

# 老人保健課關係

## 1 平成21年度介護報酬改定について

### (1) 介護報酬改定の概要

- 近年の介護サービスを取り巻く状況としては、介護従事者の離職率が高く、事業者の人材確保が困難であるといった実態が明らかになり、昨年の通常国会で「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」が成立したところである。
- こうした状況を踏まえ、昨年の10月30日に、政府・与党において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として、平成21年度介護報酬改定率をプラス3.0%とすることが決定された。
- 平成21年度介護報酬改定については、こうした状況を踏まえ、特に介護従事者の処遇改善に資するものとなるよう、ひいては利用者が質の高いサービスを安心して安定的に利用できるようにするという観点から、社会保障審議会介護給付費分科会において、集中的にご議論をいただき、昨年12月26日、同審議会から平成21年度介護報酬改定に関し答申をいただいたところである。
- 平成21年度の介護報酬改定に関しては、①介護従事者の人材確保・処遇改善、②医療との連携や認知症ケアの充実、③効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証、という3つの基本的な視点に立った改定を行うこととした。
- 特に、①介護従事者の人材確保・処遇改善については、
  - ・ 各サービスの機能や特性に応じ、夜勤業務など負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合に対する評価  
(例：訪問介護のサービス提供責任者の緊急的な業務負担への評価、施設における夜勤業務負担への評価や重度・認知症対応への評価)
  - ・ 介護従事者の能力に応じた給与を確保するための対応として、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価  
(例：有資格者（介護福祉士）や常勤職員、一定の勤続年数のある者が一定割合以上いる事業所に対する評価)
  - ・ 介護従事者の賃金の地域差への対応として、介護報酬制度における地域差の勘案方法（地域区分ごとの単価設定）の見直しや中山間地域の小規模事業所等への対応  
(例：地域区分毎の1単位当たりの報酬単価の地域の実情に応じた見直し、中山間地域等一定の地域に所在する事業所小規模事業所が行う訪問介護等のサービスについて、現行の特別地域加算（15%）に加え、新たな加算（10%）を創設）を行うことにより、介護従事者の処遇改善に可能な限り結びつけていただくこととしている。

○ なお、介護報酬の改定率が決定された際、「介護従事者の給与が一律に2万円引き上がる」ということが指摘された。

もとより、賃金は事業者と介護従事者との間で決められるものであり、その内容は労使に委ねられるものであることから、介護報酬の引き上げにより介護従事者の賃金が一律に一定金額引き上がるとは限らない。

○ しかしながら、介護報酬改定を介護従事者の処遇改善にできるだけ結びつけることが重要であることから、政府としても、介護従事者の処遇改善に向けた総合的な対策として、今回の介護報酬改定に伴う措置のほかにも、

- ・ キャリアアップ・処遇改善等のための各種人事制度の導入を行うなど雇用管理の改善に取り組む事業者に対する助成
- ・ 事業者に参加となる経営指標や経費配分のモデル（経営モデル）の作成・提示
- ・ 介護報酬改定後の介護従事者の給与水準についての検証

などの様々な取組を進めていくこととしている。

こうした多角的な取組を通じて、介護従事者の処遇の改善に確実に結びつくような工夫を行ってまいりたいので、この点、ご理解のほど、よろしく願いたい。

○ 平成21年度介護報酬改定に伴う報酬告示及び基準省令の改正については、現在、パブリックコメントを実施中である（2月20日締め切り）。省令・告示については、パブリックコメントの終了後、可能なものから順次公布することとしている。

○ また、本日の会議資料として、関係通知の現段階のたたき台を情報提供させていただいている。関係通知及びQ&Aについても、今後、検討を進め、可能な限り早急に発出・情報提供等を行う予定であるので、各都道府県においても、あらかじめご承知いただくとともに、市町村や関係団体等への情報提供方よろしく願います。

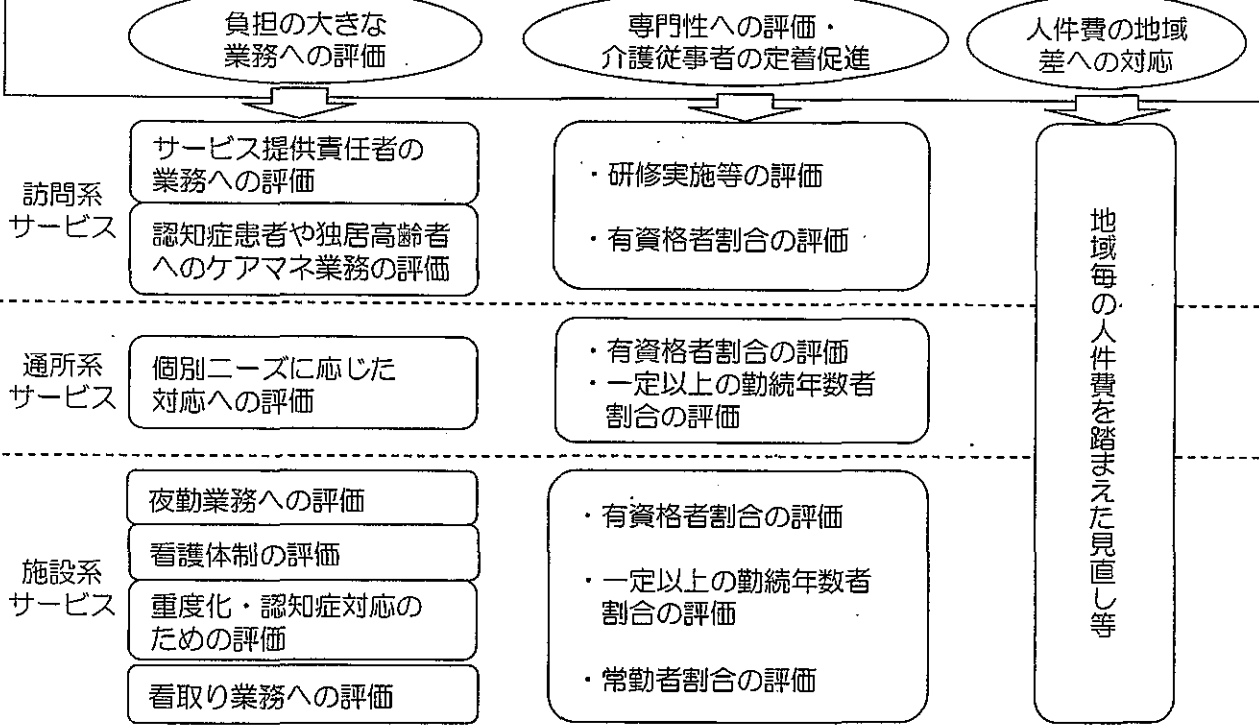
## （2）中山間地域等における利用者負担の軽減措置

今回新たに加算（10%）措置を講ずる中山間地域等の利用者負担について、他地域との均衡を図る観点から、利用者負担額の1割分を軽減する。（通常10%の利用者負担を9%に軽減）

# 介護人材の確保・介護従事者の処遇改善

平成21年度介護報酬改定 (+3.0%改定)

## 1. 介護従事者の人材確保・処遇改善



## 2. 医療との連携や認知症ケアの充実

- (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. 効率的なサービスの提供や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及び評価の見直し

## 処遇改善の取組への総合支援策

雇用管理改善に取り組む事業主への助成(※)

効率的な経営を行うための経営モデルの作成・提示

介護報酬改定の影響の事後的検証(※)

介護従事者の処遇改善に向けた取組に関する情報公表の推進

潜在的有資格者養成支援等の介護人材確保策(※)

社会的評価を高めるための広報・普及(※)

(※) 予算要求項目

## 介護従事者の人材確保・処遇改善について

○ 質の高い介護サービスを安定的に提供する観点から、介護従事者の処遇改善を進めるとともに経営の安定化を図るため、平成21年度介護報酬改定において次の措置を講じる。

### 1 負担の大きな業務への評価

各サービスの特性に応じ、夜勤業務など負担の大きな業務に対して的確に人材を確保するための評価

#### ① 訪問介護

○ 初回時や緊急時の訪問といったサービス提供責任者の労力が特にかかる場合を評価。

#### ② 通所介護(デイサービス)

○ 常勤の理学療法士等を配置し、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を評価。

#### ③ 居宅介護支援(ケアマネージャー)

○ 特に労力を要する認知症高齢者等、独居高齢者及び初回に係るケアマネジメントについて評価。

#### ④ 介護保険施設(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)

○ 夜間において、基準を上回る職員配置を行っている施設を評価(三施設)。

○ 常勤の看護師や基準を上回る看護職員を配置している介護老人福祉施設を評価。

○ 介護老人保健施設において、看取りを評価。

## 2 介護従事者の専門性への評価・定着促進

介護従事者のキャリアアップの推進と早期離職を防止して、定着を促進するための評価

### ① 訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護 等)

- 一定の研修を実施している事業所を評価。
- 有資格者(介護福祉士等)が一定割合以上いる事業所を評価。

### ② 通所系サービス(デイサービス、通所リハ 等)

- 有資格者(介護福祉士)が一定割合以上いる事業所を評価。
- 3年以上の勤続年数のある者が一定割合以上いる事業所を評価。

### ③ 施設・居住系サービス(特養、老健、介護療養病床、グループホーム 等)

- 有資格者(介護福祉士)が一定割合以上いる事業所を評価。
- 常勤職員が一定割合以上いる事業所を評価。
- 3年以上の勤続年数のある者が一定割合以上いる事業所を評価。

## 3 人件費の地域差への対応

介護従事者の賃金の地域差を地域区分の見直し等により適切に評価

### ① 地域区分の見直し(都市部への対応)

- 都市部における地域区分毎の1単位当たりの報酬単価(原則:1単位10円)を見直す。  
(例)東京23区における介護報酬1単位当たりの単価  
・ 訪問介護: 10.72円→11.05円 ・ 特養: 10.48円→10.68円

### ② 小規模事業所への対応(中山間地域への対応)

- 中山間地域等一定の地域に所在する小規模事業所が行う訪問介護等のサービスについて、現行の特別地域加算(15%加算)に加え、新たに10%加算を新設。
- 事業所が通常の事業の実施地域を越えて中山間地等に居住する者にサービスを提供した場合に5%を加算。

## 医療と介護の連携・機能分化の推進について

○ 介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるような観点から、例えば、次の措置を講じる。

### ① 通所リハビリテーション

- 医療保険から介護保険に移行してもニーズに合ったサービスを継ぎ目なく受けることができるよう、短時間、個別のリハビリテーションについての評価を新設する。
- 診療報酬で脳血管等疾患リハビリテーション等を算定している医療機関は、通所リハビリテーション事業所の指定があったものと見なすことにより、利用者のアクセスを向上させる。
- 早期かつ集中的なリハビリテーションをさらに充実する観点から短期集中リハビリテーション実施加算について評価を見直すとともに、算定を3か月以内に限定する。また、3か月以降の個別リハビリテーションの評価を新たに行う。

### ② 訪問看護

- ターミナルケアの充実を図るため、ターミナルケア加算を引き上げる。
- 同時に2人の職員が1人の利用者に対して訪問看護を行った場合について、新たに評価を行う。

### ③ 居宅療養管理指導

- 居宅療養している要介護者等やその家族の療養上の不安・悩みを解決し、円滑な療養生活を送ることを可能とするため、看護職員による相談等に対する評価を新設する。

### ④ 居宅介護支援(ケアマネージャー)

- 入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を新設する。

### ⑤ 特定施設

- 利用者の健康状態について、協力医療機関又は主治医に対して定期的に情報提供を行う場合の評価を新設する。

### ⑥ 介護療養型老人保健施設

- 療養病床再編の円滑な推進を図るため、療養病床から転換の受け皿として、入所者に対する適切な医療サービスの提供が可能となるよう、医薬品費・医療材料費や医師によるサービス提供といった医療サービスに要するコスト、要介護度の分布といった実態を踏まえ、報酬を引き上げる。

## 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進について

○ 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図る。

### ① 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

○ グループホームを退居する利用者が地域での生活に円滑に移行できるように相談援助する場合や、利用者の重度化に伴う看取り対応に対する評価。

### ② 認知症短期集中リハビリテーションの拡充(介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハ)

○ 利用対象者をこれまでの軽度者に加え中等度・重度者に拡大するとともに、対象事業所を介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーション事業所に拡大。

### ③ 認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応(短期入所系サービス、グループホーム)

○ 家族関係等が原因で認知症の行動・心理症状(BPSD)が出現したため、在宅生活が困難になった者をショートステイにより緊急に受け入れた場合を評価。

### ④ 若年性認知症対策(施設系、短期入所系、通所系、グループホーム)

○ 65歳未満の若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスの提供を評価。

### ⑤ 専門的な認知症ケアの普及(施設系サービス、グループホーム)

○ 認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供する場合を評価。



## 平成21年度介護報酬改定に関する審議報告(抄)

社会保障審議会介護給付費分科会(平成20年12月12日)

### Ⅲ 今後の方向性について

次期の介護報酬改定に向かって、…今後、例えば以下のような対応を着実に行うことが求められる。

- 今回の介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかという点についての検証を適切に実施すること。
- 介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を行うこと。
- 介護サービス事業者がより効率的かつ効果的なサービス提供を行うことができるよう、引き続き検討を行うこと。特に平成18年度及び今回の介護報酬改定で新たに導入された各種サービスについて、その効果、効率性及び普及・定着の度合い等を把握した上で、より効果的なサービスの在り方について検討を行うこと。
- 介護事業経営実態調査等の調査手法の設計や調査結果の検証を行う場を設けること。
- 今回の介護報酬改定後の事業者の経営状況にかかる調査を踏まえ、補足給付や介護サービス情報の公表制度について必要な検討を行うこと。

また、認知症に関する脳科学や精神医学の成果と現場の知見を結集して、認知症高齢者等への介護サービスがより一層適切かつ十分に行えるよう研究・検討を迅速化し、それを介護サービスに応用する施策の充実を図ることが極めて重要である。

さらに、…介護報酬の在り方については、利用者の視点に立った上で、サービス種別毎の検討に加え、現行サービス種別の枠を超え、望ましい地域包括ケアシステムの構築という観点からも検討されるべきものである。今後の介護報酬改定については、こうした視点も踏まえた総合的な検討を行うこととする。

## 調査実施委員会(仮称)の設置について

### 1 目的

平成21年度介護報酬改定に関する審議報告(H20. 12. 12社保審介護給付費分科会)を踏まえ、介護報酬改定の結果の検証及び介護報酬改定の基礎資料としている介護事業経営実態調査等について検討を行い、次期介護報酬改定へ向けての議論へ繋げていくことを目的として、介護給付費分科会に調査実施委員会(仮称)を設置する。

### 2 検討内容

#### (1)介護報酬改定の結果の検証について

平成21年度介護報酬改定については、「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」を踏まえ、今回の介護報酬改定が介護従事者の処遇改善に反映されているかを検証することとし、その検証に必要な調査手法や分析方法等について検討を行う。

#### (2)介護事業経営実態調査等について

介護報酬改定に必要な基礎資料を得るための調査設計及び集計、分析方法等について検討を行う。

#### (3)その他

介護給付費分科会が必要と認めた事項について検討を行う。

### 3 構成

介護給付費分科会の学識経験者等による下記の6名で構成する。

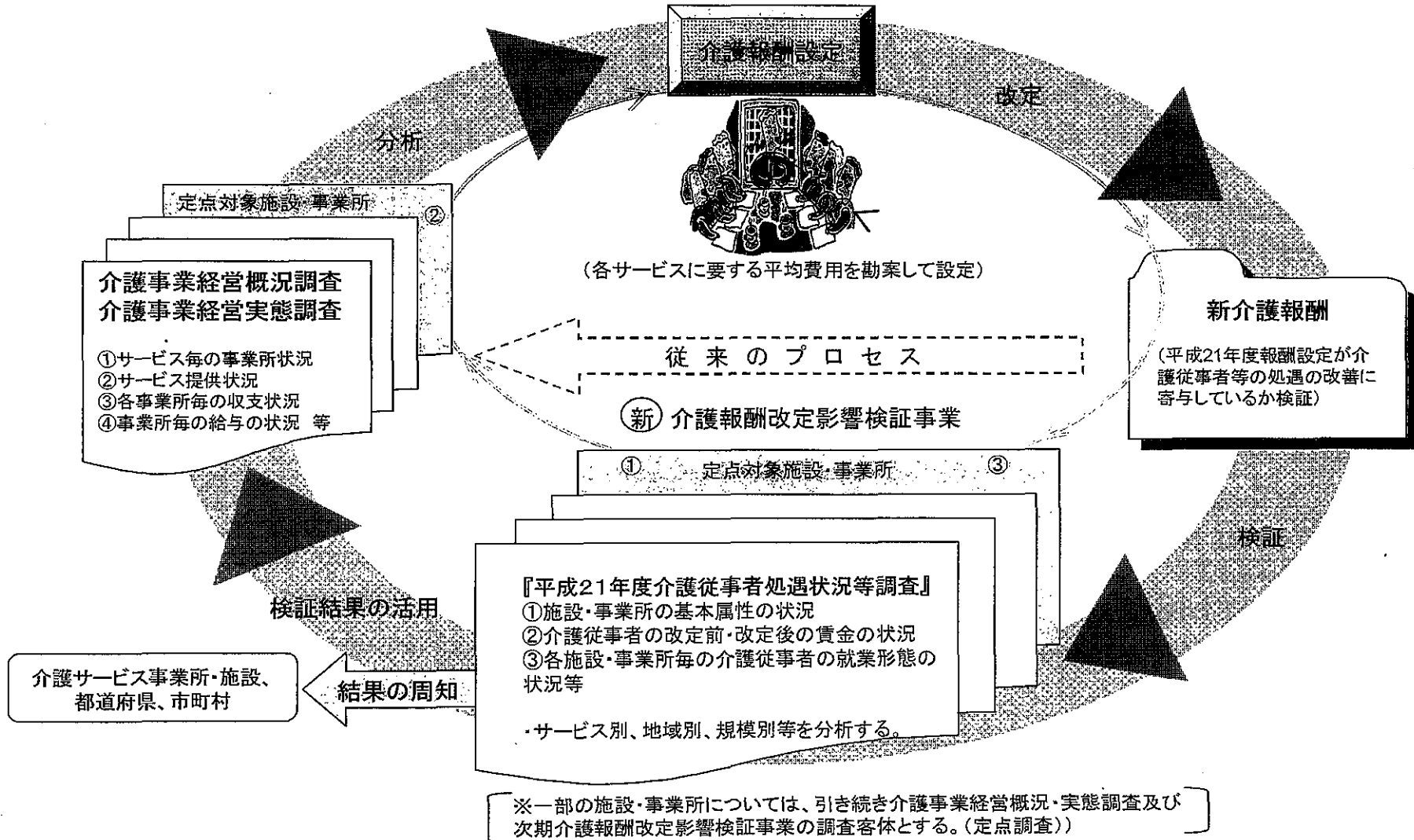
- ・ 池田 省三(龍谷大学教授)
- ・ 田中 滋(慶応義塾大学教授)
- ・ 村川 浩一(日本社会事業大学教授)
- ・ 堀田 聡子(東京大学特任准教授)
- ・ 藤井 賢一郎(日本社会事業大学准教授)
- ・ 千葉 正展((独法)福祉医療機構経営企画課長)

### 4 運営

調査実施委員会(仮称)の議事は公開とし、調査結果については介護給付費分科会に報告する。

# 介護報酬改定影響検証事業 (平成21年度介護従事者処遇状況等調査)

介護報酬改定後に、様々な視点から調査・分析を行い、報酬改定の趣旨が各サービス施設・事業所に適切に反映されているかどうかの検証を行う。



## スケジュール

### ○ 平成20年

- 12月26日：介護報酬改定案諮問・答申

### ○ 平成21年

- 1月22日～2月20日：パブリックコメント
- 3月上旬～中旬：改正省令・告示の公布  
(可能なものから随時)

- 3月末まで：関係通知・Q&Aの発出

- 4月1日：介護報酬改定

- 4月以降：調査実施委員会(仮称)で介護報酬改定の結果の検証に必要な調査手法や分析方法等を検討  
：平成21年度介護従事者処遇状況等調査

# 平成21年度介護報酬改定の概要

## I 基本的な考え方

### 1. 改定率について

近年の介護サービスを巡っては、介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難であるといった状況にあり、本年の通常国会で「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」が成立したところである。

こうした状況を踏まえ、平成20年10月30日に、政府・与党において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として、平成21年度介護報酬改定率を3.0%とすることが決定された。

### 2. 基本的な視点

平成21年度の介護報酬改定については、次の基本的な視点に立って改定を行う。

#### (1) 介護従事者の人材確保・処遇改善

介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難である現状を改善し、質の高いサービスを安定的に提供するためには、介護従事者の処遇改善を進めるとともに、経営の効率化への努力を前提としつつ経営の安定化を図ることが必要である。

このため、

- ① 各サービスの機能や特性に応じ、夜勤業務など負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合に対する評価
- ② 介護従事者の能力に応じた給与を確保するための対応として、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価
- ③ 介護従事者の賃金の地域差への対応として、介護報酬制度における地域差の勘案方法（地域区分毎の単価設定）等の見直しを行う。

#### (2) 医療との連携や認知症ケアの充実

##### ① 医療と介護の機能分化・連携の推進

介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療から介護保険でのリハビリテーションに移行するにあたり、介護保険によるリハビリテーションの実施機関数やリハビリテーションの内容の現状等を踏まえ、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるような観点からの見直しを

行う。

また、利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点からの評価の見直しや、居宅介護支援における入院時や退院・退所時の評価を行う。

介護療養型老人保健施設については、療養病床からの転換が円滑に進められるよう、実態に応じた適切な評価を行うという観点から評価の見直しを行う。

## ② 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。

また、居宅介護支援や訪問介護において、認知症高齢者等へのサービスの評価を行う。

## (3) 効率的なサービスの提供や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、サービスの質の確保を図りつつ、人員配置基準等の見直しを行う。例えば、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ー資格要件、小規模多機能型居宅介護の夜勤体制要件、介護老人保健施設の支援相談員の常勤要件等必要な見直しを行う。

また、介護保険制度の持続性の確保及び適切な利用者負担の観点から、居住系施設に入所している要介護者への居宅療養管理指導や介護保険施設における外泊時費用を適正化するなど、効率的かつ適正なサービス提供に向けた見直しを行う。

### ② 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

平成18年度に新たに導入された各種サービス（新予防給付・地域密着型サービス等）について、より多くの利用者に適切に利用されるよう、サービスに対する評価の算定状況、普及・定着の度合いや事業者の経営状況等を把握した上で、より適切な評価の在り方についての検討を行い、必要な見直しを行う。

## II 各サービスの報酬・基準見直しの内容

### 1. 介護従事者処遇改善に係る各サービス共通の見直し

#### (1) サービスの特性に応じた業務負担に着目した評価

例えば、施設における夜勤業務負担への評価、重度・認知症対応への評価や訪問介護におけるサービス提供責任者の緊急的な業務負担につき評価を行うなど、各サービスの機能や特性に応じ、夜勤業務など負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合の評価を行う。(詳細は各サービスにおける改定項目として記載)

## (2) 介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価

介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行うとともに、職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行う。

加えて、24時間のサービス提供が必要な施設サービスについては、安定的な介護サービスの提供を確保する観点から、常勤職員が一定割合雇用されている事業所について評価を行う。

サービス	要件	単位
訪問入浴介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が 30%以上配置されていること。	24 単位/回
夜間対応型訪問介護	② 介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が 50%以上配置されていること。	12 単位/回 (包括型 84 単位/人・月)
訪問看護	○ 研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されていること。	6 単位/回
訪問リハビリテーション	○ 3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6 単位/回
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が 40%以上配置されていること。 ② 3年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されていること。	①: 12 単位/回 ②: 6 単位/回  ※介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ 要支援 1 は ①: 48 単位/人・月 ②: 24 単位/人・月 要支援 2 は ①: 96 単位/人・月 ②: 48 単位/人・月
療養通所介護	3年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されていること。	6 単位/回

小規模多機能型居宅介護	<p>○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。</p> <p>① 介護福祉士が 40%以上配置されていること。</p> <p>② 常勤職員が 60%以上配置されていること。</p> <p>③ 3年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されていること。</p>	<p>① : 500 単位/人・月</p> <p>②・③ : 350 単位/人・月</p>
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	<p>次のいずれかに該当すること。</p> <p>① 介護福祉士が 50%以上配置されていること。</p> <p>② 常勤職員が 75%以上配置されていること。</p> <p>③ 3年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されていること。</p>	<p>① : 12 単位/人・日</p> <p>②・③ : 6 単位/人・日</p>

※1 訪問介護及び居宅介護支援については、特定事業所加算の見直しを行う。

※2 表中①・②・③の単位設定がされているものについては、いずれか一つのみを算定することができる。

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

### (3) 地域区分の見直し

介護従事者の給与は地域差が大きく、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にかかる職員の範囲を「直接処遇職員」から「人員配置基準において具体的に配置を規定されている職種の職員」に拡大し、人件費の評価を見直す。

また、経営実態調査の結果を踏まえて、サービス毎の人件費割合について見直すとともに、各地域区分の報酬単価の上乗せ割合についても見直す。

#### <地域区分ごとの報酬単価>

特別区	12%		15%
特甲地	10%		10%
甲地	6%	⇒	6%
乙地	3%		5%
その他	0%		0%

#### <人件費割合>

60%	訪問介護/訪問入浴介護/通所介護/特定施設入居者生活介護/夜間対応型訪問介護/認知症対応型通所介護/小規模多機能型居宅介護/認知症対応型共同生活介護/地域密着型特定施設入居者生活介護/居宅介護支援
-----	--

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



40%	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／短期入所生活介護／短期入所療養介護／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／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	→	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
-----	---	---	-----	---

※ 介護予防サービスのある居宅サービス及び地域密着型サービスについては、いずれも介護予防サービスを含む。

<介護報酬1単位当たりの単価の見直しの全体像と見直し後の単価>

<現行>

		特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
上乗せ割合		12%	10%	6%	3%	0%
人件費	60%	10.72円	10.60円	10.36円	10.18円	10円
割合	45%	10.48円	10.40円	10.24円	10.12円	10円

↓

<見直し後>

		特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
上乗せ割合		15%	10%	6%	5%	0%
人件費	70%	11.05円	10.70円	10.42円	10.35円	10円
割合	55%	10.83円	10.55円	10.33円	10.28円	10円
	45%	10.68円	10.45円	10.27円	10.23円	10円

#### (4) 中山間地域等における小規模事業所の評価

いわゆる中山間地域等にある小規模事業所については、規模の拡大や経営の効率化を図ることが困難であり、人件費等の割合が高くならざるを得ず、経営が厳しい状況にあることを踏まえ、いわゆる中山間地域等のうち、現行の特別地域加算対象地域以外の半島振興法指定地域等について、当該地域に所在する小規模の事業所が行う訪問介護等の一定のサービスについて評価を行う。

中山間地域等の小規模事業所がサービスを提供する場合 ⇒ 所定単位数の10%を加算

※算定要件

- ・ 対象となるサービスは、訪問介護（予防含む）、訪問入浴介護（予防含む）、訪問看護（予防含む）、居宅介護支援及び福祉用具貸与（予防含む）
- ・ 「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をいう。
- ・ 「小規模事業所」とは、訪問介護は訪問回数が200回以下/月（予防訪問介護は実利用者が5人以下/月）、訪問入浴介護は訪問回数が20回以下/月（予防訪問入浴介護は訪問回数が5回以下/月）、訪問看護は訪問回数が100回以下/月（予防訪問看護は訪問回数が5回以下/月）、居宅介護支援は実利用者が20人以下/月、福祉用具貸与は実利用者が15人以下/月（予防福祉用具貸与は実利用者数が5人以下/月）の事業所をいう。

(5) 中山間地域等に居住する者にサービス提供した事業所への評価

事業所が通常の事業実施地域を越えて中山間地域等に居住する者にサービスを提供した場合には、移動費用が相当程度必要となることを踏まえ、評価を行う。

中山間地域等にサービスを提供する場合 ⇒ 所定単位数の5%を加算

※算定要件

- ・ 対象となるサービスは、移動費用を要する訪問介護（予防含む）、訪問入浴介護（予防含む）、訪問看護（予防含む）、訪問リハビリテーション（予防含む）、通所介護（予防含む）、通所リハビリテーション（予防含む）、居宅介護支援及び福祉用具貸与（予防含む）
- ・ 「中山間地域等」とは、半島振興法、特定農山村法、山村振興法、離島振興法、沖縄振興特別措置法、奄美群島振興開発特別措置法、小笠原諸島振興開発特別措置法、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をいう。
- ・ 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。

2. 居宅介護支援・介護予防支援

ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を維持しつつ、件数が40件以上となる場合に全ての件数に適用される現在の逡減制について、経営改善を図る観点から、超過部分にのみ適用される仕組みに見直す。

居宅介護支援費（Ⅰ）

<取扱件数が40件未満の場合>

要介護1・2            1,000単位/月     ⇒    現行どおり  
要介護3・4・5        1,300単位/月

居宅介護支援費（Ⅱ）

<取扱件数が40件以上60件未満の場合> 要介護1・2            600単位/月 要介護3・4・5        780単位/月 (→全ケースに適用)	⇒	<取扱件数が40件以上60件未満の場合> 要介護1・2            500単位/月 要介護3・4・5        650単位/月 (→40件以上60件未満の部分のみ適用) ※40件未満の部分は居宅介護支援費(I)を適用
--	---	---

居宅介護支援費(Ⅲ)

<取扱件数が60件以上の場合> 要介護1・2            400単位/月 要介護3・4・5        520単位/月 (→全ケースに適用)	⇒	<取扱件数が60件以上の場合> 要介護1・2            300単位/月 要介護3・4・5        390単位/月 (→40件以上の部分のみ適用) ※40件未満の部分は居宅介護支援費(I)を適用
---	---	---

① 特定事業所加算

事業所の独立性・中立性を高める観点から、実態に即し段階的に評価する仕組みに見直す。

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

※算定要件

【特定事業所加算(Ⅰ)】

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

【特定事業所加算(Ⅱ)】

特定事業所加算(Ⅰ)の③、⑤、⑨及び⑩を満たすこと、主任介護支援専門員等を配置していること並びに常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。

注 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)の算定はいずれか一方に限る。

② 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

医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を導入する。

医療連携加算（新規） ⇒ 150 単位／月（利用者 1 人につき 1 回を限度）

※算定要件

病院又は診療所に入院する利用者につき、当該病院又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

退院・退所加算（新規） ⇒ 退院・退所加算（Ⅰ） 400 単位／月  
退院・退所加算（Ⅱ） 600 単位／月

※算定要件

【退院・退所加算（Ⅰ）】

入院期間又は入所期間が 30 日以下の場合であって、退院又は退所に当たって、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

【退院・退所加算（Ⅱ）】

入院期間又は入所期間が 30 日を超える場合であって、退院又は退所に当たって、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

注 初回加算を算定する場合は、算定できない。

③ 認知症高齢者等や独居高齢者への支援等に対する評価

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日常生活自立度がⅢ以上の認知症高齢者等、独居高齢者に対する支援等について評価を行う。

認知症加算（新規） ⇒ 150 単位／月

独居高齢者加算（新規） ⇒ 150 単位／月

④ 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）

居宅介護支援を受けていた利用者が居宅サービスから小規模多機能型居宅介護の利用へと移行する際に、居宅介護支援事業者が有する利用者の必要な情報を小規模多機能型居宅介護事業所に提供した場合等について評価を行う。

小規模多機能型居宅介護事業所連携加算（新規） ⇒ 300 単位

⑤ 初回の支援に対する評価（介護予防支援も同様）

適切かつ質の高いケアマネジメントを実施するため、特に手間を要する初回（新規に

居宅サービス計画を策定した場合及び要介護状態区分の2段階以上の変更認定を受けた場合)について評価を行う。

初回加算                    250 単位/月                    ⇒                    300 単位/月

### ⑥ 介護予防支援に対する評価

介護予防支援については、介護予防支援事業所の業務の実態を踏まえた評価を行う。

介護予防支援費            400 単位/月                    ⇒                    412 単位/月

## 3. 訪問系介護サービス

### (1) 訪問介護

訪問介護については、訪問介護員等の処遇改善の必要性を踏まえつつ、サービスの効果的な推進を図る観点から、短時間の訪問に対する評価を行う。

身体介護 (30分未満)                    231 単位/回                    ⇒                    254 単位/回

生活援助 (30分以上1時間未満)       208 単位/回                    ⇒                    229 単位/回

### ① 特定事業所加算

訪問介護員等及びサービス提供責任者について、介護職員基礎研修の受講、介護福祉士の資格取得など段階的なキャリアアップを推進する観点から、特定事業所加算について、要件の見直しを行う。

特定事業所加算 (Ⅰ)    所定単位数の20%を加算  
特定事業所加算 (Ⅱ)    所定単位数の10%を加算                    ⇒                    算定要件の見直し  
特定事業所加算 (Ⅲ)    所定単位数の10%を加算

※算定要件

【特定事業所加算（Ⅰ）】

体制要件、人材要件（①及び②）、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合

【特定事業所加算（Ⅱ）】

体制要件、人材要件（①又は②）のいずれにも適合

【特定事業所加算（Ⅲ）】

体制要件、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合

<体制要件>

- ① すべての訪問介護員等に対して個別の研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。
- ② 利用者に関する情報、サービス提供に当たっての留意事項の伝達又は訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。
- ③ サービス提供責任者が、訪問介護員等に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始し、終了後、適宜報告を受けていること。
- ④ すべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施していること。
- ⑤ 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。

<人材要件>

- ① 訪問介護員等の総数のうち介護福祉士が30%以上、又は介護福祉士・介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員の合計が50%以上であること。
- ② すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員であること。ただし、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ついては、2人以上のサービス提供責任者が常勤であること。

<重度要介護者等対応要件>

前年度又は前3月の利用者のうち、要介護4～5・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数が20%以上であること。

注 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）は、いずれか一つのみを算定することができる。

② サービス提供責任者の労力に着目した評価

サービス提供責任者について、特に労力のかかる初回時及び緊急時の対応を評価する。

初回加算（新規） ⇒ 200 単位／月

※算定要件（介護予防訪問介護も同様）

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又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

緊急時訪問介護加算（新規） ⇒ 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ジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合

### ③ 3級ヘルパーの取扱い（介護予防訪問介護も同様）

3級ヘルパーについては、原則として平成21年3月末で報酬上の評価を廃止するが、現に業務に従事している者について、最終的な周知及び円滑な移行を図る観点から、事業者が該当する従事者に対して、2級課程等上位の資格を取得するよう通知することを条件に、一年間に限定した経過措置を設ける。

## （2）訪問看護

### ① 特別管理加算

利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、特別管理加算については、その対象となる状態に重度の褥瘡を追加する。さらに、特別管理加算の対象者について、1時間30分以上の訪問看護を実施した場合について評価を行う。

長時間訪問看護加算（新規） ⇒ 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する。

### ② 複数名訪問の評価

同時に2人の職員が1人の利用者に対し訪問看護を行った場合について評価を行う。

複数名訪問加算（新規） ⇒  
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又は②に準ずると認められる場合

### ③ ターミナルケア加算

ターミナルケアの充実を図り、医療保険との整合性を図る観点から、ターミナルケア加算の算定要件の緩和及び評価の見直しを行う。

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及び支援体制について利用者及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。

### （3）訪問リハビリテーション

基本報酬については、医療保険等との整合性を図る観点から、1 日単位ではなく、サービス提供時間に応じた評価に見直す。

訪問リハビリテーション費 500 単位/日 ⇒ 305 単位/回

注 20 分間リハビリテーションを行った場合に 1 回として算定

#### ① 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。

#### ② 短期集中リハビリテーション実施加算

早期かつ集中的なリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直す。

#### 短期集中リハビリテーション実施加算

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

### （4）居宅療養管理指導

#### ① 看護職員による相談等の評価

居宅療養している要介護者（要支援者）やその家族の療養上の不安や悩みを解決し、円滑な療養生活を送ることを可能にするため、生活上の支援を目的とした看護職員による相談等を評価する。



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

※算定要件

- ・ 通院が困難な在宅の利用者のうち、医師が看護職員による居宅療養管理指導が必要であると判断し、利用者の同意が得られた者に対して、居宅療養管理指導事業所の看護職員が訪問し、療養上の相談及び支援を行い、その内容について、医師や居宅介護支援事業者に情報提供を行った場合に算定する。
- ・ 要介護新規認定、要介護更新認定又は要介護認定の変更に伴い作成された居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービスの提供が開始されてからの2月の間に1回を限度として算定する。
- ・ 訪問診療や訪問看護等を受けている者については算定できない。

## ② 薬剤師による居宅療養管理指導

薬剤師による居宅療養管理指導について、他職種との連携を推進し、医療保険との整合性を図る観点からその評価を見直す。

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 ⇒ 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

※算定要件

医師又は歯科医師の指示に基づき策定した薬学的管理指導計画に基づき、利用者を訪問し、薬学的な管理指導を行い、関係職種への必要な報告及び情報提供を行った場合に、1月に4回を限度として算定する。ただし、末期の悪性腫瘍の者又は中心静脈栄養を受けている者に対して行う場合には、1週に2回、かつ、1月に8回を限度として算定する。

注 月1回目については、現行どおり（500 単位/回）

## ③ 居住系施設入所者に対する居宅療養管理指導

居住系施設に入所している要介護者（要支援者）に対する居宅療養管理指導（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等によるものに限る。）について、移動等に係る労力が在宅利用者への訪問に比して少ないことを踏まえ、その評価を適正化する。

居宅療養管理指導費（居住系施設に入居している利用者の場合）

病院又は診療所の薬剤師が行う場合	⇒	病院又は診療所の薬剤師が行う場合
月1回目又は2回目 550 単位/回		385 単位/回（月2回まで）
月3回目以降 300 単位/回		
薬局の薬剤師が行う場合	⇒	薬局の薬剤師が行う場合
月1回目 500 単位/回		350 単位/回（月4回まで）
月2回目以降 300 単位/回		

管理栄養士が行う場合 530 単位/回  
歯科衛生士等が行う場合 350 単位/回

管理栄養士が行う場合 450 単位/回  
歯科衛生士等が行う場合 300 単位/回

#### 4. 通所系サービス

##### (1) 通所介護

規模別の事業所に対する評価のあり方について、収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点から、規模の設定及び評価を見直す。

##### 【平均利用延人員が 751 人～900 人/月の事業所（新規）】

(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	⇒	要介護 1	665 単位/日
要介護 2	789 単位/日		要介護 2	776 単位/日
要介護 3	901 単位/日		要介護 3	886 単位/日
要介護 4	1,013 単位/日		要介護 4	996 単位/日
要介護 5	1,125 単位/日		要介護 5	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	⇒	要介護 1	648 単位/日
要介護 2	710 単位/日		要介護 2	755 単位/日
要介護 3	811 単位/日		要介護 3	862 単位/日
要介護 4	912 単位/日		要介護 4	969 単位/日
要介護 5	1,013 単位/日		要介護 5	1,077 単位/日

#### ① 機能訓練の体制やサービスの提供方法に着目した評価

個別ニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価を行う。

個別機能訓練加算（Ⅱ）（新規） ⇒ 42 単位/日

##### ※算定要件

次のいずれにも該当する場合

- ① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を 1 名以上配置していること。
- ② 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。

③ 個別機能訓練計画作成にあたっては、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資することを目的として複数の機能訓練の項目が設定され、その実施にあたっては、グループに分けて活動を行っていること。

注 現行の個別機能訓練加算（27 単位）は「個別機能訓練加算Ⅰ」に名称を変更。算定はいずれか一方に限る。

## （2）通所リハビリテーション

リハビリテーションの利用者が、医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを継ぎ目なく一貫して受けることができるよう、短時間・個別のリハビリテーションについての評価を行うとともに、リハビリテーションの実施者について医療保険との整合性を図る。また、理学療法士等を手厚く配置している事業所を評価する。さらに、医療保険において、脳血管等疾患リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している病院・診療所については、介護保険の通所リハビリテーションを行えるよう「みなし指定」を行う。

	要介護 1	270 単位/回
	要介護 2	300 単位/回
通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満）（新規）⇒	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又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

理学療法士等体制強化加算（新規） ⇒ 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）。

一定規模以上の事業所に対する評価のあり方については、事業規模別の収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点から、規模の設定及び評価を見直す。

【平均利用延人員が751人～900人/月の事業所（新規）】

（例）所要時間6時間以上8時間未満の場合

要介護 1	688 単位/日	要介護 1	676 単位/日
要介護 2	842 単位/日	要介護 2	827 単位/日

要介護3	995 単位/日	⇒	要介護3	978 単位/日
要介護4	1,149 単位/日		要介護4	1,129 単位/日
要介護5	1,303 単位/日		要介護5	1,281 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	619 単位/日	}	要介護1	658 単位/日
	要介護2	758 単位/日		要介護2	805 単位/日
	要介護3	896 単位/日		要介護3	952 単位/日
	要介護4	1,034 単位/日		要介護4	1,099 単位/日
	要介護5	1,173 単位/日		要介護5	1,247 単位/日

### ① 短期集中リハビリテーション実施加算

早期かつ集中的なリハビリテーションをさらに充実する観点から評価を見直すとともに、3か月以内に限定にする。併せて、3か月以降の個別リハビリテーションについて、新たな評価を行う。

#### 短期集中リハビリテーション実施加算

退院・退所後又は認定日から起算して 1月以内	180 単位/日	⇒	退院・退所後又は認定日から起算して 1月以内	280 単位/日
退院・退所後又は認定日から起算して 1月超3月以内	130 単位/日		退院・退所後又は認定日から起算して 1月超3月以内	140 単位/日
退院・退所後又は認定日から起算して 3月超	80 単位/日			

注 退院・退所後又は認定日から起算して3月超に個別リハビリテーションを行った場合には、個別リハビリテーション加算として80単位/日を算定（月13回を限度）

### ② リハビリテーションマネジメント加算

リハビリテーションマネジメント加算について、リハビリテーションの定期的な評価として位置づけるとともに、事務処理の簡素化の観点から、月に1回評価を行うこととし、報酬額を再設定する。

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

注 月に8回以上通所リハビリテーションを行っている場合に算定

## 5. 短期入所系サービス

## (1) 短期入所生活介護

### ① 夜間における手厚い職員配置に対する評価

基準を上回る夜勤職員の配置を評価する。その際、併設事業所においては、本体施設と一体の人員配置を評価する。

夜勤職員配置加算（新規） ⇒ 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

### ② 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

利用者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する観点から、常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を評価する。それに伴い、現在の夜間看護体制加算は廃止する。

看護体制加算（新規） ⇒ 看護体制加算（Ⅰ） 4 単位／日  
看護体制加算（Ⅱ） 8 単位／日

#### ※算定要件

看護体制加算（Ⅰ）：常勤の看護師を 1 名以上配置していること。

看護体制加算（Ⅱ）：①看護職員を常勤換算方法で入所者数が 25 又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、又は病院・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。

## (2) 短期入所療養介護

日帰りの短期入所療養介護（特定短期入所療養介護）について、かかる労力を適切に評価する観点から、現在の 1 日単位の評価から、サービス提供時間に応じた評価に見直す。

### 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費

760 単位／日 ⇒ 3 時間以上 4 時間未満 650 単位／日  
4 時間以上 6 時間未満 900 単位／日  
6 時間以上 8 時間未満 1,250 単位／日

注 特定病院療養病床短期入所療養介護費、特定診療所短期入所療養介護費及び特定認知症疾患型短期入所療養介護費についても同様

## ① 個別リハビリテーションの評価

短期入所中の集中的なリハビリテーションについては、その効果が高いことを踏まえ、介護老人保健施設における短期入所療養介護について個別のリハビリテーションの提供を評価する。

個別リハビリテーション実施加算（新規） ⇒ 240 単位／日

### ※算定要件

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

## ② 緊急短期入所ネットワーク加算

緊急時のニーズへの対応をより拡充する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算の算定要件を見直す。

### 緊急短期入所ネットワーク加算

#### <算定要件>

連携している施設の利用定員等の合計が100以上

#### <算定要件>

連携している施設の利用定員等の合計が30以上

## 6. 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護については、手厚い人員配置に要する経費について、制度的に利用者負担に求めることができる仕組みとなっているとの費用負担の特性等を踏まえ、介護従事者の処遇改善を図る観点から、施設サービス等との均衡に配慮しつつ、基本サービス費の評価を行う。基本サービス費の評価に当たっては、介護予防特定施設入居者生活介護については、在宅サービスとの均衡を考慮し、評価の見直しを行う。

### 特定施設入居者生活介護費

要支援1	214 単位／日	⇒	要支援1	203 単位／日
要支援2	494 単位／日		要支援2	469 単位／日
要介護1	549 単位／日		要介護1	571 単位／日
要介護2	616 単位／日		要介護2	641 単位／日
要介護3	683 単位／日		要介護3	711 単位／日
要介護4	750 単位／日		要介護4	780 単位／日
要介護5	818 単位／日		要介護5	851 単位／日

### 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護基本サービス費

要支援	63 単位/日	⇒	要支援	60 単位/日
要介護	84 単位/日		要介護	87 単位/日

### ① 外部サービス利用型の訪問介護の評価

外部サービス利用型特定施設の出来高部分における訪問介護の単価については、居宅サービスの訪問介護の単価を踏まえていることから、居宅サービスの訪問介護にならい、短時間の訪問を評価する。

身体介護	(15分未満)	90 単位/回	⇒	99 単位/回
	(15分以上30分未満)	180 単位/回	⇒	198 単位/回
生活援助	(15分未満)	45 単位/回	⇒	50 単位/回
	(15分以上1時間未満)	90 単位に所要時間15分から計算して所要時間が15分増すごとに45 単位	⇒	99 単位に所要時間15分から計算して所要時間が15分増すごとに50 単位

### ② 特定施設の看護職員と協力医療機関等との連携に着目した評価（介護予防特定施設・地域密着型特定施設も同様）

特定施設における介護と医療との連携を強化するため、利用者の健康状態に関して継続的に記録するとともに、協力医療機関又は主治医に対して、定期的に情報提供を行うものについて評価する。

医療機関連携加算（新規） ⇒ 80 単位/月

※算定要件

看護職員が利用者ごとに健康の状況を継続的に記録するとともに、当該利用者の同意を得て、協力医療機関又は当該利用者の主治医に対して、看護職員が当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合

注 看護職員の配置基準がない外部サービス利用型は対象外。

### ③ 養護老人ホームにおける特に支援を必要とする利用者への基本サービスの提供に対する評価

養護老人ホームである外部サービス利用型特定施設において、知的障害や精神障害等により特に支援を必要とする利用者に対して基本サービスを提供した場合を評価する。

障害者等支援加算（新規）

⇒

20 単位／日

※算定要件

養護老人ホームである外部サービス利用型特定施設において、精神上的の障害等により特に支援を必要とする者に対して基本サービスを行った場合

## 7. 福祉用具貸与・販売（介護予防福祉用具貸与・販売も同様）

福祉用具貸与の価格については、同一製品で非常に高額になるケース等（「いわゆる外れ値」）が一部存在していること等を踏まえ、競争を通じた価格の適正化を推進するため、製品毎等の貸与価格の分布状況等の把握・分析・公表や、介護給付費通知における同一製品の貸与価格幅等の通知を可能とするなど、価格競争の活性化を図る。

また、福祉用具サービスの向上、貸与種目と販売種目の整理等保険給付の在り方については、状態像に応じたサービス提供の状況、メンテナンスに係る実態把握、有効性等について早急に調査研究を行い、「福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会」において、引き続き議論・検討を行い、早急に必要な対応を行う。

## 8. 地域密着型サービス

### （1）小規模多機能型居宅介護

#### ① 事業開始後一定期間における経営安定化を図るための評価

利用者数が多い事業所では収支が安定化する傾向にあることを踏まえ、居宅介護支援事業者との連携の推進や利用者の増加を図るとともに、宿泊サービス利用者がいない場合の夜勤職員の配置基準の見直しにより、経営の効率化のための措置を講じた上で、事業開始後の一定期間における経営の安定化を図るための評価を行う。

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

※算定要件

事業開始時支援加算（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）

事業開始時支援加算（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。（当該割合が80%に達するまでの期間について加算）

#### ② 認知症高齢者等への対応や常勤の看護職員の配置に対する評価

利用者ニーズに対応するため、認知症高齢者等への対応や常勤の看護職員の配置を評



価する。

認知症加算（新規） ⇒ 認知症加算（Ⅰ） 800 単位／月  
認知症加算（Ⅱ） 500 単位／月

※算定要件

認知症加算（Ⅰ）：日常生活に支障を来すおそれのある症状・行動が認められることから、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）  
認知症加算（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）

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

※算定要件

看護職員配置加算（Ⅰ）：常勤かつ専従の看護師を1名以上配置している場合  
看護職員配置加算（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

### ③ サービスの提供が過少である事業所に対する評価の適正化

「通い」を中心に「泊まり」や「訪問」のサービスを柔軟に組み合わせて対応することを評価する月単位の定額制の報酬について、サービス提供の適正化の観点から、サービスの提供が過少である事業所に対する評価を適正化する。

過少サービスに対する減算（新規） ⇒ 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。

## （2）夜間対応型訪問介護

### ① 日中におけるオペレーションサービスの評価等

利用者の確保等を通じた事業所の経営の安定化を図る観点から、日中におけるオペレーションサービスも評価するなど、利用者の24時間の安心確保に資する仕組みを構築するとともに、看護師、介護福祉士等とされているオペレーターの資格要件に、准看護師及び介護支援専門員を追加する。

24 時間通報対応加算（新規） ⇒ 610 単位／月

## ② 定期巡回サービス費

短時間の訪問介護の基本サービス費の引き上げに準じて、定期巡回サービス費の引き上げを行う。

定期巡回サービス費 347 単位/回 ⇒ 381 単位/回

## 9. 介護保険施設

### (1) 介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）

#### ① 要介護度の高い高齢者に対して質の高いケアを実施する施設に対する評価

要介護度の高い高齢者を中心とした生活重視型施設としての位置付けを踏まえ、介護が困難な者に対する質の高いケアを実施する観点から、認知症高齢者等が一定割合以上入所しており、入所者数に対し介護福祉士を一定割合以上配置している施設を評価するとともに、基準を上回る夜勤職員の配置を評価する。

日常生活継続支援加算（新規） ⇒ 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%以上又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又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。

夜勤職員配置加算（新規） ⇒ 定員31～50人の施設 22 単位/日  
定員30人又は51人以上の施設 13 単位/日  
地域密着型介護老人福祉施設 41 単位/日  
(ユニット型施設には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こと。

#### ② 常勤の看護師の配置や手厚い看護職員の配置等に対する評価

入所者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する観点から、常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を評価するとともに、常勤の医師の配置に係る評価を見直す。看取り介護加算については、重度化対応加算の要件のうち看取りに関する要件を統合するとともに、施設内における看取りの労力を適切に評価するため、看取りに向けた体制の評価と看取りの際のケアの評価を別個に行うこととする。これらに伴い、重度化対応加算は廃止する。

看護体制加算（Ⅰ）

定員 31～50 人の施設	6 単位／日
定員 30 人又は 51 人以上の施設	4 単位／日
地域密着型介護老人福祉施設	12 単位／日

看護体制加算（新規） ⇒

看護体制加算（Ⅱ）

定員 31～50 人の施設	13 単位／日
定員 30 人又は 51 人以上の施設	8 単位／日
地域密着型介護老人福祉施設	23 単位／日

※算定要件

看護体制加算（Ⅰ）：常勤の看護師を 1 名以上配置していること。

看護体制加算（Ⅱ）：①看護職員を常勤換算方法で入所者数が 25 又はその端数を増すごとに 1 名以上配置していること、②最低基準を 1 人以上上回って看護職員を配置していること、③当該施設の看護職員により、又は病院・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。

看取り介護加算（Ⅰ）160 単位	80 単位／日（死亡日以前 4～30 日）
⇒看取り介護加算	680 単位／日（死亡日の前日・前々日）
看取り介護加算（Ⅱ）80 単位	1,280 単位／日（死亡日）

注 1 死亡日以前 30 日を上限。退所日の翌日から死亡日までの間は算定しない。

注 2 重度化対応加算は廃止する。それに併せて、看取り介護加算の算定要件の見直しを行う。

常勤の医師の配置 20 単位／日 ⇒ 25 単位／日

③ 外泊時費用の見直し

外泊時費用については、介護老人保健施設等と同様に、評価の適正化を行う。

外泊時費用の見直し 320 単位／日 ⇒ 246 単位／日

注 算定日数に係る要件（1 月に 6 日を限度）については、変更しない。

（2-1）介護老人保健施設（介護療養型老人保健施設を含む。）

① 夜間における手厚い職員配置等に対する評価

介護老人保健施設における夜勤の職員配置については、現在の配置実態を踏まえ、夜間の介護サービスの質の向上及び職員の負担軽減の観点から、基準を上回る配置を行っている施設を評価するとともに、介護老人保健施設における実態を勘案し、看取りの際

のケアについて評価を行う。

夜勤職員配置加算（新規） ⇒ 24 単位／日

※算定要件

【41 床以上の場合】

①入所者の数が 20 又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、② 2 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 又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、② 1 名を超えて配置していること。

<介護老人保健施設（介護療養型老人保健施設を除く。）>

ターミナルケア加算（新規） ⇒ 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 入所者又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、入所者の状態又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。

<介護療養型老人保健施設>

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 当該施設又は当該入所者の居宅において死亡した場合に限る。

② 在宅復帰支援機能加算

在宅復帰支援機能加算については、介護老人保健施設における在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価に見直す。

在宅復帰支援機能加算 10 単位／日 ⇒ 在宅復帰支援機能加算（Ⅰ）15 単位／日  
※在宅復帰率が 50%以上 ※在宅復帰率が 50%以上  
在宅復帰支援機能加算（Ⅱ）5 単位／日

③ 短期集中リハビリテーション実施加算

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を推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直す。

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。

④ 試行的退所サービス費

試行的退所サービス費の算定実績等を踏まえ、退所時指導加算の一部（退所が見込まれる入所者を試行的に退所させる場合）として算定することとする。

⑤ 外泊時費用の見直し

利用者が外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費を徴収をすることができることや必要となるコストの実態を踏まえ、その評価を適正化する。

外泊時費用の見直し 444 単位/日 ⇒ 362 単位/日

注 算定日数に係る要件（1月に6日を限度）については、変更しない。

(2-2) 介護療養型老人保健施設

療養病床からの転換の受け皿として、入所者に対する適切な医療サービスの提供が可能となるよう、医薬品費・医療材料費や医師によるサービス提供といった入所者に対する医療サービスに要するコスト、要介護度の分布といった実態を踏まえ、評価を見直す。

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  
 要介護 2 786 単位/日  
 要介護 3 860 単位/日  
 要介護 4 914 単位/日  
 要介護 5 967 単位/日

<従来型個室>

要介護 1 735 単位/日  
 要介護 2 818 単位/日  
 要介護 3 933 単位/日  
 要介護 4 1,009 単位/日  
 要介護 5 1,085 単位/日

<多床室>

<多床室>

要介護1	782 単位/日		要介護1	814 単位/日
要介護2	865 単位/日		要介護2	897 単位/日
要介護3	939 単位/日	⇒	要介護3	1,012 単位/日
要介護4	993 単位/日		要介護4	1,088 単位/日
要介護5	1,046 単位/日		要介護5	1,164 単位/日

注 介護保健施設サービス費（Ⅲ）及びユニット型についても、報酬上の評価を見直す。

### ① 施設要件等の見直し

「医療機関」から入所した者の割合と「家庭」から入所した者の割合の差が35%以上を標準とする施設要件については、周辺における医療機関の有無や定員数に応じた特例を設ける。

さらに、療養病床を有する医療機関（有床診療所・2病棟以下の病院）が、そのうち一つの病棟の一部を介護療養型老人保健施設へ転換するに伴い、夜間の看護・介護職員の配置職員数を増加させる必要が生じる場合について、夜間配置基準の特例を設ける。

## (3) 介護療養型医療施設

### ① リハビリテーションの評価（特定診療費）

介護療養型医療施設におけるリハビリテーションについては、医療保険との役割分担の明確化や整合性を図る観点から評価を見直すとともに、ADLの自立等を目的とした理学療法等を行った場合の評価を廃止する。併せて、リハビリテーションマネジメント及び短期集中リハビリテーションについて、介護老人保健施設と同様の見直しを行う。

理学療法（Ⅰ）	180 単位/回		理学療法（Ⅰ）	123 単位/回
理学療法（Ⅱ）	100 単位/回		理学療法（Ⅱ）	73 単位/回
理学療法（Ⅲ）	50 単位/回	⇒	理学療法（Ⅱ）	73 単位/回
作業療法	180 単位/回		作業療法	123 単位/回
言語聴覚療法	180 単位/回		言語聴覚療法	203 単位/回
摂食機能療法	185 単位/日		摂食機能療法	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、言語聴覚療法又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。

### ② 集団コミュニケーション療法の評価

言語聴覚士が集団に対して実施するコミュニケーション療法について、新たに評価を行う。

集団コミュニケーション療法（新規） ⇒ 50 単位／回（1日に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 必要な器械及び器具が具備されていること。

③ 夜間における手厚い職員配置に対する評価

介護療養型医療施設における夜勤の職員配置については、現在夜間勤務等看護加算で評価しているところであるが、要介護度の高い者が入所していること等を踏まえ、基準を上回る職員配置を行っている施設について評価を行う。

夜間勤務等看護（Ⅲ）（新規） ⇒ 14 単位／日

※算定要件

次のいずれにも該当する場合

- ① 利用者等の数が15又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。

④ 外泊時費用等の見直し

外泊時費用については、介護老人保健施設と同様、その評価を適正化するとともに、入院中の患者が、他医療機関を受診した場合についても同様にその評価を適正化する。

外泊時費用 444 単位／日 ⇒ 362 単位／日

注 算定日数に係る要件（1月に6日を限度）については、変更しない。

他科受診時費用 444 単位／日 ⇒ 362 単位／日

注 算定日数に係る要件（1月に4日を限度）については、変更しない。

10. 認知症関係サービス

（1）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

地域の認知症介護の拠点として、グループホームを退居する利用者が自宅や地域での生活を継続できるように相談援助する場合を評価するとともに、利用者の重度化や看取りにも対応できるようにする観点からの評価を行う。また、夜勤職員の手厚い配置に対する評価を行う。

退居時相談援助加算（新規）	⇒	400 単位／回（1 回を限度）
看取り介護加算（新規）	⇒	80 単位／日（死亡日以前 30 日を上限）
夜間ケア加算（新規）	⇒	25 単位／日

## （2）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）

軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションにおける実施について評価を行う。

### 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	⇒	介護老人保健施設	240 単位／日
介護療養型医療施設（新規）	⇒	介護療養型医療施設	240 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	240 単位／日

注 介護老人保健施設及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回まで算定可能

## （3）認知症の行動・心理症状への対応（短期入所系サービス、グループホーム）

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービス及びグループホームのショートステイによる緊急受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算 ⇒ 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。

## （4）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）



若年性認知症患者やその家族に対する支援を促進する観点から、施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス、グループホームにおいて、若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価を行う。これに伴い、現行の通所系サービスにおける若年性認知症ケア加算は廃止する。

若年性認知症利用者（入所者／患者）受入加算（新規）⇒  
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 通所介護及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 介護予防通所介護及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。

#### （5）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）

専門的な認知症ケアを普及する観点から、介護保険施設やグループホームにおいて、認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価を行う。

認知症専門ケア加算（新規）⇒  
認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3 単位／日  
認知症専門ケア加算（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

##### 【認知症専門ケア加算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又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又は技術的指導会議を定期的実施

##### 【認知症専門ケア加算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で可）
- ②介護・看護職員ごとの研修計画を作成し、実施

#### （6）認知症の確定診断の促進（介護老人保健施設）

認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症の疑いのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて評価を行う。

認知症情報提供加算（新規）

⇒

350 単位／回

## 11. 栄養管理体制・栄養マネジメント加算等の見直し

栄養管理体制加算の算定実績を踏まえ、基本サービス費に包括した評価に見直すとともに、栄養マネジメント加算については、栄養マネジメントの適切な実施を担保する観点から評価の見直しを行う。

栄養マネジメント加算

12 単位／日

⇒

14 単位／日

## 12. 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

### ① 口腔機能向上加算等

口腔機能向上加算、栄養改善（栄養マネジメント）加算及びアクティビティ実施加算については、サービス提供にかかる労力等を適切に評価する等の観点から、評価の見直しを行うとともに、アクティビティ実施加算について、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算に係る届出を行っている事業所についても算定を認める。

さらに、医療と介護の連携を図る観点から、歯科医療を受診している場合であっても、本加算が評価しているサービス内容と重複しない範囲についての評価を行う。

#### 【介護予防（認知症対応型）通所介護・介護予防通所リハビリテーション】

口腔機能向上加算	100 単位／月	⇒	150 単位／月
栄養改善加算	100 単位／月	⇒	150 単位／月
アクティビティ実施加算	81 単位／月		53 単位／月

#### 【（認知症対応型）通所介護・通所リハビリテーション】

口腔機能向上加算	100 単位／回	⇒	150 単位／回（月 2 回限度）
栄養マネジメント加算	100 単位／回	⇒	150 単位／回（月 2 回限度）

注1 口腔機能向上加算について、歯科医療と重複する行為や算定方法については、通知において明確化する。

注2 アクティビティ実施加算は、介護予防通所介護のみが該当。

注3 （認知症対応型）通所介護・通所リハビリテーションの「栄養マネジメント加算」については、「栄養改善加算」に名称を変更。

### ② 口腔機能維持管理加算

介護保険施設において、介護職員が入所者に対して計画的な口腔ケアを行うことができるよう、歯科医師又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及び指導等を行う場合に評価を行う。

口腔機能維持管理加算（新規） ⇒ 30 単位／月

※算定要件

- ① 介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設であり、歯科医師又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及び指導を月1回以上行っていること。
- ② 当該施設において、入所者の口腔ケアマネジメントに係る計画が作成されており、①に掲げる歯科医師又は歯科衛生士がその計画の作成にあたり助言及び指導を行っていること。

### 13. 事業所評価加算の見直し

事業所評価加算については、引き続き継続するとともに、事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行う。

事業所評価加算 100 単位／月 ⇒ 算定要件の見直し

※算定要件

$$\left\{ \frac{(\text{要支援度の維持者数} + \text{改善者数} \times 2)}{\text{評価対象期間内 (前年の1月} \sim \text{12月) に運動機能向上、栄養改善又は口腔機能向上サービスを3か月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \right\} \geq 0.7$$

## (指定基準に係るその他の主な見直しの内容)

### 1. 訪問介護

- サービス提供責任者の配置に関する規定を以下のように改める。
    - 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。

### 2. 居宅療養管理指導

- 看護職員による居宅療養管理指導に関する基準を追加し、訪問看護ステーションからも看護職員による居宅療養管理指導を行うことができることとする。

### 3. 通所介護

- 指定療養通所介護事業所の利用定員を「5人以下」から「8人以下」に改める。
- 指定療養通所介護を行うための専用の部屋の面積を「8平方メートルに利用定員を乗じた面積以上」から「6.4平方メートルに利用定員を乗じた面積以上」に改める。

### 4. 通所リハビリテーション

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・准看護師・介護職員（以下「PT等」という。）の配置に関する規定を以下のように改める。
  - ① 利用者が10人までは1人とし、10人を超える場合は、常勤換算方法で10:1以上確保されていること。
  - ② そのうち、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、常勤換算方法で、利用者が100人又はその端数を増すご

とに1人以上確保されること。

＜指定通所リハビリテーションが診療所である場合＞

- ① 利用者が10人までは1人とし、10人を超える場合は、常勤換算方法で10：1以上確保されていること。
- ② そのうち、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師が、常勤換算方法で、0.1人以上確保されること。

※ 介護予防通所リハビリテーションについても同様の改正を行う。

## 5. 短期入所療養介護

- 診療所の一般病床のうち、面積や人員配置等の要件を満たすものについて短期入所療養介護の実施を可能とする指定基準の見直しを行うとともに、基準適合診療所である指定短期入所療養介護事業所に係る人員基準等に係る条項（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準附則第5条）を削除する。

## 6. 小規模多機能型居宅介護

- 宿泊サービスの利用者がいない場合には、夜間及び深夜の時間帯に係る小規模多機能型居宅介護従事者を置かないことができることとする。
  - 居間及び食堂の面積を「3平方メートルに通りサービスの利用定員を乗じた面積以上」から「機能を十分に発揮し得る適当な広さ」に改める。
- ※ 介護予防小規模多機能型居宅介護についても同様の改正を行う。

## 7. 夜間対応型訪問介護

- オペレーターの資格要件に、准看護師及び介護支援専門員を追加する。
- 日中のオペレーションセンターサービスを実施する場合であって、指定訪問介護事業者の指定を併せて受けて、一体的に運営する場合、夜間対応型訪問介護事業所の管理者は、指定訪問介護事業所の職務に従事することを可能とする。

## 8. 介護老人保健施設

- 常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上置かなければならないこととされている「理学療法士又は作業療法士」について、「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士」に改める。
- 支援相談員について、「入所者の数が100又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。

## 2. 要介護認定について

### (1) 要介護認定制度の見直しについて

要介護認定については、平成21年度から下記のとおり、見直しを行うこととしている。

都道府県におかれては、平成21年度から開始される新たな認定業務が円滑に施行されるよう市町村等に対する支援をお願いしたい。

(見直しの内容)

#### ① 最新のデータに基づく一次判定ロジックの構築

現在の一次判定ロジックが開発された平成13年当時と比べると、介護技術の進歩等が見られることから、平成19年に実施した高齢者介護実態調査（タイムスタディ）のデータを基に、一次判定ロジックの見直しを行う。

#### ② 認定調査項目の見直し

認定調査項目については、認定事務の負担軽減のため、高齢者介護実態調査や要介護認定モデル事業（第一次）の結果から、介護に係る手間に関する一次判定における推計の精度が変わらないことを前提に、現行の82項目から74項目に見直しを行う。

#### ③ 一次判定における要支援2及び要介護1の判定について

現在、要支援2及び要介護1の判定については、介護認定審査会において行われているが、審査が複雑である等の指摘を受けていることから、コンピューターによる一次判定の段階から、要支援2及び要介護1の振り分けを行えるようシステムの見直しを行う。

なお、最終的な判定は、従前どおり、介護認定審査会において行うことになっている。

#### ④ その他

- ・ 要介護認定等基準時間の表示方法の改善（介護認定審査会資料にグラフ表示を追加）
- ・ 運動能力の低下していない認知症高齢者について、従来どおり一次判定で重度に判定を行うが、レ点表示の方式から要介護認定等基準時間に重度化した時間を積み足して表示する方式に改善
- ・ 参考指標（「状態像の例」、「日常生活自立度の組合せによる要介護度別分布」、「要介護度変更の指標」）については、介護認定審査会における認定がこれらを参照した結果、適正なものになっていない事例が要介護認定適正化事業において確認されていることから廃止

#### （２）要介護認定適正化事業について

- 要介護認定適正化事業については、各市町村等からの派遣要請に基づき、要介護認定に精通した者（認定適正化専門員）を介護認定審査会に派遣し、技術的助言等を行うことにより、適正な審査判定を徹底し、要介護認定の適正化・平準化につながるよう平成19年度より実施してきたところである。
- 平成20年度においては、各都道府県より推薦いただいた市町村等のうち約100市町村等に対し、出向しているところである。  
平成21年度においては、新しい認定制度が適切に導入されるよう助言もしていくこととしているため、引き続き実施を予定していることから、管内市町村等の推薦等、当該事業の実施に向けご配慮願いたい。
- 当該事業は都道府県が市町村等の審査会を傍聴できる数少ない機会であることから、都道府県におかれては平成21年度に管内市町村等に認定適正化専門員の派遣があった場合には、職員を当該事業に同席させ、研鑽の機会として活用していただきたい。

- 本事業の実施状況については、3月9日（月）に報告兼研修会を実施することとしているので、各都道府県におかれては、同会に参加していただくとともに適正化実施市町村等に対し、参加への働きかけをお願いしたい。

また、同会で使用された資料等については、各都道府県に提供するので、参加できなかった管内市町村等に周知を図り要介護認定の適正化に努められたい。

- 平成21年度における実施予定等については、別途示すこととしているので、了解願いたい。

### **(3) 要介護認定実態調査事業について**

- (1) のとおり、平成21年度より要介護認定制度の見直しが行われるところであるが、当該見直しを踏まえた各市町村における要介護認定の実施体制及び実施状況等の要介護認定事務に係る実態調査を実施することとしている。

- なお、本事業については、調査対象を全市町村（特別区、一部事務組合及び広域連合を含む）とし、実施内容等は、別途示すこととしているが、各都道府県におかれては、その円滑な実施に向けて管内の市町村に対する技術的助言等のご配慮をお願いしたい。

### **(4) 要介護状態フォローアップ調査事業について**

- 要介護認定申請者のサービスの利用状況を見るとサービスを全く利用していない者が一定の割合で存在し、軽度の区分でその傾向が顕著である。

このことから、平成21年度予算（案）において、これらの者の心身の状況とサービス利用状況の関連性を検証する要介護状態フォローアップ調査事業を実施することとしている。



- なお、本事業については、要介護1以下の認定者に対して、通常の実定調査項目やサービス受給状況等の調査を行うものであり、各都道府県・指定都市から1市町村程度の推薦をもとに合計約60市町村で実施する予定としているが、各都道府県・指定都市の推薦依頼等、詳細については、逐次示すこととしているので円滑な実施に向けた協力をよろしくお願ひする。

### 3. 介護予防事業について

#### (1) 平成21年度の介護予防事業について

○ 地域支援事業における介護予防事業については、来年度に向けて事業内容の大幅な変更を行うことは予定していないが、以下のとおり、いくつかの取扱いの変更や、介護予防事業の推進に資する情報の提供等について予定しており、今後、実施要綱の改正や介護予防マニュアルの改訂に伴って周知する予定であるので、その旨、管内市町村に周知願いたい。

- ① 介護予防特定高齢者施策の対象となる特定高齢者を把握するため、現在、基本チェックリストを実施して特定高齢者候補者を選定することとしているが、より多くの特定高齢者を必要な介護予防サービスに繋げるため、来年度より、要介護認定における非該当者を一律に特定高齢者候補者とみなすこととする。<sup>(※)</sup>。

※ 平成19年度老人保健健康増進等事業「認定調査における非該当相当者の基本チェックリストにおける特性の分析」によると、要介護認定モデル事業実施市町村における一次判定非該当者のうち、78.3%の者が特定高齢者候補者に相当することが判明した。なお、認定非該当者のほとんどは、何らかの介護予防サービスを受けることを希望しているものと思われる。

- ② 特定高齢者の取扱いの明確化を行う。具体的には、

- ・ 前年度に特定高齢者と決定されたものの、当年度に生活機能評価を受けたことが把握できなかった者については、当年度の特定高齢者数に計上しないこととする。

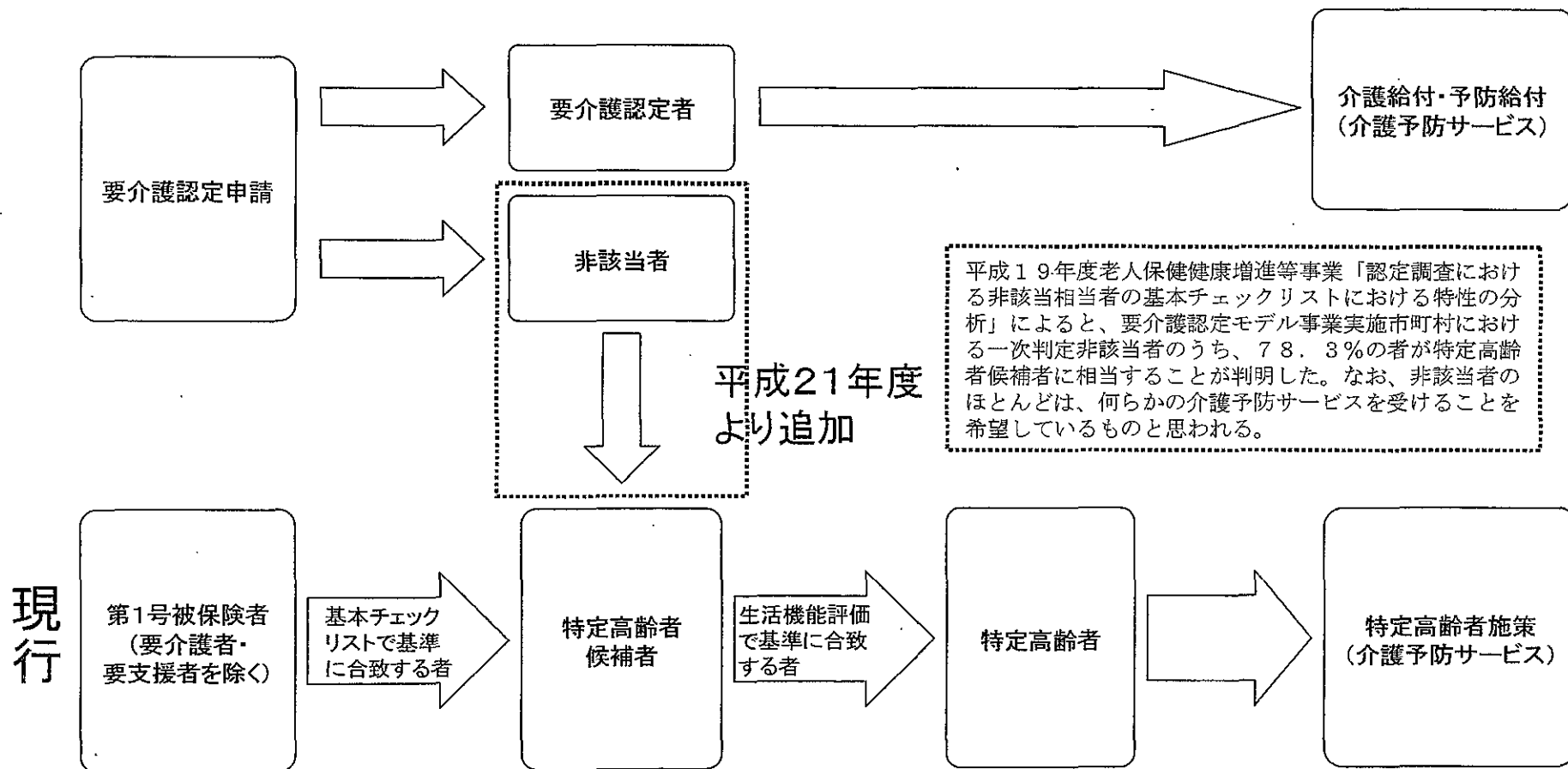
ただし、当年度に現に介護予防特定高齢者施策に参加し、特段の理由で生活機能評価を受けることができなかった場合に限り、当年度が終了するまでは特定高齢者であったこととする。(次年度当初からは、特定高齢者として取り扱わない。)

- ・ 特定高齢者の決定方法について、「生活機能評価において、医師が生活機能の低下の有無等について総合的に判断し、その判断を踏まえて市町村が特定高齢者かどうかを最終決定する」という方法で明確に整理する。

- ③ 骨折予防及び膝痛・腰痛に着目した運動器疾患対策を取り入れた介護予防事業を推進する(そのための評価指標等を今後お示しすることとしている)。

# 要介護認定非該当者を特定高齢者候補者とみなす取扱いについて

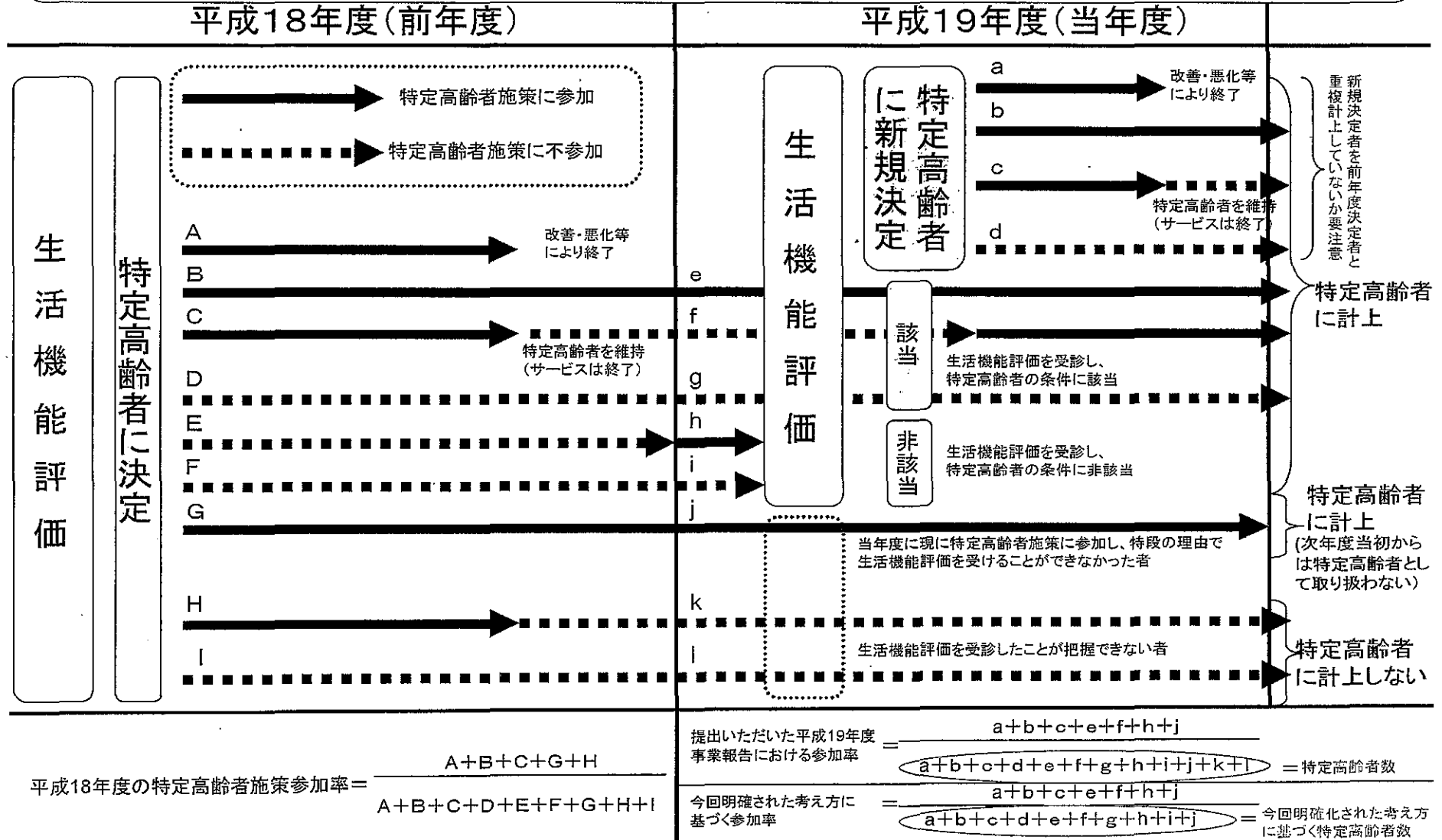
- 現在、特定高齢者候補者は、基本チェックリストによって選定されることとなっているが、平成21年度より、さらに、要介護認定において非該当となった者についても、特定高齢者候補者として取扱うこととする。
- サービスを希望する非該当者に対して、特定高齢者施策による介護予防サービスを提供することができる。  
(特定高齢者と決定した場合)



現行

# 特定高齢者の取扱いの明確化について

○前年度に特定高齢者と決定されたものの、当年度に生活機能評価を受けたことが把握できなかった者については、当年度の特定高齢者数に計上しないこととする。ただし、当年度に現に特定高齢者施策に参加し、特段の理由で生活機能評価を受けることができなかった場合に限り、当年度が終了するまでは、特定高齢者であったこととする。(次年度当初からは、特定高齢者として取り扱わない)  
 ○新規に特定高齢者と決定された者と、前年度に特定高齢者と決定された者とを重複計上しないことに注意する。

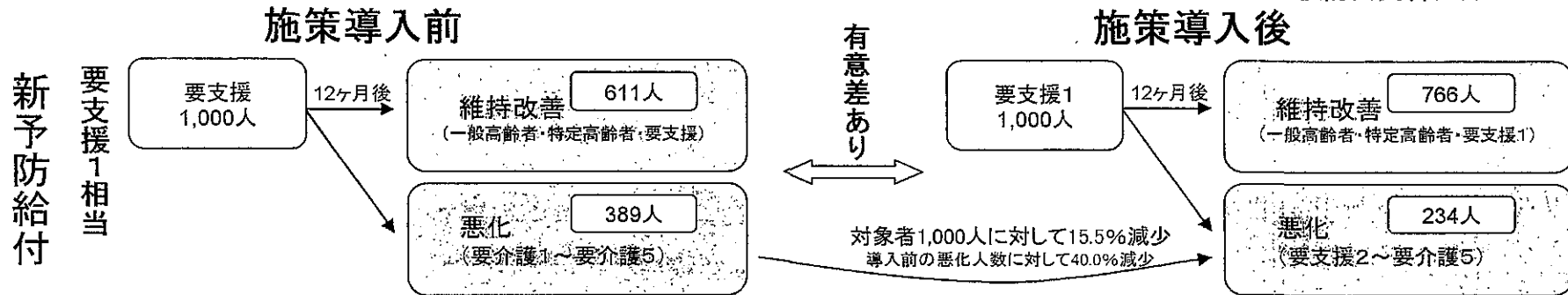


## (2) 継続的評価分析等事業について

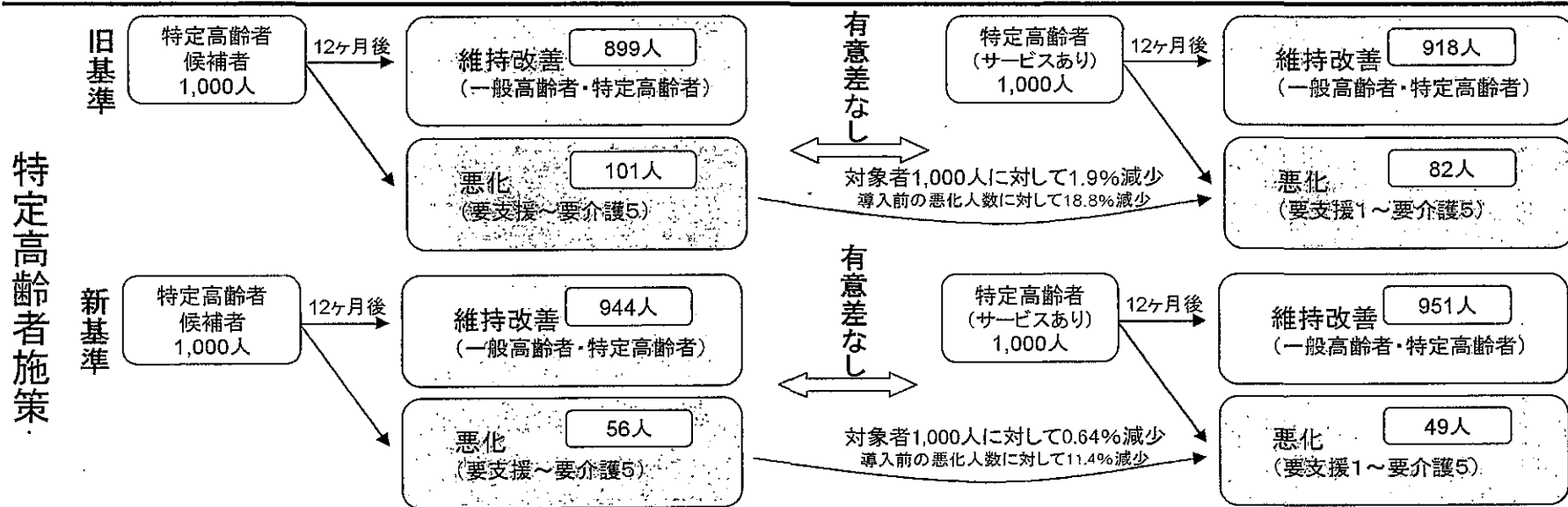
- 平成18年4月の介護保険制度の見直しにおいては、改正介護保険法附則に「政府は、改正介護保険法の施行後3年を目途として、予防給付及び地域支援事業について、その実施状況を勘案し、費用に対する効果の程度等の観点から検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」旨の規定が盛り込まれたところである。
- そこで、平成18年度より、全国83市町村の地域包括支援センターにおいて、介護予防ケアマネジメントを実施した特定高齢者及び要支援者について、サービス開始後3ヶ月毎にサービスの利用状況、心身の状況等に関する情報を収集し、オンラインにて定期的に厚生労働省へデータを送信いただいております（継続的評価分析支援事業）、そのデータをもとに、厚生労働省において分析を進めているところである。
- 平成20年5月28日に開催された第4回介護予防継続的評価分析等検討会では、介護予防施策導入に伴う介護予防サービスの定量的な効果分析を行った。  
その結果、新予防給付については、施策導入前後で統計学的に有意な介護予防効果が認められた。また、特定高齢者施策については、施策導入前後で統計学的な有意差は認められなかったものの、悪化者の発生率が低下していることが確認された。
- 平成20年12月18日に開催された第5回検討会では、介護予防施策導入に伴う費用対効果分析等を行った。  
その結果、新予防給付については、施策導入前後で、施策に要する費用が減少することが確認された。
- 今後は、平成21年3月に第6回検討会を開催し、特定高齢者施策導入に伴う費用対効果や、属性等による介護予防効果の違いについて分析を行い、最終とりまとめを行う予定である。

# 「要介護度が悪化した者の発生率」を用いた 介護予防サービスの効果分析の結果について(概要)

(5月28日 第4回介護  
予防継続的評価分析等  
検討会資料より)



1,000人を1年間追跡(12,000人月)した場合、要介護度が悪化した者の割合は、統計学的に有意に以下の結果となり、介護予防効果が認められた。  
対象者1,000人に対して15.5%(155人)減少し、コントロール群の悪化人数(389人)に対して40%(155人)減少した。  
※性・年齢調整を実施



施策導入前と導入後の対象者の属性の違いを調整しないで(※)分析したところ、以下の結果となったが、新基準・旧基準とも、統計学的有意差は認められなかった。 ※性年齢調整のみ行い、特定高齢者候補者と、サービスを受けている特定高齢者の属性の違いは調整できなかった。

1,000人を1年間追跡(12,000人月)した場合、要介護度が悪化した者の割合は、

旧基準では、対象者1,000人に対して1.9%(19人)減少し、コントロール群の悪化人数(101人)に対して18.8%(19人)減少し、統計学的有意差は認められなかった。

新基準では、対象者1,000人に対して0.64%(6人)減少し、コントロール群の悪化人数(56人)に対して11.4%(6人)減少し、統計学的有意差は認められなかった。

# 予防給付(要支援1)の費用対効果分析について(まとめ)

## 1. 費用対効果分析の結果について

(12月18日 第5回介護予防継続的評価分析等検討会資料より)

サービスを受けている要支援1の者1,000人を1年間(12,000人・月)追跡すると、

### (1) 増分効果について

○要介護度が悪化する者が155人(対象者1,000人に対して15.5%減少)

よって、施策導入前後で増分効果はプラスである。

### (2) 増分費用について

$$\text{増分費用} = (\text{施策導入後の費用}) - (\text{施策導入前の費用})$$

#### ① 施策導入後の費用を過大評価して算出

・特定高齢者及び一般高齢者の費用単価を、要支援1の単価(>一般高齢者、特定高齢者の費用単価)で算出

#### ② 施策導入前の費用を過小評価して算出

・特定高齢者及び一般高齢者の費用単価を、ゼロ(<一般高齢者、特定高齢者の費用単価)で算出

・元データがレセプトデータであることから、改善者(特定高齢者及び一般高齢者)の(人・月)数部分は把握ができず、欠損値(ゼロ)である。当該部分に施策導入後の(人・月)数を代入して施策導入後と同じ割合で改善したと仮定して算出

(実際は、施策導入前における改善割合は、導入後よりも少なく、総費用は今回算出した費用よりも大きくなるはずである。)

①、②の処理を行ったとしても、施策導入前後で増分費用はマイナスであることから

少なく見積もっても、予防給付が導入されない場合に比べて

約1億2百万円(1人1年当たり約10万2千円)の費用が減少することになる。

### (3) 費用対効果について

増分効果がプラスであり、増分費用がマイナスであることから、導入された新予防給付は優れたものとして判断可能である。

## 2. 施策導入前後で費用単価が変わらなかったと仮定した場合の増分費用について

施策導入前後で費用単価が変わらなかったと仮定して算出してみても、増分費用はマイナスであったことから、増分費用がマイナスであったこと理由は、施策導入前後の(人・月)数の変化による(介護予防効果による)ものであるといえる。

### (3) 介護予防実態調査分析支援事業について

- 来年度からの第4期介護保険事業計画期間においては、より効果的・効率的な介護予防事業の実施方法等を検討するため、介護予防実態調査分析支援事業を実施する。

本事業では、継続的評価分析等事業で得られた成果等を踏まえ、より高い効果が見込まれる介護予防事業のモデル事業を、全国約90市町村で実施し、併せて当該サービスを受けた高齢者の状況等を定期的に調査し、その効果等について検証を行うこととしている。(現時点で予定している事業内容等については、別添資料を参照)

この事業における検証結果を踏まえ、第5期介護保険事業計画期間より、より効果的・効率的な介護予防事業を全国的に導入することとしている。

- 本事業に参加することにより、
  - ① より高い介護予防効果が見込まれる事業を全国の市町村に先立って実施できる
  - ② 事業の実施状況や対象者の心身の状況の変化等が簡単に把握できるようになる
  - ③ 各市町村から報告されたデータを、国において市町村ごとに詳細に集計・分析し、各市町村における介護予防事業の取組みの全国における位置づけ等についてコメントをする等のメリットがあり、さらに
  - ④ 現在の継続的評価分析支援事業と比べて調査票の項目数を大幅に減らすこと等により事業実施市町村の負担の軽減を図る
  - ⑤ 情報収集に要する費用については10/10の国庫補助を行う等の配慮を行う予定である。
- 今後は以下のスケジュールを予定しており、各都道府県におかれては、事業参加市町村の選定等に際してご協力をお願いしたい。

・平成21年3月27日	都道府県担当者等への説明会
・平成21年4月～6月	事業実施市町村の選定
・平成21年7月～9月	事業実施市町村への研修会の開催
・平成21年10月～	事業開始





# 介護予防事業・予防給付(サービス)の効果等の検証

## 継続的評価分析支援事業 第3期(平成18年度～20年度)



## 介護予防実態調査分析支援事業を 活用した介護予防効果等の検証 第4期(平成21年度～23年度)

(実施方法)

- 83市町村が、介護予防事業及び予防給付対象者の心身の状態や活動状況のデータを、36枚の定型の調査票に3月ごとに入力
- 国においてデータの収集・解析を実施

- 第4回介護予防継続的評価分析等検討会(5月28日開催)では、予防給付の予防効果が確認された。
- 一方、介護予防事業(特定高齢者施策)については、要介護度の悪化した者の発生率は低下していたが、統計学的有意差が認められなかった。
- 検討会等では、以下の①～⑤を考慮しつつ適切なデザインによる調査研究を新たに実施する必要があるとされているところ。

①コントロール群と調査対象群の属性を揃える。

②統計学的有意差があった場合にこれを検出できるだけの調査対象群、コントロール群の規模で実施する。

③データ収集の頻度を揃え、複数年に渡る予防効果を算出する。

④36枚に及ぶ調査票の記入が市町村の大きな負担となっていることから、今後は負担の少ない方法で実施する。

⑤予防給付の予防効果については、観察期間の問題等があることから、今後は、予防・介護給付レセプトのデータを比較して検証を行う必要がある。

(実施方法)

①特定高齢者施策(90市町村のモデル事業)  
→介護予防事業の第3期と第4期の予防効果の違い(要介護度データ)

・国から全国の市町村に対して  
性・年齢階級別の悪化者数データを調査(年1回)  
→モデル事業市町村とそれ以外の市町村の予防効果の違い

②特定高齢者施策と予防給付の属性ごと・サービスの種類ごとの評価  
・地域包括支援センターにおいて(①と同じ対象者)  
・3ヶ月に1度ずつ3年間  
・少ない枚数の調査用紙で、心身の状態や活動状況のデータを収集  
→属性ごと、サービスの種類ごとの評価(ADL、QOL等詳細データ)

③予防給付の全国レセプトデータによる評価 第3期及び第4期の全国のレセプトデータ(1ヶ月ごとのデータ)を比較分析  
→予防給付の第3期と第4期の予防効果の違い

※①、③とも、サービスを受けている者同士の比較であるが、さらに、性・年齢階級を調整して分析を行う。

## 介護予防実態調査分析支援事業に参加するメリット等について

- ① 継続的評価分析等事業の分析結果や、介護予防に関する調査研究事業の研究結果をもとに考案された、より高い介護予防効果が見込まれる事業を、全国の市町村に先立って実施ができます。
- ② 参加市町村には、専用ソフトが配布され、これに調査したデータを入力すると、各地域包括支援センターにおいて、事業の実施状況や対象者の心身の状況の変化等が、簡単に把握できるようになります。
- ③ 継続的評価分析支援事業に比べて、大幅に手間が減少する見込みです。  
(システムの改良、調査用紙の減少等)
- ④ 各市町村から国に報告されたデータは、国において市町村ごとに、詳細に集計・分析し、さらに、各市町村における介護予防事業の取組みの全国における位置づけ等についてコメントいたします。
- ⑤ 介護予防事業の効果を検証するための情報収集に要する費用については、国が全額補助します。(補助率10/10)

#### 4. 訪問看護支援事業について

- 高齢化の進展に伴い、要支援・要介護者の増加、在宅療養者の増加、在宅での死亡者数の増加が予測されるが、在宅療養の推進に重要な役割を果たすことが期待される訪問看護ステーションは、現在、
  - ・ 1事業所当たりの看護職員は少なく、経営規模が小さい
  - ・ 請求事務や利用者等からの相談等訪問看護以外の周辺業務が多いため、看護職員の業務負担も大きい等の理由から、効果的な運営ができず、訪問看護回数は横ばいであるほか、請求事業所数は減少傾向にある。
  
- このようなことから、こうした周辺業務を広域的に対応できるよう訪問看護サービスを安定的に供給するため、訪問看護ステーションのネットワーク化を図り、訪問看護サービスの安定的な供給を可能とするため、
  - ・ 訪問看護ステーションで行う請求事務を1か所に集約して実施
  - ・ 利用者、家族等からの利用等に関する相談等を受ける相談窓口の設置
  - ・ 医療材料等の供給が効果的に行われるシステムの整備等の周辺業務の効率化を図るために必要な予算を計上したところである。各都道府県におかれては、本事業を積極的に活用していただきたい。
  
- なお、訪問看護事業の効率化及び充実を図ることを目的に、
  - ・ 平成8年に、過疎地域等において、「出張所等」を一体的なサービス提供の単位として「事業所」に含めて指定することができることとしていたが、
  - ・ 平成10年には、「出張所等」に係る地域の要件を「患家が散在していること、交通が不便であることその他の地域の実情により効果的な訪問看護事業を行うことが困難な状況にある地域」に緩和し、さらに、
  - ・ 平成12年には当該地域の要件を撤廃した。こうした経緯を踏まえ、今後とも「出張所等」について積極的に活用していただくよう、「出張所等」の設置に関する要件について、ご理解及び適切に対応していただくとともに関係者に対し周知願いたい。

# 訪問看護支援事業

平成21年度予算額（案）321,992千円

【患者・家族等】在宅療養を望んでいる患者、家族の不安  
【訪問看護ステーション】訪問看護サービス提供以外の周辺業務により  
利用者・家族のニーズに応えることが困難

在宅への移行  
が困難

## 事業内容

**都道府県訪問看護推進協議会の設置**：地域の事情に応じた広域対応訪問看護ネットワークセンター事業の運営方法を含む訪問看護安定供給のための方策の検討、計画立案、評価及び支援

## 広域対応訪問看護ネットワークセンターの事業例

### 請求業務等支援事業

- ・訪問看護ステーションより送付された記録等を基にレセプト作成、料金請求 等
- ・看護記録を基にデータ処理を行い実績等を資料化し訪問看護ステーションへ提供

### コールセンター支援事業

- ・利用者・家族からの相談受付、内容により適宜訪問看護ステーションへ連絡
- ・利用希望者、医療機関等からのサービス利用の相談対応や訪問看護ステーションの情報の発信

### 医療材料等供給支援事業

- ・医療材料等の供給が効率的に行われるようなシステム整備への支援

## 訪問看護事業の推進

- 利用者・家族のニーズに応える質の高い訪問看護の提供
- 安全・安心の療養環境



医療機関からの在宅へ  
スムーズな移行



在宅療養  
の拡充