

介護療養型医療施設の介護報酬上の取扱い

介護保険施設サービス

- 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

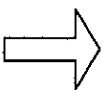
ア 基本単位の見直し

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。

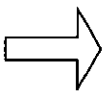
※ 上記に伴い、ユニット型個室に係る社会福祉法人軽減の特例は廃止。

【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

28 単位／日

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。

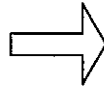
② 介護事故に対する安全管理体制の強化

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）



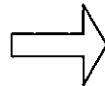
▲5 単位 / 日

（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

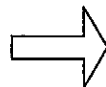
次の全ての要件を満たした場合に算定できる。

- ・ 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

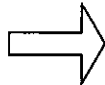
ウ 看取り介護加算の創設

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、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。

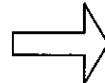
在宅・入所相互利用加算(新設)		30 単位/日
-----------------	---	---------

(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。

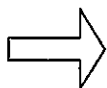
※ 単位数は、介護老人保健施設と同じ。

※ 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



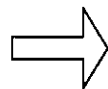
リハビリテーションマネジメント加算 25 単位／日
短期集中リハビリテーション
実施加算（入所後 3 か月以内）
60 単位／日

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）

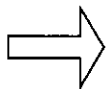


（入所後 3 か月以内）
60 単位／日

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

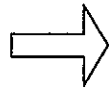
現行の「リハビリテーション計画加算」、「日常動作訓練指導加算」を見直し、個別のリハビリテーション実施計画の策定等、一連のリハビリテーションプロセスの実施や、多職種協働による短期・集中的なリハビリテーション等を評価する。

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

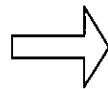
理学療法Ⅰ、作業療法又は言語聴覚療法を算定している施設が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上加配した場合に算定できる。

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



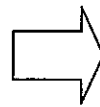
（廃止）

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。

平成18年度介護報酬改定に関する審議報告

平成17年12月13日
社会保障審議会介護給付費分科会

当分科会は、本年9月より11回にわたり、平成18年度に予定されている介護報酬の見直しについて検討を行ってきた。

今回の介護報酬改定では、市町村における介護保険料の見直しと併せて通常3年に1回行われる改定に加え、本年6月に成立した「介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う制度的な見直しへの対応、本年10月施行の介護報酬改定に関連する課題への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分担の明確化と連携の強化など、新たな状況への対応が求められる。

当分科会においても、こうした状況を踏まえ、短期間に集中的な議論を行ってきたところであるが、これまでの議論に基づき、平成18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、今回の改定は制度改正に伴う新たなサービス内容も含まれていることから、実施後のデータ等を集積する仕組みを工夫し、事後の評価・分析ができるようにすることが必要である。

I. 基本的な考え方

- 平成18年度の介護報酬改定については、次のような基本的な視点に立った改定を行うことが必要である。

(1) 制度の持続可能性の確保、効率的かつ適正なサービス提供

介護報酬の全体的な水準については、賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、介護事業経営実態調査の結果、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、保険料の負担をできる限り抑制する方向で、適正な水準とすることが必要である。さらに、将来的には介護予防の推進等により、できる限り保険料水準の増大を抑えていくことが望まれる。

また、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介護報酬について、サービス提供の実態、サービスを利用する者や保険料を負担する者の視点も踏まえつつ、効率化・適正化の観点から見直しを行う。

(2) 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、在宅中重度者に対する介護サービスについて、医療との連携を含め、充実を図る。また、施設や居住系サービスにおける重度化対応やターミナルケアを含めた医療との連携の強化、機能分担の明確化を図る。

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。

(3) 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確保し、目標指向型のサービス提供を徹底する観点から、「介護予防ワーキングチーム中間報告」の方向を踏まえつつ、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の評価、サービス提供過程（プロセス）重視の視点に立った評価の見直しを行う。

(4) 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流れの中で、在宅生活の継続を支える環境づくりのため、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と連携を図りつつ、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デイサービス、若年認知症ケアなどの充実を図る。

(5) サービスの質の向上

サービスの質を確保するためには、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することが最も重要である。ケアマネジメントがこうした本来の機能を果たし得るよう、多職種協働による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つつ、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つつ、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。

制度改正により新たに導入される情報公表の仕組み等も踏まえ、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、今回の制度改正における事業者規制の見直しも踏まえ、基準の明確化を行いつつ、指導・監査の徹底を図る。

Ⅱ. 各サービスの報酬・基準見直しの基本方向

(1) 介護予防サービス

介護予防サービスについては、軽度者の状態を踏まえた自立支援の徹底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。

通所系サービスについては、日常生活上の支援などの「共通的サービス」と、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上の「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。従来、加算として評価されてきた送迎や入浴については共通的サービス部分に包括する。また、目標の達成度に応じた事業者評価については、要介護度の維持・改善を指標として、試行的に導入する。

訪問介護については、身体介護・生活援助の区分を一本化し、月単位の定額報酬とするとともに、通院等乗降介助については報酬上の評価は行わない。

また、要支援者（要支援１・２）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つつ、適正化の観点から設定する。

(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、地域に開かれた良質なサービス提供を確保する観点から、また、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。

新たなサービス類型である小規模多機能型居宅介護については、施設サービスや居住系サービスの報酬水準、支給限度額や利用額の実績などを勘案しつつ、要介護度別・月単位の定額報酬を基本とした報酬を設定するとともに、良質かつ効率的なサービス提供を確保する観点から基準の設定を行う。

同じく新たなサービス類型である夜間対応型訪問介護については、地域の実情に応じた事業実施が可能となるような報酬、基準の設定を行う。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）については質の向上を図りつつ、健康管理・医療連携体制の強化、空き居室を活用した短期利用の導入などの見直しを行う。認知症対応型通所介護については、質の確保に留意しつつ、グループホーム等の共用スペースの活用など利用形態の多様化を図る。

地域密着型介護老人福祉施設や地域密着型特定施設については、人員や設備基準の緩和によって効率的な運営が行えるよう、基準の見直しを行う。

(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。

基本部分については、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とともに、初回時についての報酬上の評価を行う。その際、退院、退所時における医療機関・施設と在宅との連携をより評価する。

また、ケアマネジメントの質を確保する観点から、サービス担当者会議の未実施や正当な理由のない特定事業所へのサービスの偏りについて減算を行うとともに、標準担当件数を一定程度超過する場合については逡減を行いつつ、ケアマネジャー 1 人当たりの標準担当件数を引き下げる。さらに、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ついては報酬上の評価を行う。

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水準を設定する。

(4) 訪問系介護サービス

(訪問介護)

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ほか、短時間の食事の援助等サービス提供形態の弾力化を図る。

また、人材の資質向上、サービス提供責任体制の確保の観点から、3級ヘルパーについては、地域における意義を理解しつつも、介護報酬上は減算率を拡大し、3年後には対象としないこととするとともに、サービス提供責任者については、介護福祉士又は1級ヘルパーとすることとし、現行の経過措置は3年後に廃止する。さらに、サービス提供の責任体制やヘルパーの活動環境・雇用環境の整備、介護福祉士の配置など質の高いサービス提供体制が整った事業所について報酬上の評価を行う。

なお、報酬体系の機能別再編に向けて訪問介護の行為内容の調査研究を行い、次期改定までに結論を得る。

(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、医療保険と介護保険の機能分担の明確化などの観点から、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、特別管理加算の見直し等を行う。

(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を評価するため、利用期間に応じた評価とするなどの見直しを行う。また、言語聴覚士による言語聴覚療法や嚥下訓練について、報酬上の評価を行う。

(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・向上指導等の強化などについて報酬上の評価の見直しを行う。

(5) 通所系介護サービス

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を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する。

共通的なサービスについては、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、規模に応じた報酬上の評価の見直しを行う。送迎加算は基本部分に包括化するとともに、入浴加算は一本化を図る。

また、機能に応じた評価の見直しを推進する観点から、機能訓練・リハビリテーションについて、プロセスを重視した評価へと見直すとともに、栄養改善、口腔機能の向上、若年認知症ケア等への取組みについて報酬上の評価を行う。

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者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、報酬上の評価を行う。

(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。

(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、高齢者専用賃貸住宅のうち十分な居住水準等を満たすものへの適用、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。

(8) 福祉用具貸与・販売

要支援・要介護1といった軽度者に対する福祉用具の貸与については、要介護者等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品目の範囲について十分な精査を行い、使用が想定しにくい品目については、一定の例外を除き保険給付の対象としないこととする。また、貸与の条件として、専門家を含めたサービス担当者会議の開催とその結果を踏まえたケアマネジャーによる理由附記・定期的な検証を義務づける。

福祉用具販売については、事業者指定制度の導入に伴い、福祉用具専門相談員の配置や販売時におけるケアマネジャーの関与などに関する基準の設定を行う。

なお、福祉用具貸与の価格については、同一用具に係る価格差などその実態について調査・研究を行うとともに、これを踏まえ、早急に報酬の在り方について見直しを行い、適正化を図る。

(9) 介護保険施設

介護保険施設については、ユニット型個室等と多床室との報酬水準の見直しなど本年10月の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、ケアマネジメントの充実などサービスの質の向上、人材の専門性の確保、個別ケアの推進等の観点から見直しを行うとともに、サービスの質、機能に応じ、プロセスや成果に関する評価を積極的に導入する。

(介護老人福祉施設)

介護老人福祉施設については、入所者の重度化等に伴う医療ニーズへの対応の観点から、夜間の看護体制の強化や看取りに関する体制の整備、本人や家族の意向を尊重した多職種協働のチームによるターミナルケアについて、報酬上の評価を行う。

また、「計画的な定期利用」など施設の利用形態の多様化を図る。

(介護老人保健施設)

介護老人保健施設については、在宅復帰支援機能の強化を図る観点から、在宅における受け入れ体制支援にも留意しつつ、「試行的退所」や地域の中で在宅復帰支援を行う小規模の老人保健施設について、報酬上の評価を行う。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からプロセス評価に重点を置いた再編を図るとともに、短期・集中型のリハビリテーションや認知症高齢者に対する早期リハビリテーションの評価を行う。

(介護療養型医療施設)

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。

このため、生活環境や在宅支援機能を充実した体制について一定の期限を定めて報酬上の評価を行う。また、医療保険との機能分担を図る観点から重度療養管理加算についても見直しを行う。

さらに、療養環境減算の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、施設の移行に関する計画を求めた上で、原則として1年後に現行の経過措置を廃止する。

なお、当分科会としては、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を強く要請する。