護）を行った場合

サービス提供責任者の配置に関する規定基準の見直し

- ①指定訪問介護事業所ごとに、訪問介護員等であって専ら指定訪問介護の職務に従事するもののうち事業の規模に応じて1人以上の者をサービス提供責任者としなければならないこと。
- ②常勤職員を基本としつつ、非常勤職員の登用を一定程度可能とすること。
- ③居宅サービス基準上、1人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所においては、原則として1人分のみの常勤換算を可能とすること。
- ④あわせて、居宅サービス基準上、5人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、当該事業所におけるサービス提供責任者の3分の2以上を常勤者とするものとする。
- ⑤この場合の非常勤のサービス提供責任者については、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数の2分の1に達していること。

※介護予防訪問介護についても同様の改正を行う。

●**夜間対応型訪問介護**

オペレーターの資格要件に、准看護師および介護支援専門員を追加する。

●**訪問看護**

・ターミナルケア加算 1,200単位/死亡月 ⇒ 2,000単位/死亡月

算定要件（変更点）：①死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを実施していること

②主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画および支援体制について利用者およびその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを実施していること

・**新規** 長時間訪問看護加算 ⇒ 300単位/回

算定要件：特別管理加算の対象者に対して、1回の時間が1時間30分を超える訪問看護を行った場合、訪問看護の所定サービス費（1時間以上1時間30分未満）に上記単位数を加算

・**新規** 複数名訪問加算 ⇒30分未満 254単位/回

⇒30分以上 402単位/回

算定要件：同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことについて、利用者やその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合

- ①利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合
- ②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- ③その他利用者の状況から判断して、①または②に準ずると認められる場合

●**訪問リハビリテーション**

・訪問リハビリテーション費 500単位/日 ⇒ 305単位/回（医療保険等との整合性を図る）

・介護老人保健施設からの訪問リハビリテーション

通所リハビリテーションの利用者が通所できなくなった際にも円滑な訪問リハビリテーションの提供を可能とする観点から、介護老人保健施設で通所リハビリテーションを受けている利用者については、通所リハビリテーション終了後一月に限り、当該施設の配置医師がリハビリテーション計画を作成し、訪問リハビリテーションを提供することを可能とする

・短期集中リハビリテーション実施加算

退院・退所日または認定から起算して1月以内の場合 330単位/日（週2回以上・1回20分以上）⇒340単位/日（週2回以上・1回40分以上）

●**居宅療養管理指導**

・看護職員による相談等の評価

居宅療養管理指導費 ⇒ 看護師が行う場合 400単位/回

※准看護師が行う場合は所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定

・薬剤師による居宅療養管理指導

居宅療養管理指導費（在宅利用者の場合）

薬局の薬剤師が行う場合（月2回目以降）300単位/回 ⇒（月2回目以降）500単位/回

注 月1回目については、現行どおり（500単位/回）

●**通所系サービス**

・**新規** 平均利用延人員が751人～900人/月の事業所

（例）所要時間6時間以上8時間未満の場合

要介護1 677単位/日 ⇒ 665単位/日

要介護2 789単位/日 ⇒ 776単位/日

要介護3 901単位/日 ⇒ 886単位/日

要介護4 1,013単位/日 ⇒ 996単位/日

要介護5 1,125単位/日 ⇒ 1,106単位/日

・平均利用延人員が900人/月超の事業所

（例）所要時間6時間以上8時間未満の場合

通常規模型の所定単位数の90/100に相当する単位数

要介護1	609単位/日	⇒	648単位/日
要介護2	710単位/日	⇒	755単位/日
要介護3	811単位/日	⇒	862単位/日
要介護4	912単位/日	⇒	969単位/日
要介護5	1,013単位/日	⇒	1,077単位/日

●通所リハビリテーション

- ・**新規** 通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満）

要介護1	270単位/回
要介護2	300単位/回
要介護3	330単位/回
要介護4	360単位/回
要介護5	390単位/回

※1 個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に限り算定

※2 研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師または柔道整復師がサービスを提供した場合には、所定単位数に50/100を乗じた単位数で算定

- ・短期集中リハビリテーション実施加算

退院・退所後または認定から起算して1月以内	180単位/日	⇒	280単位/日
退院・退所後または認定から起算して1月超3月以内	130単位/日	⇒	140単位/日
退院・退所後または認定から起算して3月超は引き続き、80単位/日（月13回を限度）			

- ・リハビリテーションマネジメント加算 20単位/日 ⇒ 230単位/月

- ・**新規** 理学療法士等体制強化加算 ⇒30単位/日

算定要件：常勤かつ専従の理学療法士等を2名以上配置していること（1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについてのみ加算）

●短所入所生活介護

- ・夜間における手厚い職員配置に対する評価

新規 夜勤職員配置加算 13単位/日（ユニット型事業所には5単位/日を上乗せ）

算定要件：夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回っている場合

- ・常勤の看護師の配置や手厚い看護職員の配置に対する評価

新規 看護体制加算⇒（Ⅰ）4単位/日、（Ⅱ）8単位/日

算定要件：（Ⅰ）常勤の看護師を1名以上配置していること

（Ⅱ）①看護職員を常勤換算方法で入所者数が25またはその端数を増すごとに1名以上配置していること

②当該事業所の看護職員により、または病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること

●短期入所療養介護

- ・**新規** 個別リハビリテーション実施加算 240単位/日

算定要件：理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、1日20分以上の個別リハビリテーションを行った場合

●小規模多機能型居宅介護

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

算定要件：（Ⅰ）事業開始後1年未満であって、登録定員数に対する利用者数の割合が80%を下回る事業所であること（当該割合が80%に達するまでの期間について加算）

（Ⅱ）事業開始後1年以上2年未満であって、登録定員数に対する利用者数の割合が80%を下回る事業所であること（当該割合80%に達するまでの期間について加算）

- ・**新規** 認知症加算⇒（Ⅰ）800単位/月、（Ⅱ）500単位/月

算定要件：（Ⅰ）日常生活に支障を来すおそれのある症状・行動が認められたことから、介護を必要とする認知症の利用者

（認知症日常生活自立度Ⅲ以上）

（Ⅱ）要介護2に該当し、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難が見られ、周囲の者による注意を必要とする認知症の利用者（認知症日常生活自立度Ⅱ）

- ・**新規** 看護職員配置加算⇒（Ⅰ）900単位/月、（Ⅱ）700単位/月

算定要件：（Ⅰ）常勤かつ専従の看護師を1名以上配置している場合

（Ⅱ）常勤かつ専従の准看護師を1名以上配置している場合

- ・**新規** 過少サービスに対する減算⇒所定単位数に70/100を乗じた単位数で算定

算定要件：事業所の利用者1人当たりの平均サービス提供回数が一週間に4回未満の事業所について適用する

●口腔機能向上、栄養改善（栄養マネジメント）サービスの見直し

- ・**新規** 口腔機能維持管理加算⇒ 30単位/月

算定要件：①介護老人福祉施設、介護老人保健施設または介護療養型医療施設であり、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が当該施設の介護職員に対して、入所者の口腔ケアに係る技術的助言および指導を月1回以上行っていること

②当該施設において、入所者の口腔マネジメントに係る計画が作成されており、①に掲げる歯科医師または歯科衛生士がその計画の作成にあたり助言および指導を行っていること