

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、国や自治体が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（I） 3 単位／日
認知症専門ケア加算（新規） ⇒
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、通常の見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。^(※)。

※ 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。

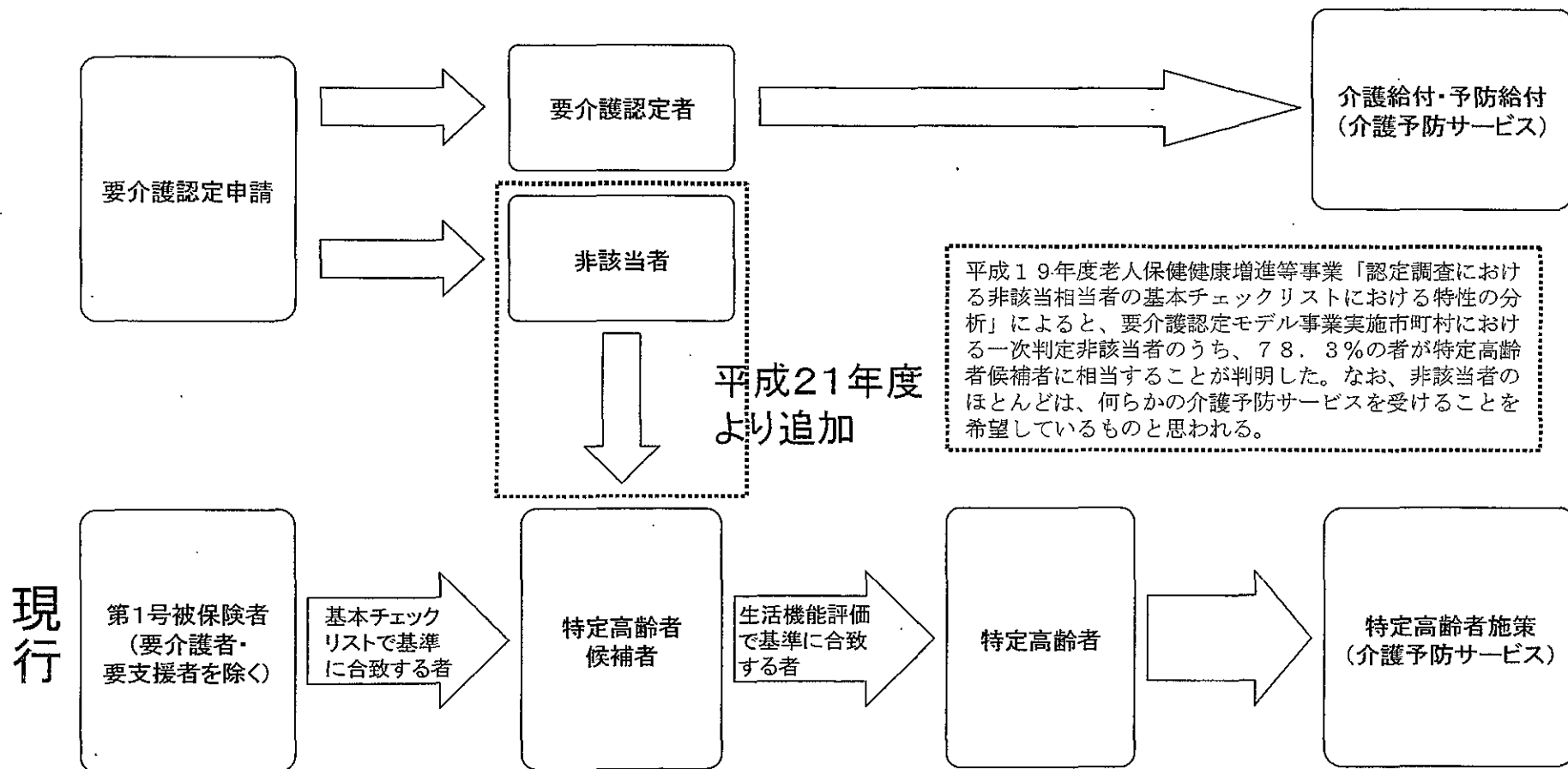
ただし、当年度に現に介護予防特定高齢者施策に参加し、特段の理由で生活機能評価を受けることができなかった場合に限り、当年度が終了するまでは特定高齢者であったこととする。(次年度当初からは、特定高齢者として取り扱わない。)

- ・ 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)。

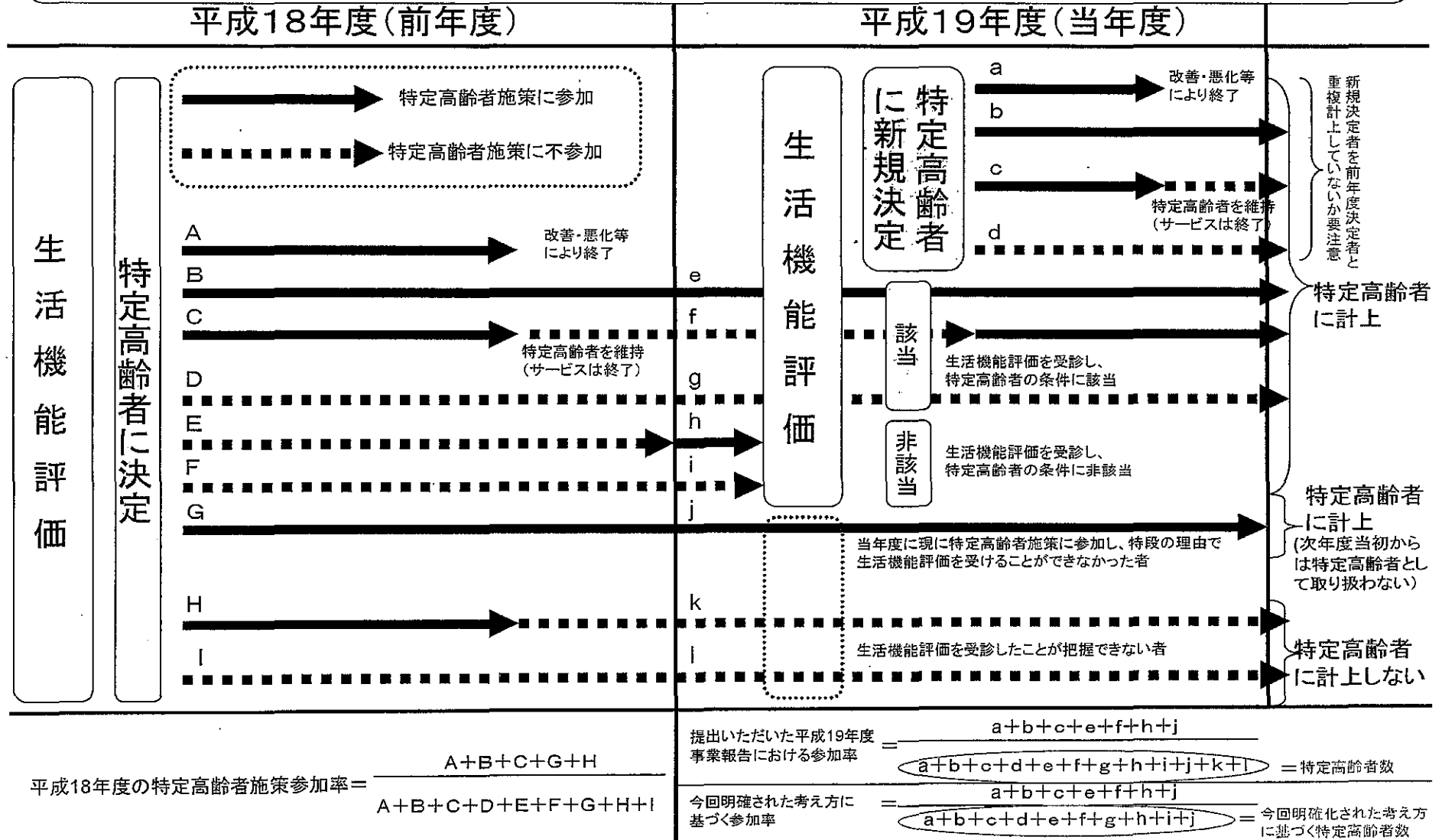
要介護認定非該当者を特定高齢者候補者とみなす取扱いについて

- 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)



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。