

全国厚生労働関係部局長会議資料

平成21年1月21日（水）

老 健 局

重 点 事 项

1. 介護報酬改定について

- 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。

- 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、パブリックコメントを経た上で公布するとともに、関係通知及びQ&Aについても、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情報提供していただくようお願いしたい。

- 福祉用具貸与価格の適正化について

- ・ 福祉用具貸与における介護報酬は、「現に貸与に要した費用」とされており、同一製品であっても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ところである。

- ・ このため、介護給付費分科会の審議報告を踏まえ、福祉用具貸与価格について、競争を通じた価格の適正化を推進できるよう、今般の介護報酬改定に併せ、以下のことを行うこととしている。

① 都道府県及び市町村が、福祉用具の製品ごと等の価格の分布状況を把握、分析し、公表出来るよう、国保連合会介護給付適正化システムを改修する。

② 利用者自らが現に利用している福祉用具貸与の価格について、自ら関心を持ち点検・比較が出来るよう、市町村が利用者に送付する介護給付費通知に同一製品の貸与価格幅等を追加できるよう、国保連合会介護給付適正化システムを改修する。

- ついては、上記を踏まえ、都道府県及び市町村におかれては、同システムを積極的に御活用いただき、利用者、福祉用具貸与事業所、ケアマネジャー等への貸与価格の公表を行う等の取組をお願いしたい。

また、市町村におかれては、介護給付費通知の送付に当たり、利用者が福祉用具貸与価格の実態把握等を行えるよう、同システムの積極的な活用をお願いしたい。

なお、具体的な方法については後日お示しする予定である。

2. 第4期計画期間の介護保険料について

(1) 保険料設定における留意点について

- 介護給付費準備基金については、従前から連絡しているとおりに、各保険者において最低限必要と認める額を除き、基本的には、次期計画期間において歳入として繰り入れるべきものと考えている。当該基金の残高を有する保険者にあつては、できる限りこれを取り崩し、第4期介護保険料基準額の最終決定に当たっては、保険料の上昇を最小限のものとするについて十分検討されるよう改めてお願いしたい。

※ 第4期介護保険料基準額 全国平均(月額) 4, 270円

平成20年11月第3週時点の暫定推計値であり、その後の各保険者における検討により変動

- なお、各保険者より報告いただいている介護保険料の検討状況や介護給付費準備基金の残高等を勘案すると、現時点で、厚生労働省としては、全国平均での介護保険料基準額は、第3期と概ね同程度の水準になしうるものと考えている。

※ 介護給付費準備基金残高見込み(平成20年度末)(暫定推計値)…約3, 800億円

- また、将来にわたって安定的に介護保険制度が運営され、介護保険料の水準が適正なものとなるよう、引き続き介護給付の適正化の推進に取り組まれることをお願いしたい。

(2) 介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策について

- 昨年の通常国会において「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」が成立し、昨年10月30日には、政府・与党による「生活対策」において、平成21年度の介護報酬改定をプラス3.0%とするとともに、当該介護報酬改定に伴う介護保険料の急激な上昇の抑制等を行うことが決定されたところである。

○ これを受け、介護報酬改定に伴う第4期の介護保険料の上昇を抑制するために、
1, 154億円の国費による措置を講じることとしている。

○ 当該措置を踏まえた第4期介護保険料の設定方法等、第1号被保険者の介護保険料に関する当該措置の具体的事務の取り扱いについては、昨年末の担当者会議等を通じて説明してきているところであり、第4期の介護保険料の設定作業について、介護報酬改定を踏まえた給付見込みの算定や当該措置による国からの交付額の算定等を引き続きよろしくお願ひしたい。

3. 認知症対策の推進について

認知症介護等対策については、これまで、認知症グループホーム等の介護サービスの提供や、認知症介護従事者に対する研修等を通じたケアの質の向上、認知症ケアの標準化や高度化の推進、地域のかかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医の養成を通じた地域医療体制の充実、認知症サポーターの養成や認知症徘徊ネットワーク等を通じた認知症地域支援体制の構築等に国、自治体、関係団体の協力の下で推進してきたところである。

このような中で、昨年、厚生労働大臣の指示の下「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」（以下「プロジェクト」という。）が開催され、同年7月、プロジェクトの提言が取りまとめられた。

本提言においては、今後の認知症対策として、①実態の把握、②研究・開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策の推進が重要であると指摘されている。

今後この提言を踏まえた認知症対策を実施するに当たり、平成21年度予算（案）においては、従来の「認知症対策総合支援事業」を大幅に拡充し、総合的な認知症対策を推進することとしている。

認知症対策等総合支援事業

平成21年度予算（案） 3,029百万円

老健局所管の平成21年度予算（案）においては、プロジェクトの提言のうち④適切なケアの普及及び本人・家族支援及び⑤若年性認知症対策に関する事項を中心に、事業の実施を予定している。

主な内容は次のとおりである。

(1) 認知症対策普及・相談・支援事業の創設

認知症の本人や家族に対しては、認知症の各ステージにおいて、認知症の知識や介護技術の面だけではなく、精神面も含めた様々な支援が重要であることから、都道府県、指定都市に各1か所認知症介護の専門家や経験者等が対応するコールセンターを

設置することにより、相談支援を行うものである。

ア 事業内容

認知症の本人や家族などからの相談に対して、認知症介護の専門家や経験者等が対応するコールセンターによる電話相談事業。

イ 実施主体 都道府県・指定都市

ウ 補助率 1/2

(2) 認知症地域ケア多職種共同研修・研究事業の創設

地域における認知症対策についての意識の向上と共通理解を図るとともに、地域の課題に対する具体的方策を講じるため、認知症対策を推進するケアマネジャー、地域包括支援センターや介護サービス事業所に勤務する職員、医師・看護師等の専門職が講師となり、他の専門職に対し認知症や認知症者に対する医療・介護に関する各自の専門分野について研修を実施する専門職研修や、行政機関、自治会、ボランティア団体等の関係者が参加する地域ケアネットワークの取組みに関する研修等を実施する。

ア 対象者

認知症者の医療・福祉・介護等に携わる地域の専門職や、警察、住民自治組織、ボランティア団体等地域ケアネットワーク等に携わる地域の団体等

イ 事業内容

(ア) 専門職研修

認知症サポート医や認知症介護指導者等認知症の医療や介護の専門家による講義・報告等

(イ) 地域ケアネットワーク研修等

認知症高齢者の家族に対する支援方法及び各関係機関・関係者の役割についての検証や、地域の関係者の紹介と交流等

ウ 実施主体 市町村（150か所）

エ 補助率 1/2

(3) 認知症対策連携強化事業の創設

認知症対策については、早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援などを通じ、地域において総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが必要である。

認知症の専門的医療の提供体制を強化するための認知症疾患医療センターが整備されることに伴い、地域包括支援センターに認知症連携担当者を新たに配置し、認知症ケア人材育成等事業と相まって、地域における認知症専門医療との連携体制及び認知症ケア体制の更なる強化を図ることとする。

ア 事業内容

地域包括支援センターに、認知症介護指導者研修等を修了した者や認知症サポート医等、認知症の医療や介護における専門的知識を有する者を認知症連携担当者として配置し、認知症疾患医療センターや権利擁護の専門家等とネットワークを構築し、認知症の確定診断を受けた者の円滑な介護サービスへの移行や地域の認知症高齢者等の専門医療の利用に関する援助等を行う。

イ 実施主体 市町村

(認知症疾患医療センター設置市町村(150か所)に応じて配置)

ウ 補助額 1か所あたり600万円(定額)

(4) 若年性認知症対策総合推進事業の創設

若年性認知症に対する支援については、これまでも専用デイサービス等、介護分野において様々な支援を行ってきたところである。

しかしながら、若年性認知症においては、企業をはじめとして、その理解が進んでいないことや、発症直後の雇用継続における障害者雇用に関する助成金制度の活用ができること、また障害者福祉施策の活用ができること等、本人やその家族のみの判断では適切な支援を受けることが困難な状況であることから、これらの問題点を解消し、若年性認知症者一人ひとりが適切な支援を受けられるようにすることを目的として次

の事業を実施する。

ア 事業内容

(ア) 若年性認知症専用コールセンター（全国1カ所）の開設

若年性認知症の総合相談窓口としてコールセンター（全国1カ所）を開設し、支援策等を紹介するとともに、若年性認知症に関する疑問、悩み等の相談に応じ、相談者の地域の適切な支援機関に関する情報を提供する。

(イ) 若年性認知症自立支援ネットワーク構築事業

各都道府県単位の障害者就労支援ネットワークに介護や雇用関係者が参画し、当該ネットワークの資源を活用した若年性認知症者に対する自立支援を実施する。

また、地域包括支援センターに新たに認知症連携担当者を配置し、雇用継続から高齢化までの各期において適切な支援が受けられるよう、事業者との連絡調整、若年性認知症自立支援ネットワークの構成員に対する研修事業等による理解の促進を図る。

(ウ) 若年性認知症ケア・モデル事業

若年性認知症の特性に応じた先駆的な事業（例：就労支援等の日中活動支援、ケア手法の構築等）を実施する事業所に対し支援するとともに、当該事業を広く普及させるための事業を実施する。

イ 実施主体 都道府県

ウ 補助率 (ア) …10/10 (イ)、(ウ) …1/2

これらの事業の詳細な事項については、追って、2月19日(木)の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議等においてお示しすることとしている。各自治体においては、必要な予算の確保及び地域包括支援センターに配置する認知症連携担当者やコールセンターによる電話相談体制、若年性認知症ネットワーク等必要な体制の準備を進め、国庫補助事業の積極的な活用による認知症対策の積極的な推進をお願いしたい。

4. 介護関連施設の整備について

ア 平成20年度及び平成21年度の執行状況及び方針を踏まえた計画的な基盤整備について

(ア)「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金（ハード交付金）」及び「地域介護・福祉空間整備推進交付金（ソフト交付金）」（以下、ハード交付金及びソフト交付金をあわせて「市町村交付金」という。）については、地域密着型サービス拠点等の面的整備を推進するとともに、先進的な取組みに対する支援を行う予算として平成20年度予算において必要な予算額を確保したところであるが、各市区町村からの協議が低調であり、市町村交付金が十分に活用されていない状況である。

平成21年度予算（案）については、(イ)の各事項に留意しつつ、管内市区町村に対して、改めて市町村交付金について周知を図るとともに、市区町村が関連事業者等に対して市町村交付金に関する情報提供等を行うよう適切な技術的助言を行うなど、各都道府県におかれても市町村交付金の活用による地域密着型サービス基盤等の整備について積極的に取り組んでいただきたい。

(イ)平成21年度予算（案）においては、面的整備計画、介護療養型医療施設等転換整備計画及び先進的事業整備計画により実施される事業等に必要な予算額を確保するとともに、新たに、認知症高齢者グループホーム等の既存の小規模福祉施設へのスプリンクラー整備事業を創設したところである。

各都道府県におかれては、

- ① 市区町村内の各日常生活圏域における介護サービスの需要や介護関連施設の整備状況等を勘案しながら、面的整備計画等を策定した上で、市町村交付金を活用して地域密着型サービスの基盤等の整備を着実に推進していくよう管内市区町村に対し周知徹底すること、
- ② 管内市区町村との連携を一層綿密にし、事業者も含めて市町村交付金に係る情報等の周知徹底を図ること、

- ③ 市町村交付金の活用により基盤整備が進められている事例や先進的な取組状況を把握し情報提供するなど、あらゆる機会を通じて各市区町村間の情報の橋渡しを行うこと、
- ④ 新たに創設される「既存小規模福祉施設スプリンクラー整備事業(仮称)」については、消防法施行令改正[※]の趣旨を十分理解した上で、火災が人命に関わるものであることに鑑み1日も早い整備が行われるよう、管内の関連施設に対して周知徹底を図るとともに、スプリンクラー整備についての計画を早期に取りまとめるなど、市町村交付金活用によるスプリンクラー整備への積極的な取組を図るよう管内市区町村に対し周知徹底を図ること、

※ ・平成19年6月13日公布、平成21年4月1日施行。

- ・スプリンクラー設置義務
1,000㎡以上(改正前) → 275㎡以上(改正後)
- ・自力避難困難者入所施設
老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム(主として要介護状態にある者を入居させるものに限る)、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム(小規模多機能型居宅介護事業所を除く)

- ⑤ 国土交通省との連携により、大規模団地等の改修・建替えと併せて介護サービス基盤の整備を行う「高齢者安心住空間整備事業」について、住宅部局等との必要な調整を行うよう管内市区町村に対し周知徹底を図ること、
- ⑥ 高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域で生活を営むことができるようにするためには、地域密着型サービス拠点や地域交流スペースなど、高齢者福祉サービス基盤の整備が重要・有効であるが、他方でこのような基盤整備は、商店街の空き店舗や廃校等既存の社会資源を活用して行うことなどにより、地域活性化の観点からの「まちづくり」にも有効なものとしうることから、まちづくり部局とも連携しながら高齢者福祉サービス基盤の整備について検討することについて、管内市区町村に対し周知徹

底を図ること、
等により、市町村交付金が積極的に活用されるよう取組んでいただきたい。

イ 都道府県等による特別養護老人ホーム等の整備に対する助成について

(ア) 地域介護・福祉空間整備等交付金のうち、大規模・広域型の特別養護老人ホーム等を対象とする都道府県交付金は、地方6団体からの要望を踏まえ、平成18年度に廃止し、各都道府県、政令市及び中核市への一般財源化を行ったところである。

(イ) 各都道府県、政令市及び中核市におかれては、一般財源化の趣旨を踏まえながら、地域のニーズに即した計画的な施設整備を進められるよう、ご配慮願いたい。同様に、消防法施行令の改正に伴ってスプリンクラーの設置が義務づけられた施設であって、市町村交付金の対象外である施設に対する計画的な整備を進められるよう重ねてお願いしたい。

(ウ) また、(旧) 都道府県交付金が対象としていた施設整備に対する都道府県、政令市及び中核市の補助金に対しては、

① 平成21年度も引き続き「特別の地方債」により地方財政措置が行われ、その起債対象事業費は一般財源化前の都道府県交付金の要綱等により算定することとされており、その元利償還金については、後年度その100%を普通交付税の基準財政需要額に算入されることとなっている。

② また、①とは別に、(旧) 都道府県交付金に係る都道府県、政令市及び中核市負担分に対する地方債の地方財政措置は一般財源化前と同様に行われているところである。

これらを踏まえつつ、各都道府県、政令市及び中核市の財政当局と十分協議のうえ、適切な財政支援を行うようにしていただきたい。

(エ) なお、昨年末、福島県いわき市の小規模多機能型居宅介護事業所において発生した火災により死傷者が出たことを踏まえ、消防法施行令の改正に伴いスプリンクラーの設置が義務づけられていない施設についても、入居者の安全確保を図るため、消防担当部局と連携しつつ、防災対策の強化や避難訓練の実施を徹底するなどについて、管内市区町村及び施設に対する注意喚起をしていただくようお願いしたい。

5. 介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律の施行について

- 介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律については、昨年5月21日参議院において全会一致で可決・成立し、同月28日に公布された。
- 同法の施行日については、同法附則において「公布日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日」としているところであり、本年5月1日の施行(予定)を目指し、現在政令案を作成中である。
- 同法においては、
 - ・ 介護サービス事業者に対する業務管理体制整備の義務付けの内容、
 - ・ いわゆる連座制が適用されない場合、
 - ・ 同一法人グループに属する法人であって密接な関係にある法人が取消処分を受けた時の指定・更新が拒否される場合に係る同一法人グループの範囲及び密接な関係の定義等について厚生労働省令で定めることとしている。
- 省令についても、本年5月1日の施行(予定)を目指し現在改正作業中であり、今後速やかにパブリックコメントを行う予定である。
- また、省令のパブリックコメントと並行して、既にご連絡している通り全国でブロック会議を開催し、省令案等の概要をお示しした上で各自治体から御意見をいただくこととしており、その際には、協力をお願いしたい。

予 算 概 要

平成21年度老人保健福祉関係予算（案）の概要

— 老 健 局 —

	(20年度予算額)		(21年度予算額(案))
老人保健福祉関係予算	2兆 397億円	→	2兆 972億円

*
老健局計上経費 1兆6,520億円 → 1兆7,110億円

*他局計上分（2号保険料国庫負担金等）を除いた額である。

【主要事項】

I 地域における介護基盤の整備	407億円
-----------------	-------

1. 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金（ハード交付金）の交付

387億円

地域密着型サービスを中心とする市町村の基盤整備を推進するとともに、介護療養病床の転換を含めた地域ケア体制の計画的な整備を支援する。

○ 安心住空間創出プロジェクトの一層の推進

国土交通省との連携により、公的賃貸住宅団地等の地域の福祉拠点としての再整備を行い、高齢者ができる限り住み慣れた地域や家庭で自立し、安心して暮らし続けることができるよう支援する。

○ 既存小規模福祉施設スプリンクラー整備事業の推進（新規）

消防法の改正に伴い、スプリンクラー設置が義務づけられた認知症高齢者グループホーム等小規模福祉施設（延べ床面積275㎡～1,000㎡）に対し、スプリンクラー設置に係る費用を支援し、小規模福祉施設入居者の安全を確保する。

2. 地域介護・福祉空間整備推進交付金（ソフト交付金）の交付

20億円

地域における介護サービス基盤の実効的な整備を図るため、地域密着型サービス等の導入に必要な整備やシステムに要する経費などに対し、助成を行う。

○ 地域のサービス資源と高齢者の住まいとの連携の推進

国土交通省との連携により、高齢者向け優良賃貸住宅（バリアフリー化等の一定の基準を満たし、都道府県知事の認定を受けた住宅）において、介護・生活支援・医療など各種サービスの連携を図り、高齢者へのサービスの提供体制づくりを支援する。

II 介護保険制度の円滑な運営

2兆416億円

1. 介護報酬の見直し

平成21年4月にプラス3.0%の介護報酬改定を行うことにより、介護従事者等の処遇改善を図ることとする。

2. 制度運営に必要な経費の確保

2兆397億円

(1) 介護給付に対する国の負担等

1兆9,638億円

○ 介護給付費負担金

1兆2,384億円

各市町村における介護給付及び予防給付に要する費用の20%を負担。
(施設等給付費(※)においては、15%を負担)

※ 施設等給付費とは、都道府県知事が指定権限を有する介護保険施設及び特定施設に係る介護給付費。

○ 調整交付金

3,480億円

全市町村における介護給付及び予防給付に要する費用の5%を負担。
(各市町村間の75歳以上の高齢者割合等に応じて調整)

- 財政安定化基金負担金 6億円
都道府県が設置する財政安定化基金に対し、国がその3分の1を負担。

- (2) 地域支援事業の着実な実施 740億円
要支援・要介護状態になる前から介護予防サービスを提供し、効果的な介護予防システムを確立するとともに、地域の総合相談、権利擁護事業等を行う地域支援事業を着実に実施する。

- (3) 低所得者への配慮 19億円
社会福祉法人による利用者負担軽減措置において、平成21年度の介護報酬改定(+3.0%)に伴い、利用者負担額の軽減割合を拡大する。

3. 将来課題への対応 7.5億円

- (1) 介護予防対策の推進 6.5億円
第4期の介護予防事業の効果等の検証を行うため、新たな介護予防モデル事業を試行的に実施する。

(主な事業)

- ・ 介護予防実態調査分析支援事業(新規) 3.6億円

- (2) 介護報酬改定の検証 1.0億円
介護サービス施設・事業所に対し、介護従事者の介護報酬改定前の賃金と改定後の賃金等を把握する調査を実施し、報酬改定と介護従事者の処遇との関係についての検証を行う。(介護報酬改定影響検証事業(新規))

4. 介護サービスの質の向上 1.2億円

「介護サービス情報の公表」制度の円滑な実施を引き続き支援するとともに、介護支援専門員(ケアマネジャー)に対し、体系的な研修事業を実施する。

また、介護における事故を予防するため、介護者個人の知識や技術の向上を図りつつ、介護による事故予防のための研修事業を新たに創設する。

(主な事業)

- ・ 介護における事故予防推進(仮称)研修事業(新規) 0.4億円

Ⅲ 認知症対策の総合的な推進

34億円

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」での提言を踏まえ、地域包括支援センターへの認知症連携担当者の配置をはじめ、若年性認知症に関する総合的な対策など、認知症に関する研究開発の推進から、医療・介護現場での適正な連携とサービス提供に至るまで、認知症の医療と生活の質を高める施策を総合的に推進し、認知症対策の大幅な充実・強化を図る。

(主な事業)

- ・ 認知症対策連携強化事業（新規） 9.0億円
- ・ 若年性認知症対策総合推進事業（新規） 1.5億円
- ・ 認知症対策普及・相談・支援事業（新規） 7.0億円
- ・ 認知症ケア多職種共同研修・研究事業（新規） 0.6億円
- ・ 認知症対策総合研究経費 3.5億円

Ⅳ 在宅療養の充実

3.2億円

訪問看護サービスの安定的な供給を維持する体制を整備し、在宅療養の充実を図るため、訪問看護ステーションの業務を効率化する広域対応訪問看護ネットワークセンターを設置し、効果的な事業（サービス）実施が図られるよう支援する。

(主な事業)

- ・ 訪問看護支援事業（新規） 3.2億円

V 介護給付適正化対策の推進

9.5億円

介護給付の適正化を図るため、都道府県が策定した「介護給付適正化計画」に基づき市町村が実施する適正化事業への支援を引き続き行う。

また、公平・公正な要介護認定を確保する観点から、市町村に対し引き続き技術的助言を行うとともに、平成21年度以降の要介護認定の実施体制及び実施状況等を調査し、新たな要介護認定手法の検証と市町村間の平準化に資するための調査を実施する。

(主な事業)

- ・ 要介護認定適正化事業 1.8億円
- ・ 要介護認定実態調査事業(新規) 33百万円

VI 地域における人材の確保

2.6億円

1. 高齢者地域活動推進者養成支援事業(新規) 0.9億円

「安心と希望の介護ビジョン」を踏まえ、「高齢者地域活動推進者(コミュニティ・ワーク・コーディネーター)」を年間300人(10年間で3,000人)養成することとし、意欲ある地域の高齢者や住民が、主体的・積極的に活動するための環境を整備する。

2. 生活(介護)支援サポーター養成支援事業(新規) 1.7億円

新たな住民参加サービス等の担い手を養成し、介護保険制度等社会保障制度と相俟って、市民のための市民による支え合いの基盤を整備する。

連 絡 事 項

1. 介護保険制度における指導監督について

ア 介護サービス事業者の業務管理体制に関する監督について

先の通常国会で成立した介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律により、新たに介護サービス事業者に業務管理体制の整備及び届出が義務付けられるとともに、国、都道府県、市町村に事業者の本社等への立入権限が付与されたところである。各事業者における業務管理体制が実効ある形で機能し、不正事案の再発防止と適正な介護事業運営が確保されるためには、事業者自ら適切な業務管理体制の整備・改善を図っていくことが最も重要であるが、また、国、都道府県及び市町村も事業者への業務管理体制の整備・運営状況に対する監督を通じて、適切な助言を行うことにより、その取組みを支援していく必要がある。

これら業務管理体制に関する監督業務の具体的な実施方法等については、後日、指針等をお示しすることとしているのでご了解願いたい。

また、法施行後においては、事業所の指定権者と事業者の業務管理体制に関する監督権者が異なる場合があることから、国、都道府県及び市町村間の密接な連携がより一層必要になる。このため国、都道府県及び市町村間での情報共有や情報提供について十分配慮願いたい。

イ 介護保険における指導監督業務の適切な実施について

(ア) 介護保険における指導監督業務の標準化

介護保険における指導監督業務については、「介護事業運営の適正化に関する有識者会議報告書」（平成19年12月3日）や、社会保障審議会介護保険部会の意見（平成20年2月6日）においても「指導内容について過度なばらつきが生じないように標準化に向けた措置を講じること」等の指摘をされているところである。

このため厚生労働省としては平成21年度予算案において、地方自治体との情

報共有や意見交換を行うためのブロック会議や各自治体の指導監督業務の中核職員を対象とした研修を実施するための経費を計上したところであるが、引き続き指導監督の標準化に向けた方策を自治体の意見等も踏まえつつ、検討していくこととしているのでご了承願いたい。

(イ) 指導・監査指針に基づいた指導監督の実施等

介護保険における指導監督については、「介護保険施設等の指導監督について」（平成18年10月23日付老健局長通知）により、指導・監査指針の改正を行い、事業者等のサービスの質の確保・向上を図ることを主眼とする「指導」と、指定基準違反や不正請求の事実内容について挙証資料等をもとに把握し、介護保険法第5章の各規定に定められた権限を適切に行使する「監査」との明確な区分を図ったところである。

各都道府県においては、その趣旨に基づいて指導監督にあたっていただくとともに、管内市町村に十分周知いただき理解を促していただくようお願いしたい。

また、営利法人の運営する介護サービス事業所に対する監査についても、引き続き、着実な実施をお願いしたい。

あわせて、事業所の監査に基づき改善勧告、改善命令、指定の効力停止、指定の取消の行政処分等を行う際には、老健局総務課介護保険指導室へ必ず情報提供をしていただくよう引き続きお願いするとともに、指定取消等にかかる事案が確認された場合には、聴聞等の行政処分にかかる手続きを行う前に情報提供をしていただくようお願いしたい。

(ウ) 適切な指導監督の確保における実施体制の整備

各種情報に基づく機動的な指導監督体制の確保、介護保険制度を熟知した担当者の配置など適切な指導監督を確保するための実施体制の整備について、引き続きご配慮願いたい。なお、厚生労働省としても平成21年度地方交付税において地方自治体の指導監督職員の増員についての要求を行っているところである。

2. 介護給付の適正化について

- 「介護給付の適正化」を図ることにより、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、不適切な給付が削減されることは、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するものである。
- 各都道府県においては、平成19年度に策定した「介護給付適正化計画」に基づき、その推進に努力されているところであるが、下表の国が示した目標値も踏まえ、これらの取組の一層の推進を図ることにより、介護給付の適正化を図られるようご協力をお願いしたい。

	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
適正化事業	100%	100%	100%	100%
要介護認定の適正化 ※認定調査状況チェック	70%	85%	95%	100%
ケアマネジメント等の適切化				
※ケアプランの点検	60%	85%	95%	100%
※住宅改修等の点検	70%	85%	95%	100%
サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化				
※「医療情報との突合」・「縦覧点検」	60%	85%	95%	100%
※介護給付費通知	60%	85%	95%	100%

(注) ※の5事業を主要適正化事業という。

3. 低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減措置について

ア 社会福祉法人による生計困難者に対する利用者負担軽減措置

社会福祉法人が、低所得者のうち特に生計が困難である者の利用者負担を軽減する場合、その軽減額が、軽減対象となるサービスについて本来受領すべき利用者負担の一定割合を超えた時に、軽減額（＝法人負担額）の一部について助成する制度について

て、平成21年度の介護報酬の改定（+3.0%）に伴い、利用者負担額の軽減割合を拡大する。

イ 中山間地域等における利用者負担の軽減措置

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加算（10%）を行う。

このため、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）

4. 地域介護・福祉空間整備等交付金及び地域介護・福祉空間整備推進交付金について

平成21年度における「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金（ハード交付金）」及び「地域介護・福祉空間整備推進交付金（ソフト交付金）」（以下、ハード交付金及びソフト交付金をあわせて「市町村交付金」という。）の協議については、各都道府県が管内市区町村の整備計画を取りまとめ（政令市及び中核市は直接）、本年2月27日（金）までに地方厚生（支）局へ提出していただくこととしているが、その提出に当たっては、次のとおり取り扱う方針であるので、管内市区町村に周知徹底をお願いしたい。

（ア）地域介護・福祉空間整備交付金に係る面的整備計画の取扱い

平成21年度から第4期介護保険事業（支援）計画に基づき、介護サービス基盤の整備が進められることとなるが、地域密着型サービスの基盤整備については、市町村交付金を積極的に活用し、高齢者が住み慣れた地域で生活を営むことが出来るよう、自治体の創意工夫の下、円滑に推進していただきたい。

市町村交付金の申請においては、「面的整備計画」を日常生活圏域ごとに策定していただくこととなっているが、介護保険事業計画及び老人福祉計画等と調和のとれたものとなるようご留意いただきたい。

（イ）認知症高齢者グループホーム等小規模福祉施設におけるスプリンクラー設備に対する地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金（ハード交付金）の活用について

平成18年1月8日に発生した認知症高齢者グループホームの火災を機に、小規模福祉施設（275㎡以上1,000㎡未満）の防火安全対策が見直され、防火安全対策強化のための消防法施行令改正が平成19年6月13日公布され、平成21年4月1日から施行される予定である。

この改正により、小規模福祉施設においてもスプリンクラーの設置が義務づけられることとなったが、既存の小規模福祉施設については平成21年度から平成23年度までの3カ年の間に整備を進めるよう経過措置が設けられていることから、平成23年度までの時限措置として市町村交付金において支援していくこととしてい

(ウ) 介護療養病床転換に対する交付金等の活用促進

ア 介護療養病床から介護老人保健施設等への転換については、平成18年度から地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金により支援しているところである。

療養病床の再編成は、利用者のニーズに合ったサービスを適切に提供するという観点から、各都道府県において平成24年3月までに計画的に進めていくものであるが、今年度の転換に係る交付金の執行状況を見ると、転換への取組が進められているとは言えない状況にある。介護療養病床に入院している方々の不安を招かぬよう、適切な受け皿を確保するために転換を計画的に進めていくことが重要である。そのため、平成21年度においては、平成20年度に実施されなかった転換を実施し、更に平成22年度以降の転換計画を前倒しするなど、病床転換への積極的な取組をお願いしたい。

イ また、市町村交付金以外でも、療養病床等の再編成を円滑に進めるため、療養病床等を有する病院又は診療所を老人保健施設等に転換する場合については、独立行政法人福祉医療機構の融資率の引き上げなど貸付条件の緩和を行っているところであるので、積極的な活用をお願いしたい。

ウ なお、療養病床転換を行う医療機関が療養病床整備時の債務等を円滑に償還し、転換後も安定的に経営できるよう支援するため、長期運転資金として「療養病床転換支援資金」が平成20年度に創設され、独立行政法人福祉医療機構から借入れた療養病床整備時の債務についても、法人の経営状況に応じて償還期間を延長することとしているので、平成21年度においても引き続き、管内市区町村及び関係団体等に対し周知徹底をお願いしたい。

(参考) 療養病床の介護老人保健施設等への転換に係る貸付要件の緩和

区 分	通常整備の貸付条件			平成21年度(療養病床転換に限る)		
	貸付けの相手方	融資率	利 率	貸付けの相手方	融資率	利 率
特別養護老人ホーム	○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社	75%	財投+0.1	○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社	90%	財投金利と同じ
軽費老人ホーム (ケアハウス)	○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社 ○ 一般社団法人又は 一般財団法人 ○ 医療法人			○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社 ○ 一般社団法人又は 一般財団法人 ○ 医療法人		
認知症対応型老人共同生活援助事業	○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社 ○ 医療法人 ○ 営利法人等			70%		
生活支援ハウス	○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社 ○ 一般社団法人又は 一般財団法人 ○ 医療法人	75%	財投+0.1	○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社 ○ 一般社団法人又は 一般財団法人 ○ 医療法人		
	○ 営利法人等	70%	財投+0.5	○ 営利法人等		
小規模多機能型居宅介護事業	○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社 ○ 一般社団法人又は 一般財団法人 ○ 医療法人	75%	財投+0.1	○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社 ○ 一般社団法人又は 一般財団法人 ○ 医療法人		
有 料 老 人 ホ ー ム	特定有料老人ホーム	○ 社会福祉法人	70%	財投+0.5	○ 社会福祉法人	
	有料老人ホーム (基盤整備促進法に基づく ものに限る)	○ 社会福祉法人 ○ 一般社団法人又は 一般財団法人 ○ 営利法人等	75%		○ 社会福祉法人 ○ 一般社団法人又は 一般財団法人 ○ 営利法人等	
	一般有料老人ホーム	融資対象外			○ 社会福祉法人 ○ 一般社団法人又は 一般財団法人 ○ 医療法人	
介護老人保健施設 (※医療貸付)	○ 医療法人 ○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社 ○ 厚労大臣が認めた者	75%	財投+0.1	○ 医療法人 ○ 社会福祉法人 ○ 日本赤十字社 ○ 厚労大臣が認めた者	90%	財投金利と同じ

(エ) その他

①都道府県による施設整備の助成について

地域介護・福祉空間整備等交付金のうち、大規模・広域型の特別養護老人ホーム等を対象とする都道府県交付金は、地方6団体からの要望を踏まえ、平成18年度に廃止し、各都道府県、政令市及び中核市への一般財源化を行ったところである。

各都道府県、政令市及び中核市におかれては、一般財源化の趣旨を踏まえながら、地域のニーズに即した計画的な施設整備を進められるよう、ご配慮願いたい。

なお、(旧) 都道府県交付金が対象としていた施設整備に対する都道府県、政令市及び中核市の補助金に対しては、

- ① 平成21年度も引き続き「特別の地方債」により地方財政措置が行われ、その起債対象事業費は一般財源化前の都道府県交付金の要綱等により算定することとされており、その元利償還金については、後年度その100%を普通交付税の基準財政需要額に算入されることとなっている。
- ② また、①とは別に、(旧) 都道府県交付金に係る都道府県、政令市及び中核市負担分に対する地方債の地方財政措置は一般財源化前と同様に行われているところである。

これらを踏まえつつ、各都道府県、政令市及び中核市の財政当局と十分協議のうえ、適切な財政支援を行うようにしていただきたい。

②平成20年度及び平成21年度の執行について

地域密着型サービス、介護予防拠点などの介護関連施設の整備については、平成17年度から、日常生活圏域を単位として策定される面的整備計画に対し市町村交付金を交付し、その整備促進を図ってきたところである。

しかしながら、平成20年度においても市町村交付金を活用した基盤整備が十分行われていない市区町村又は圏域が多数見受けられるなど、交付金活用への取組は低調であった。

市町村交付金については、平成21年度予算(案)においても必要な予算額を確保したところであり、予算の範囲内においてできる限り各市区町村からの協議を採択したいと考えている。

平成21年度協議に当たっては、より積極的に市町村交付金を活用するよう、新たに創設する「既存小規模福祉施設スプリンクラー整備事業(仮称)」及び平成20年度から実施している「高齢者安心住空間整備事業」、平成18年度から実施している、地域交流スペース等を整備できる「市町村提案事業」を含め、より積極的に市町村交付金を活用するよう、あらゆる機会を通じて、管内市区町村に対し、

地域密着型サービスの基盤整備の重要性及び市町村交付金について周知をお願いしたい。

また、「市町村提案事業」（先進的事業支援特例交付金）については、幅広く採択していく方針であるので、地域交流スペースの整備以外でも、自治体の創意工夫の下、モデル的な事業について積極的な協議を行うよう、市区町村へ周知をお願いしたい。

なお、地域密着型サービス拠点や地域交流スペースなどの高齢者福祉サービス基盤の整備により高齢者が要介護状態になっても住み慣れた地域で生活を営むことができるようにする取組みは、商店街の空き店舗や廃校等既存の社会資源を活用して行うことなどにより、地域活性化の観点からの「まちづくり」にも有効なものとしうることから、まちづくり部局とも連携しながら高齢者福祉サービス基盤の整備について検討することについても、管内市区町村に対し周知をお願いしたい。

③施設整備業務の適正化（不正受給の防止）について

社会福祉法人が、助成事業を行うために締結した契約の相手等から寄付金等の資金提供を受けることは、いわゆる水増し契約が行われ、社会福祉法人にリベートなどとして不当に資金が還流しているのではないかとの疑惑を招くこととなることから、契約の相手方等からの寄付金等の資金提供を受けることは禁止されているところである。

については、管内市区町村及び社会福祉法人等に対しては、引き続き各種関連通知の趣旨に沿った指導を図られたい。

さらに、不正受給の事実が発覚した場合には、交付金等を返還させることはもとより、不正に関与していた者について告発を行うなど、厳正に対処されたい。併せて、このような不適正な整備事業が採択された要因を分析し、再発防止に万全を期されたい。

なお、市町村交付金の申請に当たっては、整備計画等の提出時のみならず、交付申請時、実績報告時などに厳格に審査を行うよう、管内市区町村に対し周知徹底をお願いしたい。

5. 介護関連施設における介護事故防止と感染対策について

介護関連施設内における事故発生の防止並びに感染症の発生及びまん延の防止については、各施設の運営基準等において、施設の講ずるべき措置及び事故や感染症等の発生時の報告について定めるとともに、入所予定者に感染症や既往があった場合の適切な対応の徹底を通知しているところであり、各施設に対し周知徹底及び適切な指導をお願いしたい。

(1) 介護事故の防止について

介護施設等におけるケアの質に関心が高まる中で、介護に関連する事故が注目されており、事故による負傷等は入所者の生活の質を低下させ、また重度化につながることから、事故の発生を防止することが重要となる。

都道府県・指定都市においては施設内における適切な感染対策の指導の一環として、施設管理者及び感染管理担当者を対象とした「感染症対策指導者養成研修事業」を実施していただいているところであるが、平成21年度においては、本事業の対象を感染対策や介護における事故防止対策に拡大し、「介護における事故防止推進（仮称）研修事業」として創設することとしているので、積極的にご活用いただき、引き続き施設内の事故防止や感染対策体制整備に向けた支援をお願いしたい。

(2) 感染症対策について

例年、冬季においては感染症の集団発生がみられるところであり、次のことに御留意の上、衛生主管部局と連携の上、各施設に対して適切な指導をお願いしたい。

ア ノロウイルスによる感染性胃腸炎については、昨今の状況を踏まえ、「社会福祉施設、介護保険施設等におけるノロウイルスによる感染性胃腸炎の発生・まん延対策の一層の徹底について」（平成19年12月26日雇児総発第1226001号、社援基発第1226001号、障企発第1226001号、老計発第1226001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、社会・援護局福祉基盤課長、障害保健福祉部企画課長、老健局計画課長通知）の通知を行ったところである。また、「ノロウイルスに関するQ&Aについて」（平成18年12月8日健感発第1208001号、食安監発第1208002号厚

生労働省健康局結核感染症課長、医薬食品局食品安全部監視安全課長通知)等を作成しているため、これらを踏まえ、対策の周知徹底を図ること。

イ インフルエンザについては、「社会福祉施設等における今冬のインフルエンザ総合対策の推進について」(平成20年12月2日雇児総発第1202001号、社援基発第1202001号、障企発第1202002号、老計発第1202001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、社会・援護局福祉基盤課長、障害保健福祉部企画課長、老健局計画課長通知)及び「今冬のインフルエンザ総合対策の推進について」(平成20年11月14日健感発第1114001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)を踏まえ、対策の周知徹底を図ること。

ウ 高病原性鳥インフルエンザについては、近年、東南アジアを中心に流行しているほか、ヨーロッパでも発生が確認されるなど、依然として流行が継続・拡大しており、ヒトからヒトへ感染する新型インフルエンザの発生の危険性が指摘されている。

厚生労働省においては、「新型インフルエンザ対策行動計画」、「新型インフルエンザに関するQ&A」、「高齢者介護施設における新型インフルエンザ対策等の手引き」等を作成しているため、これらを踏まえた対応を徹底すること。

エ その他、多数の高齢者が利用する施設等においては、感染症の集団発生が生じやすいことから、衛生主管部局と連携の上、衛生管理の徹底と感染症の発生及びまん延の防止のために適切な措置が講じられるよう留意するとともに、施設内で感染症等が発生した場合の報告については、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」(平成18年3月31日厚労告268)に基づき、適切な対応を徹底すること。

オ 平成16年度に取りまとめた「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」は、厚生労働省のホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/index.html>) に掲載しているため、引き続き、管内の高齢者福祉施設等に周知徹底すること。

6. 地域密着型サービスの推進について

平成18年に創設された小規模多機能型居宅介護及び夜間対応型訪問介護については、これまでも制度の周知及びその普及定着にお取り組みいただき、着実に事業所数は増加しているところであるが、普及には地域差が見られるところである。

これらのサービスは、高齢者の在宅における生活を支える重要な柱となるサービスとして、引き続き普及促進を図る必要があると考えているところであり、今後とも制度の周知及び適切な事業運営の推進とともに、整備の促進に当たっていただきたい。

なお、平成21年度の介護報酬等の改定において、以下のように改定を行うこととしたのでその趣旨を踏まえ、小規模多機能型居宅介護及び夜間対応型訪問介護の普及促進及び適切な事業運営の推進に取り組むよう、管内市町村に対する周知徹底を行っていただきたい。

○ 小規模多機能型居宅介護

- ・ 居宅介護支援事業者との円滑な連携を推進（小規模多機能型居宅介護事業所連携加算の創設）し、利用者数の増加を図ることとしたこと。
- ・ 宿泊サービスの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ることとしたこと。
- ・ 事業開始後一定期間における経営の安定化を図るため、事業開始時支援加算（平成23年度末までの期間）を創設することとしたこと。
- ・ 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し、認知症加算及び看護師配置加算の創設することとしたこと。
- ・ 「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」のサービスを柔軟に組み合わせて提供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減算の仕組みを導入することとしたこと。

○ 夜間対応型訪問介護

- ・ 事業運営の効率化を図る観点から、オペレーターの資格要件に准看護師、介護支援専門員を追加することとしたこと。
- ・ 利用者の24時間の安心確保に資するため、日中におけるオペレーションセンタ

ーサービスを評価し、24時間通報対応加算を創設することとしたこと。

また、これまで実施してきた市町村独自の高い報酬の設定に係る取り扱いについては、新たな加算制度の創設に伴って、内容を見直すこととしているので留意願いたい。

7. 認知症と医療の生活の質を高める緊急プロジェクトの施策の推進について

認知症対策については、「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、平成21年度予算における「認知症対策総合支援事業」の拡充や、介護報酬改定により対応することとしている。

平成21年度予算（案）における対策については重点事項において述べたとおりであるが、介護報酬改定による対応としては、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、次の事項について新たに報酬上の評価を行うこととしたところである。

(1) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

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

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に加え、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションに拡大

(3) 認知症の行動・心理症状（BPSD）への緊急対応

家族関係等が原因で認知症の行動・心理症状が出現し、在宅生活が困難になった者の短期入所系サービスやグループホームのショートステイにおける緊急受入れを評価

(4) 若年性認知症の受け入れ促進

65歳未満の若年性認知症の者を受け入れ、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の評価

(5) 認知症の者に対する専門的なケアの提供

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（認知症介護実践リーダー研修及び認知症介護指導者研修を予定。）を修了した者が介護サービスを提供する場合を評価

（6）認知症の確定診断の促進

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の評価

8. 高齢者虐待防止対策の推進について

（1）養介護施設従事者等に対する啓発

養介護施設等における虐待を防止するためには、職員一人ひとりが虐待に対する正しい知識を持って日々の介護にあたることが重要であり、都道府県におかれては、高齢者権利擁護等推進事業の活用などにより施設等職員に対する研修の機会の確保に努められたい。

また、事業者に対する実地指導にあたっては、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下「高齢者虐待防止法」という。）の周知徹底と、施設における虐待防止の取組みの充実についての指導をお願いしたい。

（2）養護者に対する支援・啓発

昨年度同様、本年度の高齢者虐待調査においても、被虐待高齢者のうち認知症日常生活自立度がⅡ以上の方が4割以上を占めていたことや、虐待者との続柄や性別などに一定の傾向が見られることから、認知症高齢者を養護する家族等に対して、認知症の症状の特徴などに対する理解の促進と、介護等についての重点的な援助を行うとともに、これらの調査結果を踏まえ、養護者に対する重点的な支援をお願いしたい。

（3）市町村に対する都道府県の支援

都道府県は、高齢者虐待防止法第19条により、養護者による高齢者虐待に関して、市町村相互間の連絡調整、情報の提供その他必要な援助を行うものとされており、広域的見地から、市町村の虐待対応についての積極的な支援をお願いしたい。特に権利擁護相談窓口の設置については、対応困難事例における有効なサポートとなるものと

考えているので、積極的な取組みをお願いしたい。なお、高齢者権利擁護等推進事業については、平成21年度においても必要な額を確保したところであるので、各都道府県においても必要な予算の確保をお願いしたい。

9. 成年後見制度利用支援事業の周知について

本事業は、成年後見制度の利用が有効と認められるにも関わらず、制度に対する理解が不十分であることや費用負担が困難なこと等から利用が出来ないといった事態を防ぐことを目的としている。

平成19年度の実施率はまだ約50%であり、管内の各自治体に対して制度の趣旨を踏まえ積極的に取り組むよう周知願いたい。

10. 孤立死防止対策について

昨年度に実施した孤立死防止推進事業（「孤立死ゼロ・プロジェクト」）については、平成19年8月に「高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議」（議長：高橋紘士 立教大学大学院21世紀社会デザイン研究科教授）を設置し、総務省、国土交通省及び警察庁との省庁横断的な共同事務局により運営され、平成20年3月に報告書が取りまとめられたところである。

本報告書では、人の尊厳を傷つけるような、悲惨な孤立死（つまり、社会から「孤立」した結果、死後、長期間放置されるような「孤立死」。）を未然に回避するためには、「孤立生活」をしている人に、その地域で何らかの社会関係や人間関係が築かれ、「孤独」に陥らないようにするため、地域の低下したコミュニティ意識を掘り起こし、活性化することが最重要であるとの提言がなされている。

各自治体においては、本報告書を参考にするなどにより、各地域の実情に応じた「孤立死予防型コミュニティ」づくりを推進されたい。

（全文は<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/03/h0328-8.html>）

1 1. 地域包括支援センター等の適切な運営について

(1) 地域包括支援センターの体制の充実について

- 地域包括支援センター（以下、「センター」という。）は、平成20年4月末時点で3,976ヶ所と全ての市町村において設置され、本格的な運用が開始されたところであり、調査結果【参考】では、概ね地域の高齢者数に応じた職員数が配置されているところであり、センターの体制整備は、所定の基準に沿って進んでいるものと考えているところである。
- しかしながら、一方で、センター職員が介護予防支援業務に追われて、本来業務を十分に果たすことが難しい等の指摘もされているところであり、センターが高齢者の生活を支える総合機関として期待される役割を十分に果たすためには、総合相談支援などの包括的支援業務と介護予防支援業務に携わる職員を適切に配置することが重要である。上記調査結果では、介護予防支援業務に従事する職員1人当たりの実施件数は、全国平均で26.2件であるが、その内訳を見ると、包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務する職員だけで介護予防支援業務を実施しているセンターと兼務職員の他介護予防支援業務専従の職員も併せて配置し介護予防支援業務を実施しているセンターと対応が分かれているところである。
- 介護予防支援業務については、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員以外の職種の職員も配置できることから、各都道府県におかれては、管内市町村に対し、介護予防支援業務に必要な人員を確保されるよう周知願いたい。
- 総合相談支援などの包括的支援業務等に要する経費である地域支援事業交付金については、昨年同様、事業の円滑実施に必要な予算（※）を確保していることから、各都道府県におかれては、管内市町村に対して、必要な財源の確保を図るとともに、地域の実情に応じた適切なセンターの体制整備に努めるよう周知願いたい。

（※）平成20年度予算677億円、平成21年度予算（案）679億円
- また、地域における認知症専門医療との連携体制及び認知症ケア体制の更なる強化を図るため、全国150ヶ所のセンターに認知症連携担当者を配置する「認知症対策

連携強化事業」を創設することとしたので、当該事業の活用等について管内市町村に対して周知願いたい。

- 更に、センターの本来業務を効果的かつ円滑に実施するためには、センターの体制整備を図るとともに関係機関等との密接な連携が重要である。これまで以上に、地域において十分な実績や経験を有する在宅介護支援センター等との連携の他、平成21年度より予算措置予定である

- ① 「高齢者地域活動推進者（コミュニティ・ワーク・コーディネーター）養成支援事業」の研修修了者

- ② 「生活（介護）支援サポーター養成支援事業」の研修修了者

- ③ 「認知症対策連携強化事業」で配置される認知症連携担当者

などの地域における新たな社会資源との連携を十分に図るよう、管内市町村に対して周知、徹底願いたい。

（2）責任主体としての市町村の役割の徹底等

- 市町村は、センターの責任主体として位置付けられており、その運営について全般的に責任を負うものである。こうした役割については、市町村が運営を委託している場合であっても何らかわるところはなく、各市町村に対して、センター運営協議会などを活用しながら、センターが円滑に運営されるよう環境整備や必要な支援などを市町村自らの責任において行う必要があることについて、改めて周知、徹底願いたい。
- また、都道府県においても、市町村を広域的に支援する役割を担うものであり、センターの業務が円滑に運営されるため、管内市町村における介護予防支援業務の実態などの運営状況の把握や情報提供、センター職員等に対する研修の実施など積極的な取り組みや支援を引き続きお願いしたい。

(参考)

地域包括支援センターの現状等について

(平成20年4月末日時点)

1. 地域包括支援センター(以下「センター」)設置数

○センターは、平成20年4月時点で全保険者に設置されている。

3,976箇所 (1,657保険者)

2. センターの設置主体と委託の状況

○センターの設置主体の構成割合に大きな変化はない。(直営約35%、委託約65%)

設置主体	H20調査 (平成20年4月末)		H19調査 (平成19年4月末)		H18調査 (平成18年4月末)	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
直 営	<u>1,409</u>	<u>35.4%</u>	<u>1,392</u>	<u>36.3%</u>	<u>1,265</u>	<u>36.8%</u>
うち広域連合等の構成市町村	118	3.0%	112	2.9%	86	2.4%
委 託	<u>2,567</u>	<u>64.6%</u>	<u>2,439</u>	<u>63.7%</u>	<u>2,171</u>	<u>63.2%</u>
社会福祉法人(社協除く)	1,366	34.4%	1,277	33.3%	1,085	31.6%
社会福祉協議会	467	11.7%	447	11.7%	427	12.4%
医療法人	448	11.3%	436	11.4%	396	11.5%
社団法人	87	2.2%	86	2.2%	76	2.1%
財団法人	70	1.8%	68	1.8%	70	2.0%
株式会社等	63	1.6%	58	1.5%	50	1.5%
NPO法人	21	0.5%	21	0.5%	14	0.4%
その他	45	1.1%	46	1.2%	53	1.5%
合 計	<u>3,976</u>	100.0%	<u>3,831</u>	100.0%	<u>3,436</u>	100.0%

3. 職員の配置状況

○1センターあたりの専門職員の配置人数が、6人以上のセンターが増加している。

人数	H20調査 (平成20年4月末)		H19調査 (平成19年4月末)		H18調査 (平成18年4月末)	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
12人以上	172	4.3%	133	3.5%	52	1.5%
9人以上～12人未満	185	4.7%	149	3.9%	73	2.1%
6人以上～9人未満	478	12.0%	413	10.8%	236	6.9%
3人以上～6人未満	2,600	65.4%	2,596	67.8%	2,546	74.1%
3人未満	541	13.6%	540	14.1%	529	15.4%
計	3,976	100.0%	3,831	100.0%	3,436	100.0%

4. 介護予防支援実施人数及び委託割合

○介護予防支援実施件数(A)は増加する一方、介護予防支援業務に従事する職員数(C)が増加されたことから、職員一人あたりの介護予防支援件数 $((A-B)/C)$ は微増(24.0人→26.2人)となっている

		H20調査 (平成20年4月末)	H19調査 (平成19年4月末)	H18調査 (平成18年4月末)
介護予防支援実施件数	(A)	703,991件	656,268件	61,700件
うち居宅介護支援事業所に委託されている件数	(B)	243,147件	270,613件	44,119件
居宅介護支援事業所への委託割合	(B/A)	34.5%	41.2%	71.5%
指定介護予防支援業務に従事する職員数	(C)	17,601人	16,064人	-
職員一人あたりの介護予防支援実施件数	$((A-B)/C)$	26.2人	24.0人	-

【参考】 介護予防支援業務を居宅介護支援事業所に委託しないと仮定した場合の職員一人あたりの介護予防支援実施件数	(A/C)	40.0人	40.9人	-
---	-------	-------	-------	---

※平成18年度調査においては「指定介護予防支援業務に従事する職員数」を調査していない

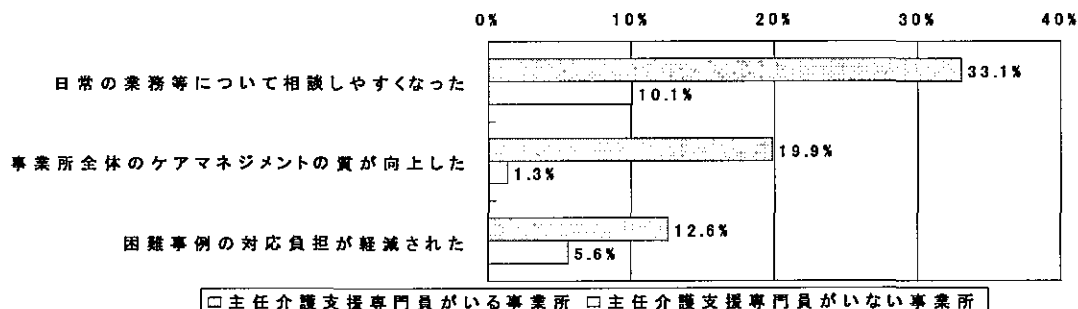
12. 介護支援専門員資質向上事業について

(1) 介護支援専門員に対する研修の実施について

- 介護支援専門員の資質の向上を図ることは、高齢者に対して適切なサービスを提供する上で非常に重要であり、質の高い介護支援専門員の養成並びに現に介護支援専門員として活動している者等に対する十分な研修の機会を確保することが求められている。
- 介護支援専門員に対する研修については、従来から「介護支援専門員資質向上事業」として実施しているところであり、平成21年度予算（案）においても前年同額の所要額（3.5億円）を計上したところであるので、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、介護支援専門員がこれらの研修を受講する機会が十分確保されるよう特段のご配慮をお願いしたい。

(2) 主任介護支援専門員研修の実施体制の確保について

- 主任介護支援専門員研修は、地域包括ケア体制の推進や地域、事業所内における介護支援専門員に対する助言・指導などの中核的な役割を担う者を養成するために平成18年度に創設したものである。主任介護支援専門員研修受講者数は、これまで約1万5千人（平成18～20年度）となり、主任介護支援専門員のいる事業所においては、「日常の業務等について相談しやすくなった」、「事業所全体のケアマネジメントの質が向上した」、「困難事例の対応負担が軽減された」などの効果が報告されているところである。



※出典：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成19年株式会社三菱総合研究所）

- 平成21年度介護報酬改定においては、居宅介護支援事業所の独立性・中立性を高める観点から、特定事業所加算について、実態に即して段階的に評価する仕組みに見直すこととされたところであり、新規に創設する特定事業所加算（Ⅱ）の算定要件の1つの「主任介護支援専門員等」については、「平成21年度中に主任介護支援専門員研修を受講する見込みがあり、かつ、当該年度の研修を必ず修了する者を含む」とする予定である。
- このため、主任介護支援専門員研修の受講希望者の増加が見込まれることから、各都道府県におかれては、主任介護支援専門員研修の受講希望者が漏れなく受講できるよう、関係団体等とも連携しつつ、研修実施機関、研修機会の拡充に努められたい。

（3）介護支援専門員更新研修の計画的な実施等について

- 介護支援専門員については、平成18年度より資格の更新制度を導入し、更新時には「介護支援専門員更新研修」を受講することを義務づけたところである。この更新研修については、介護保険法施行令附則の経過措置により、平成19年度から実施しているが、平成21年度においても受講する者が見込まれるところである。
- これらの更新時期を迎えた者が適切に更新手続きを取れるよう、更新の対象となる者への更新制度についての周知をさらに徹底していただくとともに、更新研修の受講希望者が研修を漏れなく受講できるよう、更新研修等の計画的な実施をお願いしたい。

1 3. 介護員養成研修事業について

(1) 介護職員基礎研修について

- 今後、ますます少子・高齢化が進展するとともに、認知症高齢者や中重度の要介護者が増加すると見込まれる中で、介護サービスに携わる職員の専門性の向上を図ることは、介護サービスの質の向上に繋がるものであることから、大変重要な課題である。
- 訪問介護員などの介護職員の資質向上を目的に創設された「介護職員基礎研修」(平成18年度創設)の実施状況は、指定事業者が253者(平成20年10月1日現在)、研修修了者数が2,386名(平成20年3月31日現在)と全国的に普及が進んでいない状況である。
- 平成21年度介護報酬改定においては、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を見直すこととされたところであり、今後、「介護職員基礎研修」の受講希望者の増加と指定を受けようとする研修事業者の増加が見込まれるところである。
- 各都道府県におかれては、「介護職員基礎研修」の研修事業者や講座の指定事務が滞りなく行われるよう、研修事業者を集めた説明会を開催するなど、事前の準備方をお願いしたい。「介護職員基礎研修」の周知に当たっては、昨年、研修の普及啓発のために作成したパンフレット「介護職員基礎研修について(平成20年2月厚生労働省老健局)」をご活用いただきたい。(当省のホームページに掲載)
- なお、「介護職員基礎研修」は、すでに訪問介護員養成研修を修了した者に対しては、研修課程の一部履修免除(例えば、訪問介護員養成研修2級課程+1年以上の実務経験がある者については、500時間の研修課程中350時間が免除され、150時間の履修で介護職員基礎研修修了となる。)などの受講者負担軽減措置が図られていることについても改めて周知いただき、介護職員基礎研修の普及、定着に向けて積極的な取組をお願いしたい。

(2) 訪問介護員養成研修について

- 訪問介護員の養成については、平成3年度から平成19年度までの修了者の累計が約343万人(※)となっているところである。

(※) 各都道府県からの修了者数の報告をもとに集計。ただし、この人数については単純累計であり、1人の者が複数の研修課程を修了している場合は重複して計上されている。

- この訪問介護員養成研修の取扱いについては、昨年2月の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料等でお示したように、訪問介護員養成研修1級課程については、平成24年3月を目処に介護職員基礎研修に一本化する予定である。また、訪問介護員養成研修2級課程については、養成を継続する予定であるので、ご了知いただくとともに、管内市町村、介護サービス事業者、関係団体等に周知いただくようお願いしたい。
- 訪問介護員養成研修3級課程修了者については、既にお示ししているとおり、原則として平成21年3月末で報酬上の評価、養成を終了することとしているが、現に業務に従事している者については、今回の報酬改定において、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する周知を行うことを条件に、1年間に限定した経過措置を設けることとされたので、ご了知いただくとともに、管内市町村、介護サービス事業者、関係団体等に周知いただくようお願いしたい。

したがって、平成21年度以降、新たに3級の訪問介護員として従事したり、他の事業所で従事することはできないこと、また、3級の養成課程については、上記のとおり、平成21年3月末をもって、養成を終了するため、今後、新たな指定は行わないこと、また、現在指定を受けている3級の養成課程については、必要な変更手続き等を行うようお願いしたい。

なお、平成21年4月以降、介護保険法に基づく訪問介護員として従事すること以外を目的として、平成21年3月末までの3級課程と同等の研修を行う場合であっても、介護保険法に基づく3級の訪問介護員の修了証明書は交付されるものではないので、併せて周知いただくようお願いしたい。

以上の具体的な取扱いについては、追ってお知らせしたいと考えている。

14. 介護サービス情報の公表制度の適正な運用等について

介護サービス情報の公表制度（以下「情報公表制度」という。）は、平成18年4月の施行後、2年9ヶ月を経過し、各都道府県において、その円滑な実施に御尽力をいただいているところであるが、介護保険制度の基本理念（利用者本位・利用者の自立支援・利用者による選択（自己決定））の実現を支援する情報公表制度の重要性を御理解いただき、平成21年度の完全施行後も、引き続き情報公表制度の円滑な運営の確保に向けて、次に掲げる点に特に留意の上、適正な運用をお願いしたい。

（1）手数料の適切な検証、見直し（手数料設定の創意工夫等）について

- 手数料水準の妥当性等については、情報公表制度の施行以来、依然として介護事業者等からの疑義、意見等が多く寄せられているところであり、国会や社会保障審議会等の場においても、「情報公表制度について、手数料水準が高いことや、同一所在地事業所の同時調査の場合の手数料の設定方法等について見直しを進めるべきではないか」という同様の指摘がなされているところである。
- 現在の全国的な施行状況を見ると、事務の効率化が当初の予想以上に早く進んでおり、情報公表制度の施行時の手数料算定時の考え方が実態に見合わない状況になっていると考えられる。
- 昨年7月時点の手数料設定の状況を見ると、前年度と比べて、多くの都道府県で見直しに向けた取組が行われていることは承知しているものの、一方で約3割の県が変更無しという状況であり、また、都道府県間における手数料（平均額）の金額の幅は約1.6倍、約2万3千円と大きな開きがある状況である。
- このため、これまでも全国の担当者会議等の場において、
 - ① 事業の運営状況について毎年公表等を行うことが望ましいこと

② 管理、運営事務の実態について十分に検証し、対外的にも理解が得られる水準及び設定方法となるよう、必要な条例の見直し等についての的確に取組を行うこと等を施行時より累次要請しているところである。

○ また、平成21年度からは、①訪問調査体制の効率化、②調査方法の簡素化等の運用の見直し等により、平成20年度に引き続き、情報公表制度における事務負担の軽減等を図る予定であるので、見直しを踏まえた的確な対応をお願いしたい。

○ 以上のような現状や事務の効率化等を踏まえ、例えば同一所在地における複数の事業所を同日に調査する場合の手数料については、旅費の重複分を勘案し低く設定するなど、その妥当性等について介護事業者等の理解が得られる手数料の水準及び設定方法となるよう、必要な条例の見直し等について、引き続き、的確に対応するよう強くお願いしたい。

(2) 情報公表制度の活用促進について

○ 情報公表制度は、利用者のニーズにあったより適切な介護サービス・事業所の比較検討、選択を支援等する制度であり、利用者等に活用される制度として定着させることが何より重要である。

○ しかしながら、現在の情報公表サイトのアクセス状況を見ると、都道府県間で大きな差がある状況であり、アクセスの低調な県も散見されるため、各都道府県においては、今後とも引き続き、被保険者のいる世帯、管内市区町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等介護サービスの利用者の相談に応じる多様な主体に向けて、さまざまな手法で広く情報公表制度の活用についての普及啓発を行っていただきたい。

○ また、今後、利用者のニーズにあった、より適切な事業所選択を行うために、具体的に、どの項目を、どう読み判断するのかといった介護サービス情報の活用方法（読み解き方）等について検討する予定である。

(3) 対象サービスの追加（平成21年度）

- 情報公表制度については、介護保険法第115条の29第1項の規定を踏まえた介護保険法施行規則第140条の29において、制度の対象となるサービスを年々追加施行してきたところである。
- 平成21年度においては、今年度、各都道府県においてモデル調査事業を実施した小規模多機能型居宅介護等の15サービス（細分ベース）を追加施行することを現時点では予定している。
- 当該追加施行に係る省令の公布及び改正通知の発出を平成21年3月までに予定している。また、施行については平成21年4月1日を予定しているところである。
- 各都道府県においては、介護保険法施行令第37条の2第1項に定める報告に関する計画の策定、調査員の養成等制度の円滑な施行に向けて、的確に準備願いたい。

（参考：平成21年度から追加施行を予定しているサービス名）

- ① 療養通所介護
- ② 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・外部サービス利用型）
- ③ 特定施設入居者生活介護（軽費老人ホーム・外部サービス利用型）
- ④ 特定施設入居者生活介護（適合高齢者専用賃貸住宅）
- ⑤ 特定施設入居者生活介護（適合高齢者専用賃貸住宅・外部サービス利用型）
- ⑥ 夜間対応型訪問介護
- ⑦ 小規模多機能型居宅介護
- ⑧ 認知症対応型共同生活介護
- ⑨ 地域密着型特定施設入居者生活介護（適合高齢者専用賃貸住宅）
- ⑩ 介護予防特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・外部サービス利用型）
- ⑪ 介護予防特定施設入居者生活介護（軽費老人ホーム・外部サービス利用型）
- ⑫ 介護予防特定施設入居者生活介護（適合高齢者専用賃貸住宅）
- ⑬ 介護予防特定施設入居者生活介護（適合高齢者専用賃貸住宅・外部サービス利用型）
- ⑭ 介護予防小規模多機能型居宅介護
- ⑮ 介護予防認知症対応型共同生活介護

15. 有料老人ホームに係る事務の適切な実施について

(1) 有料老人ホーム関係

平成18年度より有料老人ホームの定義が拡大したこと等を受け、これまでも累次にわたり、担当者会議や通知を通して、有料老人ホームの把握、届出促進及び有料老人ホームにおけるサービスの質の向上に向けて取り組むよう要請してきたところである。

しかしながら、昨年9月の総務省の行政評価（「介護保険事業等に関する行政評価・監視」）において、総務省による調査の結果として、①有料老人ホームの的確な把握、②有料老人ホームの設置者に対する届出の指導、③有料老人ホームに対する計画的な指導監督の実施、について勧告が出されたところである。各都道府県におかれては、勧告の指摘も踏まえ、通知（「有料老人ホームの届出促進等に関する総合的な取り組みの徹底について」（平成19年3月20日付老健局計画課長、振興課長通知））等に基づき、改めて有料老人ホームの把握と届出促進、サービスの質の向上に向けた指導を行っていただきたい。

また、有料老人ホームと同種のサービスを提供する高齢者専用賃貸住宅に対する都道府県の指導監督権限の強化についても勧告が出されたところであり、こうした点も踏まえ、更なる対応について検討することとしているところである。

(2) 住宅政策との連携

昨年7月に策定された『社会保障の機能強化のための緊急対策～5つの安心プラン～』においては、「高齢者の居住の安定確保」、「ケア付き住宅の整備促進」（※1）が盛り込まれたところである。これを踏まえ、社会資本整備審議会住宅宅地分科会において、「高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策のあり方について」諮問され、先般、住宅施策と福祉施策が一体となった計画の策定等を骨子とする答申が出されたところである。

また、昨年11月にとりまとめられた『安心と希望の介護ビジョン』においては、

「地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備」が盛り込まれたところである（※2）。

このように高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、高齢者住宅と福祉サービスの連携強化に対する社会からの要請は大きい。厚生労働省においても、（1）の高齢者向け住宅に対する規制の見直し等を含め、住宅政策を所管する国土交通省との連携を推進しているところであり、都道府県、市町村においても住宅担当部局との連携をより一層強化していただきたい。

※1 社会保障の機能強化のための緊急対策～5つの安心プラン～（平成20年7月29日）

1 高齢者が活力を持って、安心して暮らせる社会

②高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるための医療・介護・福祉サービスの充実や地域づくり

〈ケア付き住宅の整備促進〉《国土交通省、厚生労働省》

○高齢者ができるだけ住み慣れた地域や家庭で自立し、安心して暮らし続けることができるよう、公的賃貸住宅団地等の地域の福祉拠点としての再整備（安心住空間創出プロジェクト）とケア付き住宅の整備を促進

〈高齢者の居住の安定確保〉《国土交通省、厚生労働省》

○自治体による計画の策定など、高齢者の居住の安定確保に必要な措置を講ずるための法整備を検討し、次期通常国会への法案提出を目指す

※2 安心と希望の介護ビジョン（平成20年11月20日）

（5）地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備 ～高齢者増に対応した新たな街づくり～

○地域ごとの高齢化の度合いや地域住民のニーズなど、地域特性に応じた高齢者の住まいや終のすみかとしての施設の整備

※ 公的賃貸住宅のケア付き住宅化（生活支援サービスや介護サービスの付いた住宅）や、既存住宅のバリアフリー化の推進、社会インフラの整備、「早めの住み替え」を促す高齢者住宅やケア付き住宅の整備などを地域特性に応じて計画的に整備。その際、福祉政策と住宅政策との緊密な連携、ケアの質の確保という視点が必要

16. 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

17. 平成21年度の介護予防事業について

平成21年度における地域支援事業の介護予防事業については、現在大幅な事業内容の変更は予定していないが、以下の改正等を検討しているところである。

- ① 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。^(※)

※ 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 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）。

- ③ 平成17年度に作成した介護予防マニュアルについて、作成より3年が経過したことから、必要な改訂を行った上で、本年度中にお示しすることとしている。

都道府県におかれては、上記の改正等の内容を踏まえ、管内市区町村における介護予防事業のさらなる推進についてご支援をお願いしたい。

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。

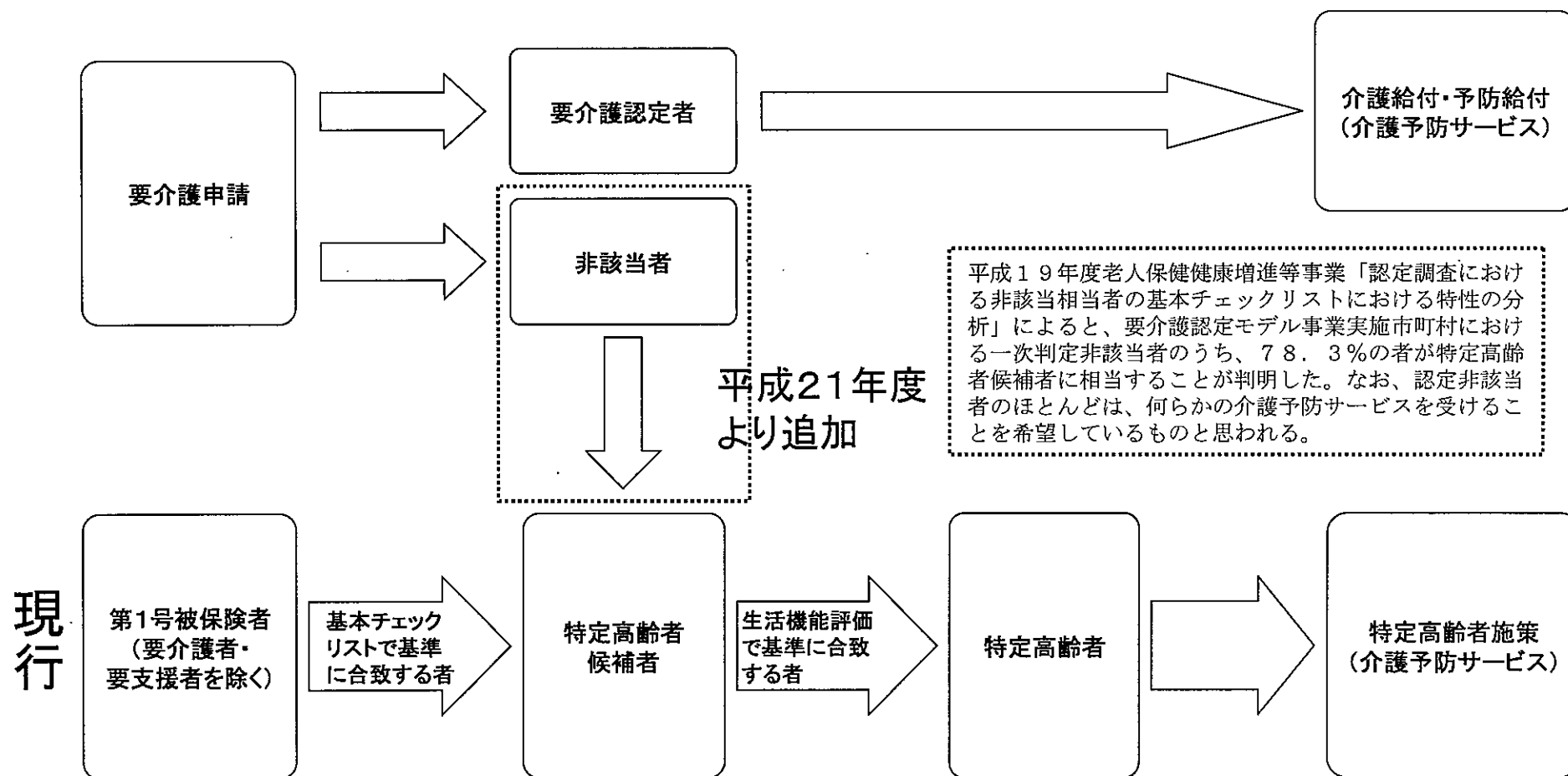
2. 施策導入前後で費用単価が変わらなかったと仮定した場合の増分費用について

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の原因は、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。

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認定非該当者に対して、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)



18. 介護予防実態調査分析支援事業について

平成18年度に創設された新予防給付及び地域支援事業における介護予防事業の費用対効果等について検討を行うため、継続的評価分析支援事業を全国83市町村で実施しているところである。その分析結果については、介護予防継続的評価分析等検討会において、本年度末に最終報告を行うこととしている。

上記検討会で得られた成果等を踏まえ、来年度からの第4期介護保険計画期間においては、より高い効果が見込まれる介護予防事業等を全国約90市町村で試行的に実施し、併せてその効果等について検討を行うこととしている（介護予防実態調査分析支援事業）。この事業における検証結果を踏まえ、第5期介護保険計画期間より、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。

事業内容については、現在検討中であり、詳細は決まり次第お知らせ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態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

等のメリットがある一方で、

- ④ 現在の継続的評価分析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引き続き10/10の国庫補助を行う

等の配慮を行う予定である。

今後、継続的評価分析支援事業における市町村選定の過程と同様に、各都道府県には選定のご協力をお願いしたい。

介護予防事業(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、介護予防事業及び新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、新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新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特定高齢者施策と新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新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
→新予防給付の第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。

モデル事業に参加するメリット等について

- ① 継続的評価分析事業の分析結果や、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態の変化等が、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 介護予防関連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)
また、モデル事業の実施に要する費用についても、国庫補助を予定しています。

モデル事業について(案)

1 モデル事業は、以下のような内容等を含むことを想定している。

- 一般高齢者施策と特定高齢者施策との連携について強化する
(例えば、普及啓発を含む一般高齢者施策を入り口として、特定高齢者施策へとスムーズに繋げるシステム)。
- より効果的なサービス内容に重点化を図ったもの(継続的評価分析支援事業の結果を踏まえたプログラム)とする。
- サービスに係る評価(プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価)の指標を統一し、縦断的及び横断的な評価を行えるようにする。

2 詳細な事業の内容は、平成21年早々に情報提供できる予定。

19. 訪問看護支援事業について

訪問看護については、1事業所あたりの職員数が少なく、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く、利用者・家族のニーズに十分に対応できていないことから、それらの周辺業務を軽減する請求事務等支援事業やコールセンター支援事業等を行う広域対応訪問看護ネットワークセンターを平成21年度は全国23都道府県に設置（定額補助 10/10）し、訪問看護サービスの安定的な供給を維持する体制を整備できるよう支援していくこととしているので、活用願いたい。

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、関係者に対し周知及び適切な対応をお願いしたい。

参 考 资 料

平成21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20年12月12日

介護保険制度が導入されて以降、過去2回の介護報酬改定においては、いずれもマイナス改定が行われた。

しかし、近年、介護サービスをめぐっては、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、先の国会で「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、去る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。

当分科会は、この決定を踏まえて、平成21年度介護報酬改定については、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集中的な議論を重ねてきた。いうまでもなく、介護報酬改定は、介護が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援する、という介護保険制度の基本理念を目指すものでなければならない。

以上のような諸点を踏まえ、平成21年度介護報酬改定に関する基本的な考え方を以下のとおり取りまとめたので報告する。

なお、介護報酬がサービス提供の対価として事業者を支払われる性格のものであること、事業所によって規模や経営状況、従事者の雇用形態や属性、地域の労働市場の状況等が様々であることから、介護報酬の引上げにより賃金が一律に引き上げられるものではないが、今回の介護報酬改定により介護従事者の処遇改善に結びつけていくことが重要である。

そのためには、各事業者において、効率的な事業運営への努力を行いつつ、給与水準の向上のみならず、研修体制の充実、キャリアアップの仕組みの導入、福利厚生の実施など、実態に即した処遇改善への取組を行っていくことが不可欠である。

今回の介護報酬による対応に加えて、国は、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、更に、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事後的な検証の適切な実施など、多角的な対策を講じ、事業者における処遇改善を支援していくことが必要である。

また、これに加えて、給与等は事業者と介護従事者との間で決められるものであり、その内容については労使に委ねるべきものであるが、事業者や事業者団体が、介護従事者の処遇改善に向けた取組に関する情報の公表については、自主的、積極的に取り組むことが期待される。なお、事業者団体が公表の手引きを作成するなどの取組を国が支援していくことも考えられる。

I 基本的な考え方

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た改定を行うことが必要である。

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にする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・基準見直しの基本方向

1. 介護従事者処遇改善にかか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

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。

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（詳細は各サービスにおける改定事項として記載）。

(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。

なお、本来、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進すべきであるが、現時点においては、質の高いサービスを図る客観的な指標として確立したものはない。このため、今改定においては「介護福祉士の割合」に加えて、「常勤職員の割合」、「一定以上の勤続年数の職員の割合」を暫定的に用いることとするが、サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、早急に検討を進めることとする。

(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、各サービスの直接処遇職員の人件費率（サービス毎に40%又は60%の2類型）に各地域区分の報酬単価の上乗せ割合を乗じて報酬単価を割り増すことにより単価を設定している現行の地域区分を以下のとおり見直す。

具体的には、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。なお、今回は、地域の区分方法については見直しを行わないものとするが、今後、地域区分の在り方について検討することとする。

(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も、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。

(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

中山間地域以外に所在する事業所であっても、通常の事業実施地域を越えて中山間地域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。

2. 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援については、事業所の経営の改善、ケアマネジメントの質の向上や独立性・中立性の向上を推進するとともに、医療と介護の連携の推進・強化、特に支援を要する者への対応等を評価する観点から見直しを行う。

具体的には、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とともに、事業所の独立性・中立性を高める観点から、特定事業所加算について、実態に即して段階的に評価する仕組みに見直す。

また、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。さらに、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等や独居高齢者に対する支援等について評価を行う。

介護予防支援については、介護予防支援事業所のケアマネジメントに係る業務の労力の実態などを踏まえた評価を行う。

併せて、介護保険施設等に配置されている介護支援専門員の役割及び評価等の在り方について、引き続き検討を行う。

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も踏まえつつ、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。

また、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、介護福祉士資格の取得など段階的なキャリアアップを推進する観点、重度者に加えて認知症高齢者へのサービス提供を行っている事業所を評価する等の観点から、特定事業所加算について、要件の見直しを行う。

さらに、サービス提供責任者については、初回時や緊急時などサービス提供責任者の労力が特にかかる場合を評価するとともに、常勤要件について、サービスの質を確保しつつ事業所の効率的な運営や非常勤従事者のキャリアアップを図る等の観点から、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方向で見直す。併せて、職業能力開発機会の充実や業務の具体化・標準化を推進する。なお、人員配置基準については、施行後の状況を検証し、必要な対応を行う。

なお、3級ヘルパーについては、前回答申どおり、原則として平成21年3月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、該当する従事者に対する周知を事業者が行うことを条件に、一年間に限定した経過措置を設ける。

また、報酬体系の機能別再編については、訪問介護の行為内容の調査研究を引き続き実施し、次期報酬改定に向けて一定の結論が得られるよう議論を行う。

(2) 訪問看護

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。

また、同一の事業所から同時に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。

さらに、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。

一方、訪問リハビリテーションの整備状況に地域差がある現状を踏まえ、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に係る運用の見直しを行い、それに伴って、主として理学療法士等による訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者の要件について一定の整理を行う。

(3) 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。

また、リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、本体報酬に包括化するとともに、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。

併せて、基本報酬については、医療保険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。

今後、さらに訪問リハビリテーションを拡充する方策について検討を行う。

(4) 居宅療養管理指導

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。

また、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、診療報酬との整合性を図る観点からその評価を見直すとともに、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。

4. 通所系サービス

(1) 通所介護

通所介護については、一定規模以上の事業所に対する評価の在り方について、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とするとの観点から、規模の設定及び評価を見直す。

また、通所介護が提供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。

(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。さらに、利用者のアクセスを向上し、医療から介護への移行をよりスムーズにするという観点から、診療報酬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医療機関については、通所リハビリテーション事業所としての指定があったものとみなす。

リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、月に1回の評価とし、短期集中リハビリテーション実施加算については、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。

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とともに、効率的な事業所経営を可能にする観点から、理学療法士等の人員配置基準については、1以上確保することを条件に利用者数に比例した常勤換算従業者数とし、併せて1人の従業者が対応できる利用者の上限について見直す。

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とするとの観点から、規模の設定及び評価を見直す。

(3) 療養通所介護

医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ在宅の中・重度の要介護者に対するサービスである療養通所介護事業所の経営の安定化を図り、安定的なサービスを提供する観点から、利用定員の見直しを行うとともに、専用の部屋の面積基準について、他のサービスの面積基準との均衡を考慮し、緩和する。

5. 短期入所系サービス

(1) 短期入所者生活介護

短期入所者生活介護については、基準を上回る夜勤職員の配置を評価するとともに、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。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。

(2) 短期入所療養介護

夜間や緊急の医療行為が必要な場合であっても対応できる有床診療所を活用することにより、サービス提供事業所を拡充する観点から、診療報酬において「診療所後期高齢者医療管理料」を算定している一般病床等における算定を可能とする。

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。

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

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いう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見直す。

また、医療との連携を強化する観点から、特定施設の看護職員と協力医療機関又は主治医との連携を評価する。

7. 福祉用具貸与・販売

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、都道府県、市町村の取組を支援する。

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

小規模多機能型居宅介護については、平成18年に創設された新しいサービスであり、高齢者の在宅における生活を支える重要な柱となるサービスとして、引き続き普及を図る必要がある。

その際、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円滑な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。

また、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。

なお、定額払いの方式の下で、適正なサービス提供を確保する観点から、サービスの提供が過少である場合については、評価の適正化を行う。

(2) 夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護については、利用者の確保等を通じた事業所の経営の安定確保を図る観点から、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。

9. 介護保険施設

介護保険施設については、「生活重視型の施設」又は「在宅復帰・在宅生活重視型施設」等として、医療保険との機能分担の明確化を図りつつ、各施設の特性に応じた機能の明確化・強化を図る。

(1) 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設については、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。

さらに、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、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。

なお、これらの評価にあたっては、比較的小規模な老人福祉施設について、実態調査の結果を踏まえ、その経営規模による影響に着目した介護報酬上の対応を行う。

また、外泊時費用について、介護老人保健施設等と同様に、評価の適正化を行う。

(2)介護老人保健施設

介護老人保健施設については、入所者の在宅復帰支援機能を強化する観点から、次の見直しを行う。

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。

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。

リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえて本体報酬に包括するとともに、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。加えて、介護老人保健施設における言語聴覚士の配置の実態を踏まえ、人員配置基準上、言語聴覚士を理学療法士及び作業療法士と同等に位置付ける。

また、事業の効率的な運営を可能とする観点から、支援相談員の人員配置基準について見直しを行う。

入所者を試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合に算定する試行的退所サービス費については、そ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。

外泊時費用については、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。

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。

また、「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転換前の医療機関の病床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が、転換の前後で全体のベッド数を変更することなく、病棟の一部を介護療養型老人保健施設に転換する場合、転換前後で夜間の看護・介護職員の配置職員数が増加することのないよう、夜間配置基準の特例を設ける。

(3) 介護療養型医療施設

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、理学療法（Ⅰ）及び作業療法について、医療保険における脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅲ）等と人員配置基準が同様であることを踏まえ、評価を見直す。併せて、リハビリテーションマネジメント加算及び短期集中リハビリテーション加算について、介護老人保健施設と同様の見直しを行う。

また、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については、診療報酬と同様に報酬体系の簡素化の観点から廃止する。

さらに、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。

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。

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）

グループホームについては、地域の認知症介護の拠点として、グループホームを退所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。

(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）

認知症短期集中リハビリテーションについては、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。

(3) 認知症の行動・心理症状への対応（短期入所系サービス）

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。

(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、通所系サービス、短期入所系サービス、入居系サービス、施設系サービスにおいて、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。

(5) 認知症に係る専門的なケアの評価（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、グループホームや介護保険施設において、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。なお、あわせて研修の質の確保のための検討を行う。

(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。

11. 栄養管理体制・栄養マネジメント加算等の見直しについて

管理栄養士又は栄養士の配置を評価した栄養管理体制加算については、そ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。

12. 口腔機能向上、栄養改善（栄養マネジメント）サービスの見直しについて

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、サービス提供に係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、栄養改善加算又は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。

また、サービスが必要な者に確実にサービスを提供する観点から、栄養改善（栄養マネジメント）加算、口腔機能向上加算について、対象者の基準を明確化する。

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。

一方、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、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が日常的な口腔清掃等のケアに係る技術的指導・助言等を行う場合に評価を行う。

13. 事業所評価加算の見直しについて

利用者の要支援状態の維持・改善を評価する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。

Ⅲ 今後の方向性について

以上、今回の介護報酬改定の基本的な考え方及び各サービスの報酬・基準見直しの基本的な方向性についてとりまとめた。当分科会としては、今回の介護報酬改定を通じて介護従事者の処遇改善に向けた取組が一層促進されるものと強く期待するものである。

次期の介護報酬改定に向かって、介護保険制度の持続可能性という視点とともに、サービス供給体制の計画的整備、介護人材の計画的養成・確保、医療と介護の連携・機能分担及び整合性、低所得者対策の在り方、報酬体系の簡素化など、介護サービスのあるべき方向性を踏まえ、検討を行っていくことが必要であり、その際の議論に資するよう、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、要介護者が自身の尊厳を保持しながら、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことのできる環境条件を一層整備していくためには、介護保険によるサービスに加えて、医療や地域における保険外の様々なサービスを適切に組み合わせて、利用できるような体制作りが求められる。したがって、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。

平成21年度介護報酬改定について

平成21年度介護報酬改定 (+3.0%改定)

処遇改善の取組への
総合支援策

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善

負担の大きな
業務への評価

専門性への評価・
介護従事者の定着促進

人件費の地域
差への対応

訪問系
サービス

サービス提供責任者の
業務への評価
認知症患者や独居高齢者
へのケアマネ業務の評価

・研修実施等の評価
・有資格者割合の評価

通所系
サービス

個別ニーズに応じた
対応への評価

・有資格者割合の評価
・一定以上の勤続年数者
割合の評価

施設系
サービス

夜勤業務への評価
看護体制の評価
重度化・認知症対応の
ための評価
看取り業務への評価

・有資格者割合の評価
・一定以上の勤続年数者
割合の評価
・常勤者割合の評価

地域毎の人件費を踏まえた見直し等

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

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にする観点から、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、国や自治体を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。

$$\left(\begin{array}{l} \text{(参考)} \\ \text{介護報酬改定率} \quad 3.0\% \\ \text{(うち、在宅分1.7\%、施設分1.3\%)} \end{array} \right)$$

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	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が 40%以上配置されていること。 ② 常勤職員が 60%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されていること。	①：500 単位/人・月 ②・③：350 単位/人・月
認知症対応型共同生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所生活介護 短期入所療養介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が 50%以上配置されていること。 ② 常勤職員が 75%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されていること。	①：12 単位/人・日 ②・③：6 単位/人・日

※1 訪問介護及び居宅介護支援については、特定事業所加算の見直しを行う。

※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%	→	45%
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		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%
人件費割合	60%	10.72円	10.60円	10.36円	10.18円	10円
	40%	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%
人件費割合	70%	11.05円	10.70円	10.42円	10.35円	10円
	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で開催すること。
- 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を開催すること。
- 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

早期かつ集中的なり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	⇒	退院・退所日又は認定日から起算して 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
(月2回目以降) 300 単位/回

⇒

薬局の薬剤師が行う場合
(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
月1回目又は2回目 550 単位/回
月3回目以降 300 単位/回

病院又は診療所の薬剤師が行う場合
385 単位/回 (月2回まで)

薬局の薬剤師が行う場合
月1回目 500 単位/回

⇒ 薬局の薬剤師が行う場合
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	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	350 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、

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

症患者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ない、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

※在宅復帰率が30%以上

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

{(要支援度の維持者数+改善者数×2) / 評価対象期間内(前年の1月~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} ≥ 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を超える場合にあつては、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。