

平成18年度介護報酬等の改定について

—概要—

I 基本的な考え方

1. 改定をめぐる状況と改定率

- 平成18年度介護報酬改定においては、限られた財源を有効に活用するため、現行の各サービスの報酬・基準について、効率化・適正化の観点から見直しを行う必要がある。
また、今回は、介護保険法改正法等の施行に伴う制度的な見直しや診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分担・連携の明確化などの課題への対応が求められる。
- こうした状況や賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、介護事業経営の実態、保険財政の状況、平成17年度介護報酬改定等を踏まえ、制度の持続可能性を高め、保険料負担の上昇をできる限り抑制する観点から、全体で▲0.5%の介護報酬改定を行うものである。

(参考)

介護報酬改定率	▲0.5% [▲2.4%]
(内訳)	
在宅分	平均▲1%
	在宅軽度 平均▲5%
	在宅中重度 平均+4%
施設分	平均±0% [▲4%]
※ [] は平成17年10月改定分を含めた率。	

2. 基本的な視点

- 今回の改定では、高齢者の「尊厳の保持」と「自立支援」という介護保険の基本理念を踏まえ、次のような基本的な視点に基づき、各サービスの報酬・基準についての見直しを行う。

(1) 中重度者への支援強化

- サービスの充実が求められている中重度者、とりわけ、在宅中重度者について、各サービスの充実と在宅生活継続のための支援の強化を図る。また、施設や居住系サービスにおける重度化対応や終末期ケアへの対応を強化する。
さらに、難病やがん末期の患者の在宅介護ニーズへの対応など、専門的ケアの充実を図る。

(2) 介護予防、リハビリテーションの推進

- 予防給付として提供される介護予防サービスについては、軽度者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を構築し、目標指向型のサービス提供を徹底する観点から報酬・基準の設定を行う。
- また、リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点を重視した短期・集中的なサービス提供や、サービス提供過程（プロセス）重視の視点に立った評価を行う。

(3) 地域包括ケア、認知症ケアの確立

- 今後重要性を増す認知症ケアの充実や、施設から在宅へという基本的方向の中で、在宅生活の継続を支える環境づくりを進める。このため、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用するとともに、新たに創設される地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護等の推進、早めの住み替えに対応した居住系サービスの多様化などの見直しを行う。
- さらに、認知症ケアについては、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の質・機能の向上や認知症対応型通所介護、若年性認知症ケアなどの充実を図る。

(4) サービスの質の向上

- 利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組合せを多職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能し得るよう、プロセス重視の視点に立った見直しを行う。
- また、研修体系の見直し等を行い、サービス担当者の専門性の向上を図るとともに、施設等における利用者の生活・療養環境の改善を図る。
さらに、利用者との十分な意思疎通に基づく適切なケアマネジメントの実施を前提とし、サービスの質、機能などに応じ、プロセス、成果を積極的に評価する。
- 制度改正により情報公表の仕組みの導入や事業者規制の見直しが行われることを踏まえ、利用者の視点に立ったサービス情報の提供を推進するとともに、不適正な事業者を適切に排除する観点から、基準の明確化、指導・監査の徹底を図る。

(5) 医療と介護の機能分担・連携の明確化

- 今回の介護報酬改定が、診療報酬との同時改定であることも踏まえ、在宅及び施設における医療と介護の機能分担・連携の明確化を図る。このため、医療との連携が必要な要介護者への対応を強化する観点から、ケアマネジメントにおける主治医等との連携や在宅サービス提供体制の整備を進める。
- また、介護療養型医療施設については、療養病床の在り方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分担の明確化、さらに、介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて、利用者の実態にも留意しつつ、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図る。

Ⅱ 各サービスの報酬・基準の見直しの内容

1 介護予防サービス

- 介護予防サービスについては、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度者の状態に即した自立支援と「目標指向型」のサービス提供を推進する観点から、ケアマネジメントの徹底を図りつつ、報酬・基準の設定を行う。

また、要支援者に係る支給限度額については、介護予防サービスの報酬設定を踏まえ、適正化の観点から設定する。

(参考) 要支援者の支給限度額：要支援 1	4,970 単位／月
要支援 2	10,400 単位／月

(1) 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション

- 介護予防の観点から積極的な役割が期待される通所系サービスについては、日常生活上の支援などの「共通的服务」と、運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の「選択的サービス」に分け、それぞれについて月単位の定額報酬とする。また、目標の達成度に応じた事業所評価について、要支援度の維持・改善を指標として試行的に導入する。

ア 基本単位（共通的服务）

介護予防通所介護費（新規）	⇒	介護予防通所介護費	
		要支援 1	2,226 単位／月
		要支援 2	4,353 単位／月
介護予防通所 リハビリテーション費（新規）	⇒	介護予防通所リハビリテーション費	
		要支援 1	2,496 単位／月
		要支援 2	4,880 単位／月

※いずれも、送迎、入浴を基本単位に包括する。

イ 各種加算（選択的サービス等）

① 運動器機能向上加算

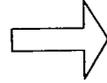
理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

運動器機能向上加算（新規）	⇒	225 単位／月
---------------	---	----------

②栄養改善加算

低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

栄養改善加算（新規）

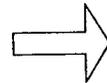


100 単位／月

③口腔機能向上加算

口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

口腔機能向上加算（新規）

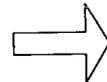


100 単位／月

④アクティビティ実施加算（介護予防通所介護のみ）

利用者に対して、計画的にアクティビティ（集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練をいう。）を実施した場合に加算する。

アクティビティ実施加算（新規）

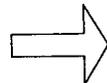


81 単位／月

⑤事業所評価加算

上記の①～③の加算の対象となる事業所について、試行的取組として、評価対象となる期間（原則として各年1月～12月までの期間）において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価期間の次年度における当該事業所のサービス提供につき加算する。

事業所評価加算（新規）



100 単位／月

（2）介護予防訪問介護

- 予防給付の訪問介護の対象者については、本人が自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族や地域による支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない場合について、適切なケアマネジメントに基づきサービスを提供するものとする。

- 予防給付の訪問介護サービスは、現行の訪問介護における身体介護・生活援助の区分を一本化するとともに、現行の時間別の評価を月単位の定額報酬とする。通院等乗降介助については、要支援者であることから、現行と同様、報酬上の評価は行わないこととする。

介護予防訪問介護費（新規）	→	介護予防訪問介護費（Ⅰ） ＜週1回程度の利用が必要な場合＞ 要支援1・要支援2 1,234 単位／月
		介護予防訪問介護費（Ⅱ） ＜週2回程度の利用が必要な場合＞ 要支援1・要支援2 2,468 単位／月
		介護予防訪問介護費（Ⅲ） ＜（Ⅱ）を超える利用が必要な場合＞ 要支援2 4,010 単位／月

（3）その他の介護予防サービス

- 介護予防支援については「3 居宅介護支援・介護予防支援」（P12）に、介護予防訪問入浴介護については「4 訪問系サービス」（P14）に、介護予防福祉用具貸与・販売については、「8 福祉用具貸与・販売」（P25）に記載。
- 上記以外の介護予防サービスの報酬の基本構造については、介護給付と同じとする。

2 地域密着型サービス

- 地域密着型サービスについては、住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするため、認知症ケアの充実を図り、地域に開かれた良質なサービス提供を確保する一方、小規模であるために高コスト、非効率なサービス提供とならないようにする観点から、報酬・基準の設定を行う。

（1）小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

- 中重度となっても住み慣れた自宅や地域において在宅生活を継続することを支える観点から、「通い」を中心として、利用者の様態や希望などに応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ提供するサービス類型とする。
- 指定基準については、柔軟な事業実施を可能とする観点から、人員設備等の基準を定めるとともに、地域に開かれた事業運営を確保するため、利用者の家族や地域の関係者等を含めた意見交換・運営点検のための「運営推進会議（仮称）」の設置や管理者等への研修受講の義務付け、外部評価等の実施などを定める。

※小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護の人員配置等について

(利用定員)

- 1 事業所当たりの登録定員 25名以下
- 「通い」の1日当たり定員 概ね15名以下
- 「泊まり」の1日当たり定員 概ね9名以下

(人員配置)

- 管理者(常勤) 1名(事業所内の他の業務との兼務可)
- 介護・看護職員
 - 日中: 通いの利用者3人に対して1名+訪問介護対応1名
 - 夜間: 泊まりと夜間の訪問介護対応のため2名(1名は宿直可)
- 介護支援専門員 1名(事業所内の他の業務との兼務可)

介護予防小規模多機能 型居宅介護費(新規) 小規模多機能型居宅 介護費(新規)	➔	要支援1	4,469 単位/月
		要支援2	7,995 単位/月
		経過的要介護	4,469 単位/月
		要介護1	11,430 単位/月
		要介護2	16,325 単位/月
		要介護3	23,286 単位/月
	要介護4	25,597 単位/月	
	要介護5	28,120 単位/月	

※小規模多機能型居宅介護を利用している間は算定できないサービス

(居宅サービス)

訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、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、特定施設入居者生活介護、居宅介護支援

(地域密着型サービス)

夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

※介護予防小規模多機能型居宅介護についても、上記と同様のサービスについて、算定することはできない。

(2) 夜間対応型訪問介護

- 夜間対応型訪問介護については、夜間において、①定期巡回の訪問介護サービス、②利用者の求めに応じた随時の訪問介護サービス、③利用者の通報に応じ調整・対応するオペレーションサービスを組み合わせ提供するサービス類型とし、これに対応した報酬体系を設定する。
- 報酬体系は、次の2つのタイプのいずれかの選択とする。
 - (I) オペレーションセンターを設置する場合
 - (II) (I) 以外の場合等

夜間対応型訪問 介護費（新規）	➡	夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）	
		基本夜間対応型訪問介護費	1,000 単位／月
		定期巡回サービス費	347 単位／回
		随時訪問サービス費（Ⅰ）	580 単位／回
		随時訪問サービス費（Ⅱ）	780 単位／回
		夜間対応型訪問介護費（Ⅱ）	2,760 単位／月

※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、市町村が独自に設定した指定基準において、サービスの質を確保するための特別な要件を課している場合等で、市町村からの申請に基づき厚生労働大臣が個別に認定した際には、当該市町村においては、通常よりも高い報酬を算定できることとする。（平成19年度～）

（3）認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

- 従来の①単独型及び②併設型に加え、認知症高齢者グループホーム等の共用スペースを活用して少人数（3名以下）を受け入れる類型を創設するとともに、①及び②については定員を10名から12名に拡大する。

介護予防認知症対応型 通所介護（Ⅱ）（新規） 認知症対応型通所介護（Ⅱ）（新規） ※認知症高齢者グループホーム等の共 用スペース等を活用する形態	➡	介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅱ）	
		認知症対応型通所介護費（Ⅱ）	
		〈6時間以上8時間未満の場合〉	
		要支援1	435 単位
		要支援2	460 単位
		経過的要介護	452 単位
		要介護1	469 単位
		要介護2	486 単位
		要介護3	503 単位
		要介護4	520 単位
		要介護5	537 単位

（4）認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

- 指定基準において、ケアの質の向上や地域に開かれた事業運営を確保する観点から、利用者の家族や地域の関係者等を含めた「運営推進会議（仮称）」の設置や管理者等への研修受講の義務付け、外部評価等の実施などの徹底を図る。
- また、火災など非常災害時における通報・連携体制や非常災害に際して必要となる設備の整備について、基準上明確化する。（※非常災害時の対策に係る運営基準の見直しは、訪問系以外の全サービスに共通。）

ア 基本単位

夜間においては夜勤を義務付け、これに伴う基本単位の見直しを行う。(現行の夜勤ケア加算は廃止。)

要介護1	796 単位	➔	要支援2	831 単位/日
要介護2	812 単位		要介護1	831 単位/日
要介護3	828 単位		要介護2	848 単位/日
要介護4	844 単位		要介護3	865 単位/日
要介護5	861 単位		要介護4	882 単位/日
			要介護5	900 単位/日

イ 短期利用共同生活介護費の創設 (ショートステイ利用)

一定の要件を満たしている事業所において、1つの共同生活住居(ユニット)につき定員の枠内で1名を限度として、あらかじめ30日以内の期間を定めてサービス提供を行った場合に算定する。

短期利用共同生活 介護費(新規)	➔	要支援2	861 単位/日
		要介護1	861 単位/日
		要介護2	878 単位/日
		要介護3	895 単位/日
		要介護4	912 単位/日
		要介護5	930 単位/日

ウ 医療連携体制加算の創設

グループホームの職員として又は訪問看護ステーション等との契約により看護師を1名以上確保し24時間連絡可能な体制としているとともに、入居者が重度化し看取りの必要が生じた場合等における対応の指針を定めて、入居の際に入居者又は家族等への説明・同意を行っているなど、健康管理・医療連携体制を強化している場合に算定する。

医療連携体制加算(新規)	➔	39 単位/日
--------------	---	---------

(5) 地域密着型特定施設入居者生活介護

- 地域密着型特定施設入居者生活介護については、効率的かつ地域に開かれた事業運営を確保する観点から基準を見直すとともに、それを踏まえた介護報酬の設定を行う。

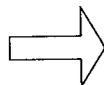
ア 基本単位

地域密着型特定施設 入居者生活介護費(新規)	➔	要介護度別に設定。 ※単位数は特定施設入居者生活介護費と同じ。
---------------------------	---	------------------------------------

イ 夜間看護体制加算の創設

医療ニーズへの対応の観点から、夜間における看護体制について、一定の要件を満たすものについて加算を行う。

夜間看護体制加算（新規）



10 単位／日

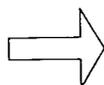
※算定要件については、特定施設入居者生活介護費における夜間看護体制加算と同じ。

（6）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護については、効率的かつ地域に開かれた事業運営を確保する観点から基準を見直すとともに、それを踏まえた介護報酬の設定を行う。

ア 基本単位

地域密着型介護福祉施設
サービス費（新規）



- (1)地域密着型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）
〔従来型個室〕
 - (2)地域密着型介護福祉施設サービス費（Ⅱ）
〔多床室〕
 - (3)ユニット型地域密着型介護福祉施設
サービス費（Ⅰ）〔ユニット型個室〕
 - (4)ユニット型地域密着型介護福祉施設
サービス費（Ⅱ）〔ユニット型準個室〕
- ※単位数は介護福祉施設サービス費と同じ。

※平成18年3月31日以前に指定介護老人福祉施設の指定を受けた定員26人以上29人以下の施設であって、地域密着型介護老人福祉施設の指定を受けたものと見なされたものについては、平成21年3月31日までの経過的な措置として、小規模介護福祉施設サービス費と同等の単位数を算定する。

イ 加算

加算の構成については、次のものを除き、介護福祉施設サービス費と同様とする。

小規模拠点集合型施設加算（新規）



50 単位／日

※同一敷地内に複数の居住単位を設けている場合であって、1つの居住単位が5人以下の場合に算定。

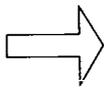
3 居宅介護支援・介護予防支援

- 介護給付の居宅介護支援については、業務に要する手間・コストの適正な反映、プロセスに応じた評価、公正中立、サービスの質の向上の観点から見直しを行う。また、予防給付の介護予防支援については、利用者の実態や給付管理業務の簡素化等を踏まえた報酬設定を行う。

(1) 居宅介護支援

ア 基本単位

要介護者のサービス利用状況や業務の実態を適切に反映した報酬体系とする観点から要介護度別の設定とする。また、標準担当件数について現行の50件を35件に引き下げる一方、標準担当件数を一定程度超過する場合の逓減制を導入する。

居宅介護支援費 850 単位/月		居宅介護支援費(Ⅰ)	
		<取扱件数が40件未満>	
		要介護1・2	1,000 単位/月
		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>	
		要介護1・2	600 単位/月
		要介護3・4・5	780 単位/月
		居宅介護支援費(Ⅲ)	
		<取扱件数が60件以上>	
要介護1・2	400 単位/月		
要介護3・4・5	520 単位/月		
経過的要介護居宅介護支援費(Ⅳ)			
経過的要介護	850 単位/月		

注①：取扱件数については、介護予防支援業務に係る受託を受けた場合には、当該件数に1/2を乗じて得た件数を含めて算定する。

注②：介護予防支援業務に係る受託は、介護支援専門員1人当たりにつき8人を限度とする旨、基準上明確化する。

※上記の注①について、既存事業者については、取扱件数の算定に当たっては、平成18年9月末までの間、介護予防支援に係る受託及び経過的要介護者の数を除く。

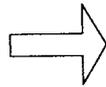
※上記の注②については、既存事業者については、平成18年10月から適用する。

イ 加算等

①初回加算の創設

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）の居宅介護支援費に加算する。また、退院・退所時には、より高い額を加算する。

初回加算（新規）



初回加算（Ⅰ）
<初回時>
250 単位／月
初回加算（Ⅱ）
<退院・退所時>
600 単位／月

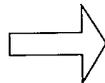
※算定要件

- 初回加算Ⅰ：①新規に居宅サービス計画を策定した場合
②要介護状態区分が2段階以上変更となった場合
- 初回加算Ⅱ：初回加算Ⅰの要件を満たしている場合であって、30日を超える入院・入所期間を経た後の退院・退所に当たって、病院・施設等と居宅サービス事業者との連携を図りつつ、居宅サービス計画を策定した場合。ただし、同一の利用者について前回の算定から6月間以上を経過していること。

②特定事業所加算の創設

中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所に加算する。

特定事業所加算（新規）



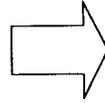
500 単位／月

※算定要件

- 過去3か月において次の要件を満たした事業所について算定できる。
- ・主任介護支援専門員である管理者を配置していること。（当分の間、介護支援専門員とし3年以上の経験を有し、一定の研修等を修了した者をあてる。）
 - ・常勤専従の介護支援専門員が3人以上配置されていること。
 - ・サービス提供に当たっての留意事項に関する伝達等の会議を定期的を開催していること。
 - ・利用者のうち、中重度者（要介護3～5）の占める割合が60%以上であること。
 - ・24時間緊急呼び出しに対応できる体制が確保されていること。
 - ・定期的に研修を実施し、又は外部の研修を受講させていること。
 - ・地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースを受託し、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。
 - ・減算要件に該当していないこと。
 - ・介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が35件を超えておらず、かつ介護予防支援業務の委託を受けていないこと。

③特定事業所集中減算の創設

特定事業所集中減算（新規）



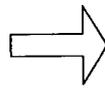
▲200 単位／月

※算定要件

正当な理由なく、当該事業所において前6月間に作成されたケアプランに位置付けられた居宅サービスのうち、訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が90%以上である場合に減算。ただし、当該事業所のケアプラン数が一定数以下である場合等一定の条件を満たす場合を除く。

④運営基準減算の見直し

運営基準減算



＜減算要件に該当した場合＞
基本単位数の70%を算定

＜上記減算が2か月以上継続している場合＞
基本単位数の50%を算定

※減算の要件

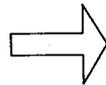
- ・ サービス担当者会議の開催又は担当者に対する照会を行っていない場合（ケアプランの新規作成、要介護更新認定、要介護区分の変更認定の場合には、サービス担当者会議の開催を条件とする。）
- ・ 居宅サービス計画原案を利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得た上で、計画を利用者及び担当者に交付していない場合
- ・ 特段の事情なく1か月に1度利用者の居宅を訪問して、利用者に面接しない場合
- ・ モニタリング結果を記録していない状態が1か月以上継続している場合

（2）介護予防支援

ア 基本単位

基本単位については、利用者の実態や給付管理業務の簡素化等を踏まえ、適正化の観点から報酬水準を設定する。

介護予防支援費（新規）

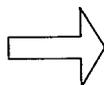


400 単位／月

イ 初回加算

新規に介護予防サービス計画を作成した場合の介護予防支援費に加算する。

初回加算（新規）



250 単位／月

4 訪問系サービス

(1) 訪問介護

ア 基本単位

介護給付の訪問介護については、予防給付と異なり、身体介護の割合が高いこと等を踏まえ、将来的な報酬体系の機能別再編を視野に入れつつ、当面は現行の身体介護・生活援助の区分を維持し、生活援助の長時間利用について適正化を図る。

生活援助		生活援助
(1)30分以上1時間未満(208単位)	➡	(1)30分以上1時間未満(208単位)
(2)1時間以上(291単位に30分を増すごとに+83単位)		(2)1時間以上(291単位)

イ 加算等

①特定事業所加算の創設

サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質の確保やヘルパーの活動環境の整備、中重度者への対応などを行っている事業所について加算する。

特定事業所加算(新規)	➡	特定事業所加算(Ⅰ) ＜体制要件、人材要件、重度対応要件のいずれにも適合する場合＞ 基本単位数の20%を加算
		特定事業所加算(Ⅱ) ＜体制要件、人材要件に適合する場合＞ 基本単位数の10%を加算
		特定事業所加算(Ⅲ) ＜体制要件、重度対応要件に適合する場合＞ 基本単位数の10%を加算

※算定要件

〈体制要件〉

- ①事業所のヘルパー(登録者を含む。以下同じ。)に対して計画的に研修(外部研修の受講を含む。)を実施。
- ②サービス提供責任者が、ヘルパーに対し、サービス提供前に文書等確実な方法により、利用者に関する情報等の伝達を行うとともに事後に報告を受けていること。
- ③ヘルパーの健康診断等を定期的実施。

〈人材要件〉

- ①事業所のヘルパーについて介護福祉士の割合が30%以上。
- ②サービス提供責任者の全てが5年以上の経験を有する介護福祉士。

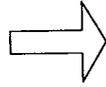
〈重度対応要件〉

当該事業所の訪問介護サービスの利用者(予防給付を含む。)のうち要介護4又は5の割合が20%以上

② 3級ヘルパー減算の見直し

(予防給付)

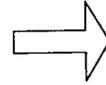
3級ヘルパー減算
基本単位数の90%を算定



基本単位数の80%を算定

(介護給付)

3級ヘルパー減算
基本単位数の90%を算定



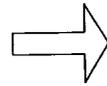
基本単位数の70%を算定

※ 3級ヘルパーに係る介護報酬の算定は、平成21年3月31日までとする。

(2) 訪問入浴介護

介護給付の訪問入浴介護については、現行と同様とする。予防給付の介護予防訪問入浴介護については、人員要件を緩和（介護職員を2名から1名に緩和）し、報酬水準を適正化する。

介護予防訪問入浴介護（新規）



854 単位/回

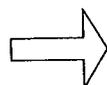
(3) 訪問看護

- 訪問看護については、24時間対応体制の強化、在宅ターミナルケアへの対応などの観点から、短時間訪問の評価や緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算の見直し等を行う。

ア 基本単位

早朝・夜間、深夜における短時間訪問（20分未満）の評価を創設するとともに、言語聴覚士による訪問についても算定対象とし、訪問時間に応じた評価とする。

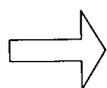
短時間訪問の評価（新規）



<指定訪問看護ステーションの場合>
20分未満（早朝・夜間、深夜のみ算定可）
285 単位/回

<病院又は診療所の場合>
20分未満（早朝・夜間、深夜のみ算定可）
230 単位/回

理学療法士又は作業療法士
が指定訪問看護を行った場
合 830 単位



理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
が指定訪問看護を行った場合
30 分未満 425 単位/回
30 分以上 1 時間未満 830 単位/回

イ 緊急時訪問看護加算

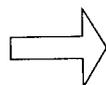
緊急時訪問看護加算を算定している利用者であって、医療機器等を使用している特別な管理が必要な状態の者（※）について、夜間帯に計画外の訪問を行った場合に、早朝・夜間、深夜加算が算定できるよう算定要件を見直す。

※特別管理加算を算定する状態の者

ウ ターミナルケア加算

現行の「前月訪問」要件を見直す一方、ターミナルケアのプロセスを重視する観点から算定要件を見直すとともに、在宅以外で24時間以内に死亡した場合も評価の対象とする。なお、本加算は、介護予防訪問看護においては算定しない。

ターミナルケア加算 1,200 単位/死亡月



変更なし

※算定要件

以下の全ての要件を満たした場合に算定できる。

①死亡前24時間以内のターミナルケアを実施していること。

②24時間連絡体制が確保された事業所であること。

③ターミナルケアの提供について訪問看護記録書に記録されていること（看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて、利用者及び家族の意向を把握し、アセスメント及び対応の経過が記録されていること等）

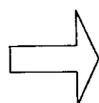
上記を全て満たし、在宅以外で24時間以内に死亡した利用者についても算定できる。

(4) 訪問リハビリテーション

- 訪問リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点から短期・集中的なサービス提供の評価を行う。

ア 基本単位

訪問リハビリテーション費
550 単位/日



訪問リハビリテーション費
500 単位/日

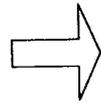
※言語聴覚士が訪問した場合も算定可
とする。

イ 加算等

①リハビリテーションマネジメント加算の創設

より効率的・効果的なリハビリテーションを実施する観点から、介護支援専門員を通じ、居宅サービスを担う他の事業所に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報の伝達を行うなど多職種協働の推進を評価する。

リハビリテーション
マネジメント加算（新規）

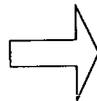


20 単位/日

②短期集中リハビリテーション実施加算の創設

退院・退所後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合に加算する。（現行の日常生活活動訓練加算は、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実施加算の創設に伴い廃止する。）

短期集中リハビリテーション
実施加算（新設）

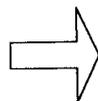


退院・退所日又は認定日から起算して
1月以内の場合 330 単位/日

退院・退所日又は認定日から起算して
1月超3月以内の場合 200 単位/日

〈※介護予防訪問リハビリテーションの場合〉

短期集中リハビリテーション
実施加算（新設）



退院・退所日又は認定日から起算して
3月以内の場合 200 単位/日

※算定要件

- ・短期集中リハビリテーション実施加算は、予防給付、介護給付のいずれにおいてもリハビリテーションマネジメント加算の算定を要件とする。
- ・予防給付、介護給付のいずれにおいても、集中的な訪問リハビリテーションとは、1週につきおおむね2日以上実施した場合をいう。

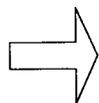
（5）居宅療養管理指導

- 居宅療養管理指導については、医師・歯科医師によるサービス担当者会議への参加や文書での情報提供の徹底、管理栄養士による在宅の低栄養者への多職種協働を踏まえた栄養ケア・マネジメントの評価、歯科衛生士による口腔機能の維持・向上指導等の強化等について評価の見直しを行う。

ア 医師・歯科医師による居宅療養管理指導

医師・歯科医師による居宅療養管理指導については、その機能としての「情報提供」と「指導・助言」のそれぞれの算定要件を明確化するとともに、「情報提供」を行わない場合には減算を行う。

①居宅療養管理指導費（Ⅰ）
500 単位／回



変更なし

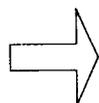
※指定居宅介護支援事業者等に対する情報提供が行われていない場合に 100 単位を減算

※算定要件

以下の要件を全て満たす場合に 1 月に 2 回を限度として算定できる。

- ・指定居宅介護支援事業者等に対して居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行っていること。
- ・利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行っていること。

②居宅療養管理指導費（Ⅱ）
290 単位／回



変更なし

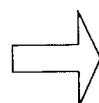
※算定要件

指定居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、1 月に 2 回を限度として算定できる。

イ 管理栄養士による居宅療養管理指導

管理栄養士による居宅療養管理指導については、通院・通所が困難な低栄養状態の在宅要介護者に対し、多職種協働により、栄養ケア計画の策定、計画に基づく栄養管理や定期的な評価・見直しの実施、家族、ヘルパー等への情報提供、助言の実施といった一連のプロセスを行う栄養ケア・マネジメントを新たに評価する。

管理栄養士が行う場合
530 単位／回



変更なし

※算定要件

以下の基準のいずれにも適合する事業所の管理栄養士が、利用者の居宅を訪問し、栄養管理に係る情報提供又は指導若しくは助言を行った場合に、1 月に 2 回を限度として算定できる。

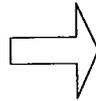
- ①低栄養状態にあると医師が診断した者に対して、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能や食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ②栄養ケア計画に従い栄養管理を行うとともに、利用者又はその家族等に対して、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行い、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ③栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画の見直しを行っていること。

ウ 歯科衛生士等による居宅療養管理指導

歯科衛生士等による機動的な訪問が行えるよう、歯科衛生士等が訪問できる場合として、歯科医師の訪問診療の日から3月以内とする一方、指導内容の充実を図るとともに、初回加算の廃止や回数制限により報酬水準の適正化を図る。

歯科衛生士が行う場合

- (一)月の1回目の算定の場合 550 単位/回
- (二)月の2回目以降の算定の場合 300 単位/回



歯科衛生士が行う場合

350 単位/回

※算定要件

以下の基準のいずれにも適合する事業所の歯科衛生士、保健師又は看護職員が、訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問し、実地指導を行った場合に、1月に4回を限度として算定できる。

- ①居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断した者に対して、歯科医師、歯科衛生士等が共同して、利用者ごとの口腔衛生状態や摂食・嚥下機能に配慮した管理指導計画を作成していること。
- ②管理指導計画に従い、療養上必要な指導として、利用者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導を行っているとともに、利用者、その家族等に対して実地指導に係る情報提供及び指導又は助言を行い、定期的に記録していること。
- ③管理指導計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画の見直しを行っていること。

エ 薬剤師による居宅療養管理指導

医療保険との整合性の観点から、がん末期の患者について1月当たりの算定限度を8回にする等の見直しを行う。

5 通所系サービス

- 介護給付の通所系サービスについては、予防給付と異なり、一定時間高齢者を預かり家族の負担の軽減を図る機能も有していること等を踏まえ、現行の時間単位の体系を維持しつつ、機能に応じた評価を行う。

(1) 基本単価

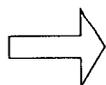
基本単価においては、軽度者と重度者の報酬バランスを見直すとともに、規模に応じた報酬設定（通所介護は3段階、通所リハビリテーションは2段階）とする。また、送迎加算を基本単価に包括するとともに、入浴加算は一本化する。

ア 通所介護

単独型通所介護費

〈6時間以上8時間未満の場合〉

要支援	572 単位
要介護1・2	709 単位
要介護3～5	1,006 単位



小規模事業所の場合

※前年度の1月当たり平均利用延人員（要支援を含む。以下同じ。）が300人以内の事業所の場合

〈6時間以上8時間未満の場合〉

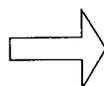
経過的要介護	707 単位
要介護1	790 単位
要介護2	922 単位
要介護3	1,055 単位
要介護4	1,187 単位
要介護5	1,320 単位

※送迎を基本単位に包括。

併設型通所介護費

〈6時間以上8時間未満の場合〉

要支援	482 単位
要介護1・2	614 単位
要介護3～5	903 単位



通常規模型事業所の場合

※前年度の1月当たり平均利用延人員が300人を超える事業所の場合

〈6時間以上8時間未満の場合〉

経過的要介護	608 単位
要介護1	677 単位
要介護2	789 単位
要介護3	901 単位
要介護4	1,013 単位
要介護5	1,125 単位

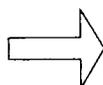
※送迎を基本単位に包括。

- 前年度の1月当たり平均利用延人員が900人超の場合は、上記の単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。

イ 通所リハビリテーション

〈6時間以上8時間未満の場合〉

要支援	563 単位
要介護1・2	699 単位
要介護3～5	972 単位



〈6時間以上8時間未満の場合〉

経過的要介護	591 単位
要介護1	688 単位
要介護2	842 単位
要介護3	995 単位
要介護4	1,149 単位
要介護5	1,303 単位

※送迎を基本単位に包括。

- 前年度の1月当たり平均利用延人員が900人超の場合は、上記の単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。

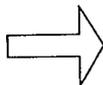
(2) 加算

(通所介護・通所リハビリテーション共通)

ア 栄養マネジメント加算の創設

低栄養状態にある者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

栄養マネジメント加算（新規）



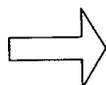
100 単位／回

※月 2 回まで。原則 3 か月

イ 口腔機能向上加算の創設

口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

口腔機能向上加算（新規）



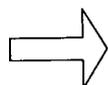
100 単位／回

※月 2 回まで。原則 3 か月

ウ 若年性認知症ケア加算の創設

若年性認知症の利用者を対象に、高齢者とはサービス提供単位を区分して利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に加算する。

若年性認知症ケア加算（新規）



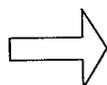
60 単位／日

エ 入浴加算の見直し

入浴介助加算 44 単位／回

特別入浴介助加算

65 単位／回



入浴介助加算 50 単位／回

(通所介護)

オ 個別機能訓練加算（機能訓練体制加算の見直し）

個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、現行の機能訓練体制加算（27 単位／日）の算定要件を見直し、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供を行った場合に加算する。

(通所リハビリテーション)

カ リハビリテーションマネジメント加算の創設

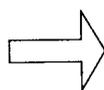
現行の個別リハビリテーション加算を見直し、個別のリハビリテーション実施計画の策定等の一連のリハビリテーションプロセスを実施するとともに、介護支援専門員を通して、居宅サービスを担う他の事業所に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報の伝達を行うなど多職種協働の推進を行った場合に加算する。

キ 短期集中リハビリテーション実施加算の創設

退院・退所直後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的に、リハビリテーションを実施した場合に加算する。

個別リハビリテーション加算

退院・退所後又は認定日
1年以内 130 単位/日
退院・退所後又は認定日
1年超 100 単位/日



リハビリテーションマネジメント加算

20 単位/日

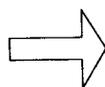
短期集中リハビリテーション実施加算

退院・退所後又は認定日
1月以内 180 単位/日
退院・退所後又は認定日
1月超3月以内 130 単位/日
退院・退所後又は認定日
3月超 80 単位/日

(3) 療養通所介護費の創設

難病やがん末期の要介護者など、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等の通所ニーズに対応する観点から、医療機関や訪問看護サービス等との連携体制や安全かつ適切なサービス提供のための体制を強化した通所サービスの提供について、報酬上の評価を創設する。

療養通所介護費（新規）



- (1) 3時間以上6時間未満
1,000 単位/日
- (2) 6時間以上8時間未満
1,500 単位/日

※定員は5名以内とする。

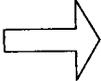
6 短期入所系サービス

- 短期入所系サービスについては、緊急ニーズに対応するための事業者間のネットワーク体制の構築や虐待ケースへの対応、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等への対応の観点から、報酬上の評価の見直しを行う。

(1) 短期入所系サービス共通

ア 緊急短期入所ネットワーク加算の創設

緊急的な短期入所利用に対応するため、複数の短期入所事業者が連携して調整窓口の明確化や24時間相談可能な体制を確保等を行った場合に加算する。

緊急短期入所ネットワーク加算（新設）  50 単位／日

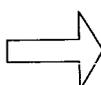
イ 虐待等のケースへの対応

虐待等のケースについては、災害時における超過定員と同様の取扱い（定員超過の上限を定めない）とする。

(2) 短期入所療養介護

○ 日帰り利用の創設

難病やがん末期の要介護者など、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等の生活の質の向上、家族等の介護負担の軽減等の観点から、短期入所療養介護において日帰り利用を行った場合を評価する。

特定短期入所療養介護費（新設）  760 単位／日

(3) 短期入所生活介護

○ 在宅中重度加算の創設

短期入所生活介護事業所において、夜間帯に看護職員を配置するなど、医療機関等との連携を図りつつ、施設における看護体制の強化を図った場合の加算を創設する。

また、訪問看護サービスを利用している在宅の中重度者が、短期入所の場においても、なじみの訪問看護師からサービス提供が受けられる体制を確保した場合の加算を創設する。

夜間看護体制加算（新設）  10 単位／日

在宅中重度者受入加算（新設）  425 単位／日
(夜間看護体制加算を算定している場合は 415 単位／日)

※算定要件

○夜間看護体制加算

次の全ての要件を満たした場合に算定できる。

- ①常勤の看護師（※平成19年3月31日までの間は看護職員でも可。）を1名以上配置し、看護責任者を定めていること。
- ②看護職員により、又は医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること。

○在宅中重度者受入加算

短期入所生活介護事業所において、利用者が利用している訪問看護事業所に、短期入所サービスとして健康上の管理等を行わせた場合に算定できる。

7 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、軽度者と重度者の報酬水準のバランスを見直すとともに、特定施設の範囲の見直し、早めの住み替えに対応した外部サービス利用型のサービス形態の導入を行う。養護老人ホームについても外部サービス利用型の仕組みを活用できるようにする。

(1) 基本単位

軽度者と重度者の報酬水準のバランスを見直すとともに、高齢者専用賃貸住宅のうち十分な居住水準を満たすものへの適用を行う。

特定施設入所者生活介護費			特定施設入居者生活介護費及び 介護予防特定施設入居者生活介護費	
要支援	238 単位/日	➔	要支援1	214 単位/日
要介護1	549 単位/日		要支援2	494 単位/日
要介護2	616 単位/日		経過的要介護	214 単位/日
要介護3	683 単位/日		要介護1	549 単位/日
要介護4	750 単位/日		要介護2	616 単位/日
要介護5	818 単位/日		要介護3	683 単位/日
			要介護4	750 単位/日
			要介護5	818 単位/日

(2) 加算

○夜間看護体制加算の創設

医療ニーズへの対応の観点から、夜間における看護体制について、一定の要件を満たすものについて、加算を行う。

夜間看護体制加算（新規）	➔	10 単位/日
--------------	---	---------

※算定要件

次の全ての要件を満たした特定施設（外部サービス利用型の特定施設を除く。）について算定できる。

- ・常勤の看護師（※平成19年3月31日までの間は看護職員でも可。）を1名以上配置し、看護責任者を定めていること。
- ・看護職員により、又は医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること。
- ・重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者、その家族等への説明を行い、同意を得ていること。

(3) 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費の創設

○ 特定施設入居者生活介護費の類型として、

- ①生活相談や介護サービス計画の策定、安否確認の実施は、特定施設の従事者が実施し、
- ②介護サービスの提供については、当該特定施設が外部サービス提供事業者と契約することにより提供する、新たなサービス類型を創設する。

<基本部分>

介護給付 84 単位/日
予防給付 63 単位/日

<出来高部分/介護給付>

イ 訪問介護

・身体介護 90 単位/15分

(1時間30分以上の場合、540単位に15分増すごとに+37単位)

・生活援助 45 単位/15分 (1時間30分までの評価)

・通院等乗降介助 90 単位/1回

ロ 他の訪問系サービス及び通所系サービス

通常の各サービスの基本部分の単位の90/100の単位

ハ 指定福祉用具貸与

貸与額を適用 (対象品目・対象者も通常のサービスと同様)

<出来高部分/予防給付>

イ 訪問系サービス及び通所系サービス

通常の各サービスの基本部分の単位の90/100の単位

ロ 指定福祉用具貸与

貸与額を適用 (対象品目・対象者も通常のサービスと同様)

<限度額：基本部分+出来高部分の限度額とする。>

経過的要介護 6,505 単位/月

要介護1 16,689 単位/月

要介護2 18,726 単位/月

要介護3 20,763 単位/月

要介護4 22,800 単位/月

要介護5 24,867 単位/月

※予防給付は、居宅サービスの区分支給限度額を適用。

※算定要件

- ・基本部分は、特定施設の職員による特定施設サービス計画の作成、利用者の安否の確認、利用者の生活相談等の業務について算定する。
- ・訪問介護・介護予防訪問介護は、3級課程の訪問介護員によるサービス提供を除く。訪問看護・介護予防訪問看護は、保健師、看護師等によるサービス提供に限る。
- ・介護予防通所介護・通所リハビリテーションは、選択的サービスの部分（運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上）の加算を可能とする（加算額は通常の介護予防通所介護・通所リハビリテーションの加算額の90/100）。

(4) 養護老人ホームにおける特定施設入居者生活介護サービス

養護老人ホームにおいて、「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費」を活用できることとする。

8 福祉用具貸与・販売

○ 要支援者（要支援1・要支援2）及び要介護1の者に対する福祉用具の貸与については、要支援者の自立支援に十分な効果を上げる観点から、現行の「福祉用具の選定の判断基準」を踏まえつつ、その状態像から見て利用が想定しにくい次の品目については、一定の例外となる者（※）を除き保険給付の対象としないこととする。（既に福祉用具貸与を受けている利用者に対しては、平成18年4月1日から6月間の経過措置を置く。）

- ・特殊寝台（付属品を含む）
- ・車いす（付属品を含む）
- ・床ずれ防止用具及び体位変換器
- ・認知症老人徘徊感知器
- ・移動用リフト

※例外となる者の範囲については別に告示で定める。

〈特殊寝台の場合〉

次のいずれかに該当する者

- ・日常的に起きあがり困難な者
- ・日常的に寝返りが困難な者

(注)「起きあがり」「寝返り」等の判断については、要介護認定データを活用して客観的に判断。

9 介護保険施設

- 介護保険施設については、ユニット型個室と多床室との報酬水準の見直しなど平成17年度介護報酬改定に関連した課題への対応、経営状況等を踏まえた見直しを行う。
- また、介護保険施設の将来像としては、医療保険との機能分担の明確化を図りつつ、「生活重視型の施設」又は「在宅復帰・在宅生活支援重視型施設」への集約を図る。こうした将来像を踏まえ、18年度改定においては、中重度者への重点化、在宅復帰支援機能の強化、サービスの質の向上等の観点から見直しを行う。

(1) 各施設共通事項

ア 基本単位の見直し

平成17年度介護報酬改定における答申を踏まえ、ユニット型個室と多床室との報酬設計のバランス、施設の経営状況等を踏まえた報酬水準の見直しを行う。

※ 上記に伴い、ユニット型個室に係る社会福祉法人軽減の特例は廃止。

【介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)】

① ユニット型介護福祉施設サービス費 (ユニット型個室・ユニット型準個室)

要介護1	641 単位/日	➡	要介護1	657 単位/日
要介護2	688 単位/日		要介護2	728 単位/日
要介護3	736 単位/日		要介護3	798 単位/日
要介護4	784 単位/日		要介護4	869 単位/日
要介護5	831 単位/日		要介護5	929 単位/日

② 介護福祉施設サービス費 (多床室)

要介護1	659 単位/日	➡	要介護1	639 単位/日
要介護2	730 単位/日		要介護2	710 単位/日
要介護3	800 単位/日		要介護3	780 単位/日
要介護4	871 単位/日		要介護4	851 単位/日
要介護5	941 単位/日		要介護5	921 単位/日

【介護保健施設（老人保健施設）】

① ユニット型介護保健施設サービス費（ユニット型個室・ユニット型準個室）

要介護 1	689 単位/日	➡	要介護 1	784 単位/日
要介護 2	738 単位/日		要介護 2	833 単位/日
要介護 3	791 単位/日		要介護 3	886 単位/日
要介護 4	845 単位/日		要介護 4	940 単位/日
要介護 5	898 単位/日		要介護 5	993 単位/日

② 介護保健施設サービス費（多床室）

要介護 1	801 単位/日	➡	要介護 1	781 単位/日
要介護 2	850 単位/日		要介護 2	830 単位/日
要介護 3	903 単位/日		要介護 3	883 単位/日
要介護 4	957 単位/日		要介護 4	937 単位/日
要介護 5	1010 単位/日		要介護 5	990 単位/日

【介護療養型医療施設（病院・診療所）】

① ユニット型療養型介護療養施設サービス費（ユニット型個室・ユニット型準個室）

要介護 1	690 単位/日	➡	要介護 1	785 単位/日
要介護 2	800 単位/日		要介護 2	895 単位/日
要介護 3	1038 単位/日		要介護 3	1133 単位/日
要介護 4	1139 単位/日		要介護 4	1234 単位/日
要介護 5	1230 単位/日		要介護 5	1325 単位/日

② 療養型介護療養施設サービス費（I）（多床室）

要介護 1	802 単位/日	➡	要介護 1	782 単位/日
要介護 2	912 単位/日		要介護 2	892 単位/日
要介護 3	1150 単位/日		要介護 3	1130 単位/日
要介護 4	1251 単位/日		要介護 4	1231 単位/日
要介護 5	1342 単位/日		要介護 5	1322 単位/日

イ ユニット型施設に関する基準等の見直し

質の高い個別ケアを推進する観点から、ユニット型施設の人員配置等について基準上の明確化を行うとともに、これを満たしていない場合は、基本単価を 97/100 で算定する。

※基準

- ・日中においては、ユニット毎に常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
- ・夜間及び深夜においては、2 ユニット毎に 1 人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
- ・ユニット毎に常勤のユニットリーダーを配置すること。

ウ 経口維持加算の創設

現行の経口移行加算を見直し、経口で食事が摂取できるものの摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者に対し、多職種協働により摂食・嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成し、計画に従い特別な管理を行う場合に加算する。

経口移行加算 経管栄養の者・著しい誤嚥が認められる者を対象 28 単位/日 (算定は原則180日まで)	➡	経口移行加算 経管栄養の者を対象 経口維持加算 I 著しい誤嚥が認められる者を対象 28 単位/日 II 誤嚥が認められる者を対象 (新設) 5 単位/日 (算定は原則180日まで)
--	---	--

※経口維持加算Ⅱの算定要件

- ・経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められるもの(水飲みテスト等による医師の確認が必要)を対象とし、以下の基準に適合していること。
- ・入院患者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていること。
- ・誤嚥等によるリスクの管理体制が適切に整備されていること。
- ・食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がなされていること。
- ・上記を多職種協働により実施するための体制が施設において構築されていること。

エ 在宅復帰支援機能の強化

退所後の在宅生活について本人・家族等の相談支援を行うとともに、居宅介護支援事業者や主治医との連携を図るなど、在宅復帰支援を積極的に行い、かつ、一定割合以上の在宅復帰を実現している施設について加算を創設する。

在宅復帰支援機能加算(新設)



10 単位/日

オ サービスの質の確保

① 感染症管理体制の強化

介護保険施設における感染症管理体制の徹底を図る観点から、感染症への対応方策を基準上明確化する。

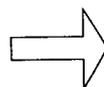
② 介護事故に対する安全管理体制の強化

介護老人福祉施設及び介護老人保健施設について、介護事故に対する安全管理体制の確保を基準上明確化する。

③ 身体拘束廃止に向けた取組みの強化

身体拘束については、現行基準上、原則として行ってはならず、例外的に行う場合においても理由等の記録を行うことが義務付けられているが、こうした基準を満たしていない場合には減算する。

身体拘束廃止未実施減算（新設）



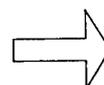
▲5 単位 / 日

(2) 介護老人福祉施設

ア 重度化対応加算の創設

入所者の重度化等に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、看護師の配置と夜間における24時間連絡体制の確保、看取りに関する指針の策定などの一定の要件を満たす場合に加算する。

重度化対応加算（新設）



10 単位 / 日

※算定要件

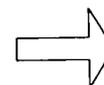
次の全ての要件を満たした場合に算定できる。

- ・常勤の看護師（※平成19年3月31日までの間は看護職員でも可。）を1名以上配置し、看護責任者を定めていること。
- ・看護職員により、又は医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること。
- ・看取りに関する指針を策定し、入所の際に、入所者、家族等への説明を行い、同意を得ていること。
- ・看取りに関する職員研修を行っていること。
- ・看取りのための個室を確保していること。

イ 準ユニットケア加算の創設

ユニット型施設に準ずるケア（12人程度の小グループ単位でのケア、プライバシーに配慮した居室、ユニット型施設と同等の人員配置等）を行っている従来型施設について加算する。

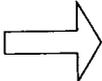
準ユニットケア加算(新設)



5 単位 / 日

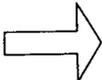
ウ 看取り介護加算の創設

アの加算を算定している施設で、医師が終末期にあると判断した入所者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、死亡前30日を限度として、死亡月に加算する。

看取り介護加算(新設)		<施設・居宅で死亡>	160 単位/日
		<上記以外で死亡>	80 単位/日

エ 在宅・入所相互利用加算の創設

在宅生活を継続する観点から、在宅と施設それぞれの介護支援専門員が利用者に関する情報交換を十分に行いつつ、複数の利用者が在宅期間及び入所期間(入所期間については3か月を限度。)を定めて、介護老人福祉施設の同一の個室を計画的に利用する場合に加算する。

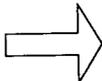
在宅・入所相互利用加算(新設)		30 単位/日
-----------------	---	---------

(3) 介護老人保健施設

ア 試行的退所サービス費の創設

入所者であって退所が見込まれる者が、在宅において試行的に訪問介護等のサービスを利用する場合に、当該期間、施設サービス費に代えて算定する試行的退所サービス費を創設する(1月につき6日を限度)。

※ 施設はこのサービス費の範囲内で、訪問介護事業所等と契約して在宅サービス提供を行う。

試行的退所サービス費(新設)		800 単位/日
----------------	---	----------

イ サテライト型老人保健施設サービス費の創設

地域の中に立地し、在宅に近い生活環境の下で在宅復帰の支援を行う小規模(29人以下)の老人保健施設について、基準の緩和等を図りつつ、報酬上評価する。

※ 単位数は、介護老人保健施設と同じ。

※ 算定は180日を限度とする。

ウ リハビリテーション機能加算の見直し

現行のリハビリテーション機能強化加算を見直し、個別のリハビリテーション計画の策定等の一連のリハビリテーションプロセスを実施するとともに、多職種協働による短期・集中的なリハビリテーションを評価する。

リハビリテーション機能強化加算 30 単位/日	⇒	リハビリテーションマネジメント加算 25 単位/日 短期集中リハビリテーション実施加算 (入所後 3 か月以内) 60 単位/日
-------------------------	---	---

エ 認知症ケアの見直し

① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

軽度の認知症の入所者に対して在宅復帰に向けた生活機能の回復を目的として実施される短期集中的な個別リハビリテーションを実施した場合に加算する。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (新設)	⇒	(入所後 3 か月以内) 60 単位/日
---------------------------	---	-------------------------

② 認知症専門棟加算の見直し

ユニットケアの普及等を踏まえ、算定要件について、施設・設備を中心とした従来の要件から、個別ケアの実施へと見直す。

認知症専門棟加算 76 単位/日	⇒	算定要件に個別ケアの要件を追加
------------------	---	-----------------

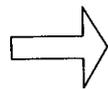
(4) 介護療養型医療施設

ア リハビリテーションの見直し(特定診療費)

① リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算の創設

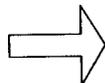
現行の「リハビリテーション計画加算」、「日常動作訓練指導加算」を見直し、個別のリハビリテーション実施計画の策定等、一連のリハビリテーションプロセスの実施や、多職種協働による短期・集中的なリハビリテーション等を評価する。

リハビリテーション計画加算
480 単位／月
日常動作訓練指導加算
300 単位／月



リハビリテーション
マネジメント加算 25 単位／日
短期集中リハビリテーション実
施加算（入所後 3 ヶ月以内）
60 単位／日

リハビリテーション体制強
化加算※（新設）



35 単位／回

※算定要件

理学療法Ⅰ、作業療法又は言語聴覚療法を算定している施設が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上加配した場合に算定できる。

② 理学療法、作業療法、言語聴覚療法の見直し

維持期のリハビリテーションの特性に応じた体制等を評価する観点から理学療法（Ⅰ）、作業療法（Ⅰ）、言語聴覚療法（Ⅰ）を廃止し、報酬区分を見直す。

（理学療法）

理学療法（Ⅰ） 250 単位／1 回
理学療法（Ⅱ） 180 単位／1 回
理学療法（Ⅲ） 100 単位／1 回
理学療法（Ⅳ） 50 単位／1 回



（廃止）

理学療法（Ⅰ） 180 単位／1 回
理学療法（Ⅱ） 100 単位／1 回
理学療法（Ⅲ） 50 単位／1 回

（作業療法）

作業療法（Ⅰ） 250 単位／1 回
作業療法（Ⅱ） 180 単位／1 回

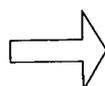


（廃止）

作業療法 180 単位／1 回

（言語聴覚療法）

言語聴覚療法（Ⅰ） 250 単位／1 回
言語聴覚療法（Ⅱ） 180 単位／1 回



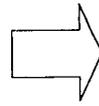
（廃止）

言語聴覚療法 180 単位／1 回

③ 療養環境の改善

療養環境減算については、減算率を拡大するとともに、一定の療養環境を満たさない施設については、現行の経過措置を廃止する。

		(指定対象からはずす時期)
療養病床療養環境減算Ⅰ	▲ 15 単位	▲ 25 単位
療養病床療養環境減算Ⅱ	▲ 75 単位	▲ 85 単位 (平成20年4月)
療養病床療養環境減算Ⅲ	▲ 105 単位	▲ 115 単位 (平成19年4月)
診療所療養病床療養環境減算Ⅰ	▲ 50 単位	▲ 60 単位 (平成20年4月)
診療所療養病床療養環境減算Ⅱ	▲ 90 単位	▲ 100 単位 (平成19年4月)



ウ 医療保険との機能分担、医療法改正に伴う見直し

① 重度療養管理加算の見直し

医療保険との機能分担を図る観点から、常時医学的な管理が必要な状態にある者に対する加算である重度療養管理加算（120 単位／日）については、平成21年3月31日をもって廃止する。

② 老人性認知症疾患療養病床の見直し

医療法改正による精神病床の看護配置の見直しに係る経過措置が終了することに伴い、看護配置の評価の見直しを行う。

(指定基準に係るその他の主な見直しの内容)

介護予防サービス

(1) 介護予防訪問介護入浴

- 人員基準上、介護職員を1以上とする。それ以外の基準は、現行の居宅サービスの基準と同様とする。

(2) 介護予防支援

- 人員の基準に保健師等の担当職員を位置付け、公正中立かつ利用者の自立に向けた目標指向型の計画を策定するよう規定する。

居宅サービス

(1) 共通事項

- 非常災害への対策として、必要な設備を設けること、通報及び連携体制を整備すること等の所要の規定を追加する。(訪問系サービス以外の全てのサービス類型に共通)

(2) 訪問介護

- サービス提供責任者の責務を明確にする改正を行う。

(3) 訪問看護

- 訪問看護ステーションの人員の基準に、言語聴覚士を追加する。

(4) 訪問リハビリテーション

- 人員の基準に、言語聴覚士を追加する。

(5) 居宅療養管理指導

- 医師又は歯科医師の行う指定居宅療養管理指導の方針として、指定居宅介護支援事業者に対する情報提供については、原則としてサービス担当者会議に参加し行うこととすること、参加ができない場合には、原則として文書により行うこと等の規定を追加する。

(6) 通所介護

- 医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等を対象とした「指定療養通所介護」に関する基準を新たに設ける。

(7) 短期入所療養介護

- 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院の事業所における看護職員の人員配置に関する経過措置を規定どおり平成18年2月28日までとする。
- 介護報酬上の療養環境減算のそれぞれの廃止に対応して、設備基準に関する経過措置を改正する。

(8) 特定施設入居者生活介護

- 特定施設サービス計画の作成、利用者の安否の確認、利用者の生活相談等から行い、介護サービスは他の委託事業者が提供する「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」に関する基準を新たに設ける。

(9) 福祉用具貸与

- 居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由が記載され、当該理由について定期的に検証されるよう、必要な措置を行うことの規定を追加する。

(10) 特定福祉用具販売

- 新たに指定基準を創設し、適切な福祉用具の選定が行われるよう人員の基準に福祉用具専門相談員を位置付ける。

居宅介護支援

- 介護支援専門員1人当たりの標準担当件数を50件から35件に改正する。
- 居宅サービス計画を新規に作成した場合等については、原則としてサービス担当者会議を開催するよう改正を行う。
- 管理者を介護支援専門員でなければならないこととする。(既存事業所については、施行後1年間は介護支援専門員でない者を充てることのできる旨の経過措置を置く。)

介護保険施設

(1) 三施設共通

- 感染症対策体制の徹底、介護事故発生の防止、褥瘡の防止等、施設サービスの質を向上させるため、運営基準に所要の規定を追加する。

○ユニット型施設について、質の高い個別ケアを推進する観点から、職員配置基準について所要の規定を追加する。

(2) 介護老人福祉施設

○医師、生活相談員、介護支援専門員及び管理者について、サテライト型居住施設との連携に対応した所要の規定を整備する。

(3) 介護老人保健施設

○在宅復帰支援型介護老人保健施設（小規模介護老人保健施設）の人員・施設等の基準について所要の緩和措置を規定する。

○病床転換による介護老人保健施設に係る経過措置の延長を行う。

(4) 介護療養型医療施設

○介護報酬上の療養環境減算のそれぞれの廃止に対応して、設備基準に関する経過措置を改正する。

療養病床再編成に伴う介護報酬等の見直しに係る 諮問案について

I これまでの経過

- 療養病床の問題は、昭和48年の老人医療費無料化以降、病院が高齢者介護の受け皿となってきた「社会的入院」問題として、30年来の懸案となっており、介護保険創設時においても、「施行後一定の経過期間内において、療養型病床群等の介護施設への転換を図るものとする」（平成8年6月6日「介護保険制度大綱」）とされていたところである。
- 療養病床をめぐるこうした長年の経緯を背景として、介護療養型医療施設については、社会保障審議会介護給付費分科会においてこれまで6回にわたり議論を重ね、平成17年12月13日に取りまとめた審議報告においては、「介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて『在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設』や『生活重視型の施設』などへの移行等を図る」こととされ、さらに、「医療保険との機能分担も含めた療養病床全体の在り方について、厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示す」ことが強く要請された。
- これを受け、平成17年12月21日に医療構造改革推進本部（本部長：厚生労働大臣）において、「療養病床の将来像について」を決定し、さらに、療養病床の在り方を医療提供体制及び医療保険・介護保険の両面にわたって一体的に見直し、療養病床を医療の必要性が高い患者を受け入れる病床に再編成する改革を進めることとした。これを踏まえ、平成18年2月10日に国会提出した「健康保険法等の一部を改正する法律案」に「介護療養型医療施設を平成23年度末をもって廃止すること」等を内容とする介護保険法等の改正を盛り込み、当該法律案は、平成18年6月14日に可決・成立したところである。
- なお、関係審議会においても、平成18年2月15日に中央社会保険医療協議会において、療養病棟入院基本料等について、医療の必要性による区分、ADLの状況による区分等に基づく患者分類を用いた報酬体系・水準の見直しを含む平成18年度診療報酬改定が答申され、また、平成18年2月23日には、社会保障審議会医療部会において、療養病床再編成に伴う医療法施行規則の見直しについて了承されたところである。
これを踏まえ、医療法施行規則の改正及び診療報酬における介護保険移行準備病棟の創設について、本年7月1日の施行に向け、関係局においても準備が進められているところである。

II 諮問案の内容

(1) 基本的な考え方

- 療養病床の再編成については、
 - ①療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限
定し、医療保険で対応する
 - ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サー
ビス又は老人保健施設等で受け止めることで対応することを基本方向としている。

- このような基本方向に沿った療養病床の転換を進めるため、平成23年度
末までの経過措置として、介護療養型医療施設について、医師、看護職員等
の配置が緩和された「経過型介護療養型医療施設」を創設するとともに、介
護療養型医療施設及び医療療養病床から転換する場合に限り、介護老人保健
施設の設備基準を緩和する。

(2) 具体的な内容

①指定基準の見直し

介護療養型医療施設における経過措置

- 平成23年度末までの経過的な類型として、経過型介護療養型医療施設
を創設することとし、人員・設備に関する基準は以下のとおりとする。

(人員に関する基準)

- ・医師の配置を2名以上とする。
- ・看護職員、介護職員の配置をそれぞれ①又は②のとおりとする。
 - ① 療養病床を有する病院の場合 8：1以上、4：1以上
 - ② 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院の場合
5：1以上、6：1以上

(設備に関する基準)

- ・現行の廊下幅の基準を内法1.2m以上（両側に居室がある場合、内
法1.6m以上）とする。

介護老人保健施設における経過措置

- 介護療養型医療施設及び医療療養病床から転換した介護老人保健施設に
ついては、
 - ① 1床当たりの面積基準を6.4㎡以上とする。
 - ② 廊下幅の基準については、内法1.2m以上（両側に居室がある場合、
内法1.6m以上）とする。
- ※ ①の面積基準については、平成23年度末までの経過措置とする。

短期入所療養介護（介護給付・予防給付）における経過措置

- 介護療養型医療施設及び介護老人保健施設の人員設備基準と同様の見直
しを行う。

②介護報酬の見直し

介護療養型医療施設

(基本単位)

- 経過型介護療養型医療施設の基本単価については、指定基準の見直しを踏まえ、新たに設定する。

【介護療養施設サービス費（病院）】

療養型経過型介護療養施設サービス費（Ⅰ）（従来型個室）

要介護1	671単位/日
要介護2	781単位/日
要介護3	889単位/日
要介護4	980単位/日
要介護5	1,071単位/日

療養型経過型介護療養施設サービス費（Ⅱ）（多床室）

要介護1	782単位/日
要介護2	892単位/日
要介護3	1,000単位/日
要介護4	1,091単位/日
要介護5	1,182単位/日

【老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護療養施設サービス費（精神科病院等）】

認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費（Ⅰ）（従来型個室）

要介護1	742単位/日
要介護2	809単位/日
要介護3	876単位/日
要介護4	944単位/日
要介護5	1,011単位/日

認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費（Ⅱ）（多床室）

要介護1	853単位/日
要介護2	920単位/日
要介護3	987単位/日
要介護4	1,055単位/日
要介護5	1,122単位/日

(加算)

- 経過型介護療養型医療施設の加算については、在宅復帰・在宅生活支援重視型施設への移行を念頭に、現行の介護療養型医療施設において算定可能な加算に加え、新たに以下のものを算定できることとする。

- ・ 試行的退院サービス費（療養型経過型介護療養施設サービス費のみ）

短期入所療養介護（予防給付・介護給付）

- 経過型介護療養型医療施設における短期入所療養介護については、施設サービス費における基本単位を踏まえ、新たに報酬設定を行う。

介護療養型老人保健施設における介護報酬等 の見直しに係る諮問について

I これまでの経過

- 昭和48年の老人医療費無料化以降、病院が高齢者介護の受け皿となる、いわゆる「社会的入院」の問題と関連して、療養病床の問題は30年来の懸案となっていた。
- 療養病床の在り方については、医療提供体制の視点、利用者の視点、費用負担者の視点から、医療保険・介護保険の両面にわたって患者の状態に即した施設の機能分担を図るため、医療の必要度に応じた再編成を進めることとし、平成18年6月に可決・成立した「健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）」において、介護保険適用の療養病床である介護療養型医療施設を、平成23年度末をもって廃止することとされた。また、同法附則では、介護老人保健施設等における入所者に対する医療提供の在り方について、入所者の状態に応じてふさわしいサービスを提供する観点から検討を行い、必要な措置を講ずる旨規定された。
- これを踏まえ、平成18年9月に設置された「介護施設等の在り方に関する委員会」において、療養病床再編成の受け皿としての介護老人保健施設等の在り方等について議論が行われた。平成19年6月に取りまとめられた同委員会の報告では、療養病床から転換した介護老人保健施設については、入所者に引き続き適切な医療サービスを提供する必要があることから、看取りや夜間の看護対応等既存の介護老人保健施設に付加すべき機能について、必要な医療職の配置の在り方とその適切な裏打ちとなる介護報酬の在り方を検討し、平成19年度中に提示すべきとされた。
- この報告を受け、社会保障審議会介護給付費分科会においては、療養病床

転換の当事者である医療機関や保険者である自治体関係者に対するヒアリングを合わせて、5回にわたり、療養病床から転換した介護老人保健施設における評価の在り方等について議論を行ってきたところである。

II 諮問の内容

1. 基本的な考え方

- (1) 療養病床から介護老人保健施設への転換を促進するため、以下の改正を行う。
 - ① 療養病床から転換した介護老人保健施設（以下「介護療養型老人保健施設」という。）であって、夜間対応に要する看護職員を確保すること等の要件を満たしたものについて、新たな施設サービス費を創設する。
 - ② 介護療養型老人保健施設の療養室1床当たりの面積の基準について、一定要件下で経過措置を延長する。

- (2) 療養病床から転換する医療機関の選択肢を拡大する観点から、以下の改正を行う。
 - ① 本体施設からの支援を受ける小規模施設であるサテライト型施設において、より効率的な経営を可能とするため、本体施設とサテライト型施設の新たな組合せを認めるなどの基準の緩和を行う。
 - ② 小規模介護老人保健施設において、介護給付の算定日数上限を撤廃するとともに、医療機関併設型小規模介護老人保健施設における人員の基準の緩和を行う。

- (3) 療養病床から介護老人保健施設への転換を促進するための経過的な施設類型である経過型介護療養型医療施設について、療養病床の円滑な転換を支援する観点から、既存の経過型介護療養型医療施設と看護職員配置が異なる新たな施設サービス費を創設する。

2. 具体的な改正内容

介護療養型老人保健施設における介護報酬の見直し

- (1) 介護療養型老人保健施設において、以下の施設基準を満たすもののうち、
- ・ 夜勤を行う看護職員を配置^(※1)している施設については、「介護保健施設サービス費(Ⅱ)」を、
 - ・ 看護職員により、又は医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて、連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備している施設については、「介護保健施設サービス費(Ⅲ)」^(※2)を、
- 新たに創設する。

【新たな施設サービス費を算定するための施設基準】

- ・ 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に病床の転換を行って開設した介護老人保健施設であること。
- ・ 算定日が属する月の前12月間における新規入所者のうち、「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%以上であることを標準とすること。^(※3)
- ・ 算定日が属する月の前3月間において、全入所者のうち「経管栄養」若しくは「喀痰吸引」を実施している者の割合が15%以上又は「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクMに該当する者の割合が20%以上であること。

(※1) 入所者の数を41で除して得た数以上の看護職員を配置していること。

(※2) 「介護保健施設サービス費(Ⅲ)」は入所者40人以下の施設のみ算定可。

(※3) 平成20年4月以降の入所者について、平成21年4月から適用することとし、「標準」の具体的な考え方については、介護療養型老人保健施設における医療機関からの入所の実態等を基に、平成21年4月までに検討することとする。

(参考) 介護療養型老人保健施設に適用される新たな施設サービス費

【介護保健施設サービス費(Ⅱ)】		【介護保健施設サービス費(Ⅲ)】	
介護保健施設サービス費(i) (従来型個室)		介護保健施設サービス費(i) (従来型個室)	
a 要介護1	703 単位	a 要介護1	703 単位
b 要介護2	786 単位	b 要介護2	780 単位
c 要介護3	860 単位	c 要介護3	833 単位
d 要介護4	914 単位	d 要介護4	887 単位
e 要介護5	967 単位	e 要介護5	940 単位
介護保健施設サービス費(ii) (多床室)		介護保健施設サービス費(ii) (多床室)	
a 要介護1	782 単位	a 要介護1	782 単位
b 要介護2	865 単位	b 要介護2	859 単位
c 要介護3	939 単位	c 要介護3	912 単位
d 要介護4	993 単位	d 要介護4	966 単位
e 要介護5	1,046 単位	e 要介護5	1,019 単位

- (2) (1)と同様の要件を満たすユニット型の介護療養型老人保健施設についても、施設サービス費を新たに創設する。

<加算>

○ (1)又は(2)の施設サービス費を算定する介護療養型老人保健施設については、入所者に適切な医療等を提供する観点から、

- ① 入所者を一定の要件下で看取った場合の評価
- ② 入所者の個別ニーズに応じた適切な医学的管理を行った場合の評価
- ③ 療養病床での介護体制(4:1)を維持した場合の評価^(※)

として新たに以下の加算を創設する。

- ・ ターミナルケア加算
- ・ 特別療養費
- ・ 療養体制維持特別加算(介護職員の配置(4:1)を評価)^(※)

(※) 今後、介護療養型老人保健施設の入所者の介護ニーズについて実態を把握し、介護療養型医療施設からの転換が終了する平成24年4月以降の対応を検討することとする。

介護療養型老人保健施設における基準の緩和

- (1) 現行の療養室の面積基準に係る経過措置が終了する平成24年4月以降についても、平成18年7月1日以後に新築又は大規模な改修等の工事に着手していない療養病床を転換した介護療養型老人保健施設の療養室は、次の新築又は大規模の改修等を行うまでの間に限り、引き続き、経過措置^(※)(6.4㎡以上/床)を認める。

本則の設備基準	
療養病床における病室面積	→ 6.4㎡以上/床
介護老人保健施設における療養室面積	→ 8㎡以上/床

(※) 平成24年4月以降は、8㎡以上/床に対応している施設との均衡に配慮した評価を行う。ただし、療養室が談話室に近接して設けられているものにあつては、次の新築又は大規模な改修等までの間、談話室の面積を療養室の定員数で除した面積を加えたものが8㎡/床を満たしていることとよいこととする。

(2) 介護療養型老人保健施設における

- ・ 建物の耐火構造に係る基準
- ・ 建物内の直通階段及びエレベーターの設置に係る基準

については、次の新築又は大規模な改修等までの間、転換前の病院又は診療所の基準と同様でよいこととする経過措置を創設する。

サテライト型施設における基準の緩和等

(1) 本体施設の設置者により設置され、本体施設からの支援を受け、本体施設とは別の場所で運営される29人以下の施設であるサテライト型施設について、以下の措置を講じる。

- ・ 医療機関を本体施設とするサテライト型小規模介護老人保健施設及びサテライト型の地域密着型特定施設^(※)の設置を認める。

また、本体施設である医療機関が人員に関する基準を満たしていることを前提に、本体施設の医師、栄養士又は介護支援専門員により、サテライト型施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、当該サテライト型施設におけるこれらの職員を置かないことができる。

- ・ 介護老人保健施設を本体施設とするサテライト型の地域密着型特定施設^(※)の設置を認める。

また、本体施設である介護老人保健施設が人員に関する基準を満たしていることを前提に、本体施設の医師、支援相談員、理学療法士若しくは作業療法士、栄養士又は介護支援専門員により、サテライト型施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、当該サテライト型施設におけるこれらの職員を置かないことができる。

(※) 本体施設の設置主体が地方公共団体等の場合は、サテライト型の地域密着型介護老人福祉施設の設置も認める。

(2) 本体施設である介護老人保健施設の管理者は、サテライト型の地域密着型特定施設の職務を兼務することができる。本体施設の設置主体が地方公共団体等の場合にあつては、サテライト型の地域密着型介護老人福祉施設においても同様とする。

- (3) 地域密着型特定施設における看護職員及び介護職員のうち、それぞれ1名以上は常勤でなければならない。ただし、サテライト型の地域密着型特定施設については、それぞれ常勤換算方法で1名以上でよいこととする。

小規模介護老人保健施設における基準の緩和等

- (1) 小規模介護老人保健施設における介護報酬の180日の算定日数上限を撤廃する。
- (2) 医療機関併設型小規模介護老人保健施設における支援相談員及び介護支援専門員に係る人員に関する基準について、当該施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、実情に応じた適当数でよいこととする。

介護療養型医療施設における経過措置の追加

- (1) 平成24年3月31日までの経過的な施設類型である経過型介護療養型医療施設（療養病床を有する病院に限る。）について、看護職員の配置に係る人員に関する基準が異なる新たな施設サービス費を創設する。
- (従来型の人員に関する基準)
- ・ 医師の配置は2名以上。
 - ・ 看護職員配置8：1以上、介護職員配置4：1以上。
- (新類型の人員に関する基準)
- ・ 医師の配置は2名以上。
 - ・ 看護職員の配置は6：1以上、介護職員の配置は4：1以上。
- (2) 経過型介護療養型医療施設（療養病床を有する病院に限る。）について、ユニット型の施設サービス費を創設することとし、当該施設サービス費を算定するための人員及び設備に関する基準を以下のとおりとする。
- (人員に関する基準)
- ・ 医師の配置は2名以上。
 - ・ 看護職員の配置は6：1以上、介護職員の配置は4：1以上。

(設備に関する基準)

- ・ 廊下幅の基準について、既存の経過型介護療養型医療施設と同様の緩和措置を講じる。

短期入所療養介護（介護給付・予防給付）における見直し等

- (1) 短期入所療養介護（介護給付・予防給付）においても、
- ① 介護療養型老人保健施設における介護報酬の見直し、
 - ② 介護療養型医療施設における経過措置の追加について、同様の見直しを行う。

介護サービス算定実績(居宅サービス・地域密着型サービス)

介護給付費実態調査 平成20年4月審査分
(単位:千単位)

		総数			総数
訪問介護		4 812 970	居宅療養管理指導		236 163
身体介護		2 027 154	医師又は歯科医師(I)		82 248
身体介護・生活援助		1 746 997	医師又は歯科医師(II)		63 420
生活援助		946 823	薬		3 330
通院等乗降介助		71 078	(I)医療機関		56
特別地域訪問介護加算		20 527	(I)薬局		46 919
訪問入浴介護		429 207	剤		455
看護・介護職員		424 801	師		947
介護職員のみ		2 815	(II)薬局・特別薬剤加算		38 788
特別地域訪問入浴介護加算		1 591	管理栄養士		1 767 617
訪問看護		983 622	歯科衛生士等		1 633 055
訪問看護ステーション		872 432	特定施設入居者生活介護		6 551
病院又は診療所		37 503	特定施設入居者生活介護		119 421
特別地域訪問看護加算		3 022	個別機能訓練加算(再掲)		15 140
緊急時訪問看護(ステーション)		54 457	外部サービス利用型特定施設入居者生活介護		2 033 106
緊急時訪問看護(医療機関)		2 199	夜間看護体制加算		2 031 643
特別管理加算		13 165	居宅介護支援		10 535
ターミナルケア加算		844	特定事業所集中減算(再掲)		22 105
訪問リハビリテーション		111 343	初回加算(再掲)		5 488
病院又は診療所		98 241	特定事業所加算(再掲)		4 868
リハビリテーションマネジメント加算(再掲)		3 277	夜間対応型訪問介護		2 195
介護老人保健施設		9 933	夜間対応型訪問介護Ⅰ(基本)		2 026
リハビリテーションマネジメント加算(再掲)		363	(定期巡回)		556
短期集中リハビリテーション加算		3 169	(随時訪問)		91
通所介護		6 461 766	夜間対応型訪問介護Ⅱ		494 215
小規模型事業所		1 390 296	認知症対応型通所介護		469 983
通常規模型事業所		4 665 284	認知症対応型通所介護(Ⅰ)		3 659
療養通所介護		3 045	認知症対応型通所介護(Ⅱ)		4 412
個別機能訓練加算		106 769	個別機能訓練加算		15 700
入浴介助加算		287 966	入浴介助加算		14
若年性認知症ケア加算		132	栄養マネジメント加算		447
栄養マネジメント加算		266	口腔機能向上加算		334 044
口腔機能向上加算		7 065	小規模多機能型居宅介護		332 407
通所リハビリテーション		2 687 296	小規模多機能型居宅介護		1 636
通常規模の医療機関		881 173	初期加算		3 505 126
小規模診療所		77 671	認知症対応型共同生活介護		3 406 450
介護老人保健施設		1 457 912	認知症対応型共同生活介護		1 322
入浴介助加算		103 643	短期利用共同生活介護		3 039
訪問指導等加算(老健のみ)		289	初期加算		94 300
リハビリテーションマネジメント加算		46 835	医療連携体制加算		25 262
短期集中リハビリテーション実施加算		116 794	地域密着型特定施設入居者生活介護		25 078
若年性認知症ケア加算		29	地域密着型特定施設入居者生活介護		103
栄養マネジメント加算		326	個別機能訓練加算(再掲)		184
口腔機能向上加算		1 857	夜間看護体制加算		77 790
福祉用具貸与		1 327 103	地域密着型介護福祉施設サービス		12 022
福祉用具貸与		1 326 967	地域密着型介護福祉施設		53 934
特別地域福祉用具貸与加算		136	ユニット型地域密着型介護福祉施設		6 313
短期入所生活介護		2 257 999	経過の地域密着型介護福祉施設		149
単独型		277 953	旧措置経過の地域密着型介護福祉施設		2 508
併設型		1 393 280	ユニット型経過の地域密着型介護福祉施設		-
単独型ユニット型		119 162	ユニット型旧措置経過の地域密着型介護福祉施設		-
併設型ユニット型		320 781	身体拘束廃止未実施減算		527
機能訓練体制加算部分(再掲)		13 348	重度化対応加算		9
送迎加算		102 569	準ユニットケア加算		300
管理栄養士配置加算		21 168	個別機能訓練加算		41
栄養士配置加算		6 009	常勤医師配置加算		48
療養食加算		959	精神科医療養指導加算		-
緊急短期入所ネットワーク加算		52	障害者生活支援体制加算		222
夜間看護体制加算		15 997	外泊時費用		134
在宅中重度受入加算		67	初期加算		-
短期入所療養介護		433 451	退所前後訪問相談援助加算		1
介護老人保健施設		356 103	退所時相談援助加算		1
ユニット型介護老人保健施設		13 558	退所前連携加算		587
特定介護老人保健施設		67	管理栄養士配置加算		270
病院療養病床		29 735	栄養士配置加算		480
病院療養病床経過型		8	栄養マネジメント加算		4
ユニット型病院療養病床		23	経口移行加算		16
特定病院療養病床		8	経口維持加算		199
診療所療養病床		5 856	療養食加算		22
ユニット型診療所療養病床		-	看取り介護加算		-
特定診療所療養病床		9	在宅復帰支援機能加算		-
認知症疾患型		441	在宅・入所相互利用加算		-
認知症疾患型経過型		-	小規模拠点集合型施設加算		-
ユニット型認知症疾患型		-			
特定認知症対応型		-			
基準適合診療所		3 720			
特定基準適合診療所		-			
緊急時治療管理(老健のみ)		65			
病院療養病床療養環境減算(Ⅰ)(病院のみ)		△ 119			
病院療養病床療養環境減算(Ⅱ)(病院のみ)		△ 186			
病院療養病床療養環境減算(Ⅲ)(病院のみ)		△ 2			
医師配置減算(病院のみ)		△ 10			
診療所療養病床療養環境減算(Ⅰ)(診療所のみ)		△ 76			
診療所療養病床療養環境減算(Ⅱ)(診療所のみ)		-			
送迎加算		16 722			
管理栄養士配置加算		4 757			
栄養士配置加算		198			
療養食加算		1 397			
緊急短期入所ネットワーク加算		3			

- 注: 1 事業所からの請求時点の数値を集計している。
 2 太枠内は基本算定項目である。
 3 短期入所療養介護には、「特定治療」「特定診療費」を含まない。
 4 介護保健施設サービス及び介護療養施設サービスには、「特定治療」「特定診療費」を含まない。
 5 総数には、月の途中で要介護から要支援に変更となった者を含む。

介護サービス算定実績(施設サービス)

介護給付費実態調査 平成20年4月審査分
(単位:千単位)

	総数
介護福祉施設サービス	10 929 677
介護福祉施設	6 993 685
小規模介護福祉施設	112 278
ユニット型介護福祉施設	1 942 983
ユニット型小規模介護福祉施設	29 692
旧措置介護福祉施設	1 247 183
小規模旧措置介護福祉施設	18 402
ユニット型旧措置介護福祉施設	62 721
ユニット型小規模旧措置介護福祉施設	372
身体拘束廃止未実施減算	△ 149
重度化対応加算	87 774
準ユニットケア加算	372
個別機能訓練加算	70 764
常勤医師配置加算	6 817
精神科医療養指導加算	18 725
障害者生活支援体制加算	1 805
外泊時費用	34 222
初期加算	9 170
退所前後訪問相談援助加算	5
退所時相談援助加算	6
退所前連携加算	9
管理栄養士配置加算	124 614
栄養士配置加算	19 855
栄養マネジメント加算	114 096
経口移行加算	337
経口維持加算	1 636
療養食加算	28 843
看取り介護加算	2 479
在宅復帰支援機能加算	16
在宅・入所相互利用加算	16
介護保健施設サービス	8 679 049
介護保健施設	7 794 854
小規模介護保健施設	3 250
ユニット型介護保健施設	300 057
ユニット型小規模介護保健施設	770
身体拘束廃止未実施減算	△ 140
リハビリテーションマネジメント加算	179 017
短期集中リハビリテーション実施加算	15 142
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	826
認知症専門病棟加算	93 429
外泊時費用	4 137
試行的退所費用	22
初期加算	14 267
退所前後訪問指導加算	431
退所時指導加算	1 939
退所時情報提供加算	2 407
退所前連携加算	2 090
老人訪問看護指示加算	43
管理栄養士配置加算	103 350
栄養士配置加算	4 616
栄養マネジメント加算	98 549
経口移行加算	600
経口維持加算	1 561
療養食加算	51 203
在宅復帰支援機能加算	1 223
緊急時施設療養管理	2 804

	総数
介護療養施設サービス	3 945 436
療養型	3 577 652
療養型経過型	27 052
ユニット型療養型	7 134
診療所型	133 405
ユニット型診療所型	-
認知症患者型	134 800
認知症患者型経過型	-
ユニット型認知症患者型	-
身体拘束廃止未実施減算	△ 104
病院療養病床療養環境減	△ 15 504
病院療養病床療養環境減	△ 9 246
病院療養病床療養環境減	△ 1 243
医師配置減算(病院のみ)	△ 1 057
診療所療養病床療養環境	△ 3 540
診療所療養病床療養環境	△ 9
療養経過型試行的退院サ	-
外泊時費用	364
初期加算	2 824
他科受診時費用	1 260
退院前後訪問指導加算	32
退院時指導加算	171
退院時情報提供加算	188
退院前連携加算	111
老人訪問看護指示加算	15
管理栄養士配置加算	35 390
栄養士配置加算	1 334
栄養マネジメント加算	31 864
経口移行加算	851
経口維持加算	574
療養食加算	20 921
在宅復帰支援機能加算	165

- 注: 1 事業所からの請求時点の数値を集計している。
 2 太枠内は基本算定項目である。
 3 短期入所療養介護には、「特定治療」「特定診療費」を含まない。
 4 介護保健施設サービス及び介護療養施設サービスには、「特定治療」「特定診療費」を含まない。
 5 総数には、月の途中で要介護から要支援に変更となった者を含む。

介護予防サービス算定実績

介護給付費実態調査 平成20年4月審査分

	単位数 (単位:千単位) 総数
介護予防訪問介護 **	741 712
介護予防訪問介護 **	738 500
特別地域介護予防訪問介護加算 **	3 212
介護予防訪問入浴介護	1 426
介護予防訪問入浴介護	1 414
特別地域介護予防訪問入浴介護加算	12
介護予防訪問看護	58 404
訪問看護ステーション	51 879
病院又は診療所	2 479
特別地域訪問看護加算	218
緊急時訪問看護加算(ステーション)	3 081
緊急時訪問看護加算(医療機関)	1 597
特別管理加算	589
介護予防訪問リハビリテーション *	13 433
病院又は診療所 *	11 818
リハビリテーションマネジメント加算(再掲) *	387
介護老人保健施設 *	1 474
リハビリテーションマネジメント加算(再掲) *	55
短期集中リハビリテーション加算 *	142
介護予防通所介護 **	1 051 174
介護予防通所介護 **	1 011 668
アクティビティ実施加算 **	9 096
運動器機能向上加算 **	29 356
栄養改善加算 **	26
口腔機能向上加算 **	678
事業所評価加算 **	350
介護予防通所リハビリテーション **	458 307
介護予防通所リハビリテーション **	439 356
運動器機能向上加算 **	18 501
栄養改善加算 **	27
口腔機能向上加算 **	148
事業所評価加算 **	275
介護予防福祉用具貸与 *	67 589
介護予防福祉用具貸与 *	67 582
特別地域福祉用具貸与加算 *	8
介護予防短期入所生活介護 *	30 084
単独型 *	3 637
併設型 *	16 713
単独型ユニット型 *	1 746
併設型ユニット型 *	5 141
機能訓練体制加算部分(再掲) *	230
送迎加算	2 349
管理栄養士配置加算 *	379
栄養士配置加算 *	110
療養食加算 *	10
介護予防短期入所療養介護 *	6 943
介護老人保健施設 *	5 746
ユニット型介護老人保健施設 *	380
病院療養病床 *	275
病院療養病床経過型 *	-
ユニット型病院療養病床 *	3
診療所療養病床 *	86
ユニット型診療所療養病床 *	-
認知症患者型 *	-
認知症患者型経過型 *	-
ユニット型認知症患者型 *	-
基準適合診療所 *	23
病院療養病床療養環境減算(Ⅰ)(病院のみ) *	△ 2
病院療養病床療養環境減算(Ⅱ)(病院のみ) *	△ 5
病院療養病床療養環境減算(Ⅲ)(病院のみ) *	-
医師配置減算(病院のみ) *	0
送迎加算	315
管理栄養士配置加算 *	97
栄養士配置加算 *	4
療養食加算 *	23
緊急時治療管理(老健のみ) *	1

	単位数 (単位:千単位) 総数
介護予防居宅療養管理指導	17 031
医師又は歯科医師(Ⅰ)	5 687
医師又は歯科医師(Ⅱ)	4 318
薬剤師(Ⅰ)医療機関	245
薬剤師(Ⅱ)薬局	5
薬剤師(Ⅱ)薬局・特別薬剤加算	4 467
管理栄養士	6
歯科衛生士等	69
介護予防特定施設入居者生活介護 **	203 707
特定施設入居者生活介護 **	196 092
個別機能訓練加算(再掲) **	1 356
外部サービス利用型特定施設入居者生活介護 **	7 615
介護予防支援 **	299 538
介護予防支援 **	299 538
初回加算(再掲) **	7 698
介護予防認知症対応型通所介護	3 090
介護予防認知症対応型通所介護(Ⅰ)	2 919
介護予防認知症対応型通所介護(Ⅱ)	42
入浴介助加算 *	98
個別機能訓練加算 *	29
栄養改善加算	0
口腔機能向上加算	2
介護予防小規模多機能型居宅介護 **	12 568
介護予防小規模多機能型居宅介護 **	12 397
初期加算 *	171
介護予防認知症対応型共同生活介護 *	22 042
介護予防認知症対応型共同生活介護 *	21 962
介護予防短期利用共同生活介護 *	10
初期加算 *	69

- 注: 1 事業所からの請求時点の数値を集計している。
 2 太枠内は基本算定項目である。
 3 回数、日数、件数の各サービスの計は、基本算定項目(太枠内)を計上した値である。
 4 *は日数、**は件数を集計している。
 5 介護予防短期入所療養介護には、「特定治療」「特定診療費」を含まない。
 6 総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者を含む。

社会保障審議会介護給付費分科会御中

2008年10月3日
社会保障審議会委員
社会保障審議会介護給付費分科会委員
沖藤典子

介護報酬改定について利用者・市民の立場から ケアマネジメント（介護予防支援・居宅介護支援）について

社会保障審議会介護給付費分科会では、来年度の介護報酬改定に向けて議論が進みつつありますが、利用者・市民の立場からヒアリングを行い、意見をまとめて、委員のみなさんに提案させていただいております。今回はNPO法人神奈川県介護支援専門員協会の調査、前回提出させていただいた「介護保険ホットライン」に寄せられた相談事例、独自のヒアリングをもとに、利用者と介護保険制度の架け橋になるケアマネジャー（介護支援専門員）と、利用者本位のケアマネジメント（介護予防支援・居宅介護支援）について、意見書を提出させていただきます。

1. 要介護度別の介護報酬の設定について検証が必要です

2003（平成15）年4月の介護報酬の見直しでは、要介護度別の居宅介護支援費が一本化されましたが、2006（平成18）年の見直しでは要介護1・2と要介護3・4・5の2段階に変わりました。現場からは、介護度別の介護報酬を設定することの妥当性が示されていないと指摘されています。ケアマネジメントのプロセスや業務内容の実態は、要介護度と関係なく提供されています。ケアマネジャーの対応困難な事例には独居の方が多く、独居で要介護度5や4の方はほとんどおりません。何度も訪問しなければならない対応困難な方は、独居をはじめ軽度要介護者に多く、要介護度とケアマネジメントの大変さや難しさは一致しておりません。2段階に分けて以降の実態を精査するとともに、要介護度別の評価について検討することが必要と考えます。

2. 利用者が安心して相談できるケアマネジャーの労働環境の整備が必要です

ケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所では、収入対支出が赤字のうえ、2004（平成16）年度-12.9%だったものが、2007（平成19）年度には-15.8%に拡大し、多くの事業所の存続が危ぶまれています（2007年度介護事業経営概況調査）。NPO法人神奈川県介護支援専門員協会の調査では、8割を超えるケアマネジャーが仕事にやりがいを感じておりながら、その一方で9割近いケアマネジャーが、仕事を続けるのがつらいと回答しています。総業務時間が増えているにもかかわらず、給与が引き下げられたからです。居宅介護支援事業所のケアマネジャーひとりあたりの担当件数は、厚生労働省の委託調査（三菱総研）によると、2003（平成15）年42.4件、2005（平成17）年38.8件、2007（平成19）年26.6件と減少しています。これはケアマネジャーの努力を越えた、ケアプラン総数の減少によるものと考えます。

利用者の期待に応えるためにも、安定的な事業所運営を保障し、質の向上をめざすことができる環境を整備することが必要です。また、居宅介護支援事業所が単独で運営できるよう、基本単位の引き上げが必要と考えます。要介護度に関係なく基本単位を一律1800単位にという要望

が寄せられています。

3.利用者の状態変化に対応できるケアマネジメントが必要です

ケアマネジャーの標準担当件数が一定件数を超えた場合には介護報酬の逓減がありますが、40件を1件でも越えると全件が減額されるしくみでは、利用者の状態変化や入退院、施設入所などに対応できません。それだけでなく、ケアマネジャーの急な退職など、月の請求件数の予測が難しいなかで、事業所運営もなりたないとの声が寄せられています。適用件数を1件でも越えると全件が減額されるしくみから、標準担当件数を超えた件数のみを減額対象に変更するなどの検討が必要と考えます。

4.継続的なケアマネジメントの実現が必要です

介護予防創設以来、認定が「要介護」と「要支援」の間を繰り返し行き来する利用者では、そのたびにケアマネジメント担当が、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所に替わります。利用者にとって納得のいくケアプランはケアマネジャーとの時間をかけた信頼関係によって作られるにもかかわらず、頻繁な交替に疲労するとの声が寄せられています。また、予防給付と介護給付の変更毎に契約などの事務作業が膨大です。要支援者、要介護者に関わらず、継続的なケアマネジメントできるよう、ケアプラン作成支援者は利用者が選択できるようにしてください。

5.利用者が安心して在宅に戻ることを支援できるしくみが必要です

現在の居宅介護支援では、介護保険サービスの利用がないと、介護報酬上の評価がありません。たとえば医療機関の退院や介護保険施設退所の支援で、退院・退所できなくなる場合など、評価がないのです。医療機関や介護保険施設には退院・退所前後の訪問相談援助や指導への加算、退院・退所時の相談援助や情報提供への加算、退所前連携加算などが設けられています。また、2008（平成20）年度の診療報酬改訂では、「退院時における円滑な情報共有や支援の評価」として「退院調整加算」が新設されたとのことです。退院・退所の調整は、医療機関・施設と在宅を支えるケアマネジャー双方に加算があってこそ、介護と医療のスムーズな連携が実現し、利用者は安心して在宅復帰することができます。介護保険サービスの利用がない月であっても、ケアマネジャーによる在宅復帰支援に報酬上の評価をして欲しいと考えます。

6.努力している事業所に対する評価が必要です。

特定事業所加算は、要介護3以上の利用者が6割以上で、介護予防支援を提供していない場合に対象とされていますが、実際に特定事業所加算を算定している事業所は2%に過ぎません。また、要介護度により特定加算をつけることは、居宅介護支援事業所が利用者を選別する動機になることも懸念されます。利用者の要介護度にもとづく加算条件について再検討が必要と考えます。

7.施設サービスにおけるケアマネジメントの再検討が必要です

在宅サービスだけでなく、施設サービス、グループホームなど居住系サービスでもケアマネジャーが配置されていますが、電話相談事例などでは、利用者、介護家族の多くが施設ケアマネジャーの存在を知らないという状況があります。施設におけるケアマネジメントについて、その役割を明確にするとともに、質の向上のために再検討が必要と考えます。

以上

平成21年4月介護報酬改定について

平成20年10月3日

社会保障審議会介護給付費分科会

委員 三上 裕司

今般、日本医師会として平成21年4月実施予定の介護報酬改定に関する意見をとりまとめたので、以下報告する。

1. 介護サービス提供体制の充実と環境整備

今後ますます増加する要介護者への介護サービス提供に関して、将来推計人口からも介護従事者の確保をはじめとする様々な問題が指摘されている。その多くは、介護従事者の離職率の高さや賃金水準の低さなど、介護従事者の処遇改善や人員確保についての問題である。

利用者にとって最適なサービスの組み合わせを、多職種協働のケアカンファランスを通じ、総合的なアセスメントやケアプランに基づきサービスが提供される仕組みとしてケアマネジメントがある。

介護保険施設等でのサービス提供に関しては、指定基準により必要人員数が最低基準として明確化されているが、サービス現場においては、適切に機能させるため、実状は、人員数を手厚く配置していることが介護サービス施設・事業所調査などから明らかとなっている。介護保険施設等にとって適切なケアマネジメントを実施する上での阻害因子とならぬよう、施設サービス費の引き上げを考えるべきであり、例えば、加配している人員加算の創設や夜間体制における加算を、実態に即して算定しやすくするなど対応を図るべきである。

一方、介護予防事業については、その対象者の機能低下の現状を踏まえて、特定高齢者施策等地域支援事業、新予防給付との整合、地域包括支援センターの役割や地域活動の積極的な活用等も含めた、地域全体での自立支援、重度化予防の実現に向けた多職種協働のプロセスを経たケアマネジメントの徹底やサービスメニューの充実が必要である。その上で、在宅サービスに関してはその質を確保する観点から、現場の強化と共にケアマネジメントの一連のプロセス、ケアプランの実践に伴うサービス提供を妨げない環境整備として報酬上の手当が必要と考える。

原資の確保を図る観点から、介護報酬引き上げを図るべきである。

2. 補足給付の見直し

制度の持続可能性、特に保険料の上昇を抑える目的で実施された食費、居住費の利用者負担は、低所得者のために設定された基準費用額に収斂され、介護保険施設等にとっては、一層の経営努力が課せられる結果となった。特に、低所得者対策としての補足給付に関しては、保険料から充当され、当初の目的（保険料の上昇を抑える）とは不整合が生じており、生活保護による対応を含めて、介護保険制度内での低所得者対策のあり方を速やかに再検討すべきである。

3. 適切な医療サービスの提供

利用者にとって、必要な医療へのアクセス並びに受給は阻害されてはならない。

そのため、介護老人福祉施設の配置医師の役割を明確化する必要がある。さらに、明確化することでの入所前のかかりつけの医師と十分に連携できる介護報酬または診療報酬上の適切な仕組みを構築すべきである。

また、介護老人保健施設で実施可能な診療行為についても再検討し、入所者にとって最良の医療サービスが提供できるよう、併設あるいは併設以外の保険医療機関にかかわらず、外部保険医療機関からの医療サービス提供が可能となる報酬上の評価をすべきである。

一方、在宅サービスにおける、医療の必要性のある在宅要介護者への対応は地域に存在する有床診療所や中小病院（以下有床診療所等と略す）を中心に検討すべきと考えられる。現行法では、緊急時の対応を除き、医療を提供する場は限られており、医療の必要性のある在宅要介護者に係わる多くのニーズである「医療の担保」と「家族の緊急時対応・レスパイト」に対して、地域に密着した有床診療所等が直接・間接的に介護サービスに関わり、“在宅での生活を継続するため”のサービス提供体制の中核的存在になることは、有床診療所等に求められる本来的な機能である。つまり、有床診療所等の病床だからこそ、「医療を確保」し、「緊急時に対応」し、「（預り・泊まりによって）レスパイトを果たす」ことができるのであり、そのための制度上の対応を含めた所要な見直しを図るべきである。

4. 施設の基盤整備に関して

療養病床再編に伴う介護保険施設等の基盤整備に関しては、地域の実情を十分斟酌し、介護療養型医療施設入院者が不利を被らないよう、さらには、介護保険施設の本来の機能分担を考慮し、地域格差や質の問題も含めて、十分な検討を要すると考える。つまり、保険料の上昇を抑える目的で、安易に居住系施設等への転換を図ることには、高齢者の心身の特性、今後の人口動態、在宅療養サービスの整備状況を踏まえ、再考

すべきである。

一方個室、ユニットケアについて検証を十分行うべきである。つまり、個室ユニットの推進については、現在の介護保険財源の状況や入所者の重度化(占有割合の拡大)、介護従事者の充足率などの課題を踏まえ、その費用対効果を精査し、整備方針の転換を含めて全体整備を検討することも必要である。

5. 認知症高齢者に関して

認知症高齢者に関しては、認知症は疾病であるという認識を、現行以上に広く国民に啓発する必要性がある。そのためには、①本人の気づきも含めた家族等への認知症症状の早期発見を促すツールの開発と早期受診の勧め、②かかりつけの医師のための認知症鑑別診断の標準化並びに相談機能の評価、③かかりつけの医師と認知症対応専門医(機関)との連携の評価が重要と考える。

さらに、認知症サポート医等を十分活用し、医療と介護のシームレスな連携で、本人の処遇改善を図ることが重要であり、現場での連携を裏付けるだけの診療面(診療報酬)とケア面(介護報酬)での評価を制度上構築する必要がある。

また、高度のBPSDや身体合併症を有する認知症患者に対応可能な受け皿を整備する必要がある。これには、厚労省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」で議論され、削減が予定される現存の精神病床が新たな施設を整備するより、資源の有効活用を図る上で得策と考える。

6. リハビリテーションの充実

リハビリテーション(以下リハビリと略す)は、必要な時期に十分なサービス提供を継続して行い、要介護(支援)者の現存能力の活用や機能向上を図り、その人にあった自立支援を目指すものである。そのためにも、在宅・施設において、生活機能の低下が予見される場合には、適切に介入する必要があるとあり、現行のサービス内容の見直しも必要である。

中でも、訪問リハビリのサービス提供の仕組みは複雑であり、利用者も含めた関係者相互の理解が乏しい現状がある。そのため、必要な時期に即したサービス提供が出来ずにより高い効果が得られないケースが生じている。従って、指定基準やサービス提供におけるPT、OT、STの活用を含めた専門性の確保と連携等仕組みの在り方を見直すべきである。また、通所リハビリに関しては、サービス提供と預かり時間を併せて所要時間としているため、ケースによっては、サービス提供時間のみで評価可能な仕組みを講ずるべきである。