



福岡県医第2192号(地)

平成19年 3月 9日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武



「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」資料の送付について

平成19年2月19日(月)に厚生労働省が開催した「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」資料が日本医師会より別紙のとおり届きましたので1部お送りいたします。

当該会議資料は、平成19年度以降の指導監督に関する件、認知症対策推進事業、地域包括支援センター体制整備実施等が取りまとめられております。また、介護予防事業における特定高齢者把握に関し、要件等の見直しが検討されている件や、軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いなど、従来の運用の見直しに関する資料が含まれております。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



全国介護保険・高齢者保健福祉 担当課長会議資料

平成19年2月19日（月）

厚生労働省老健局

この資料は、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものを含んでおり、今後、変更がありうる。

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 目次

(介護保険課関係)

1. 「介護給付適正化プログラム」について……………	1
2. 医療制度改革に伴う保険者システムの改修について……………	3

〔介護保険課資料〕

○調整交付金の適正な交付について……………	18
-----------------------	----

(介護保険指導室関係)

3. 平成19年度以降の指導監督の実施について……………	19
4. 実地指導マニュアルについて……………	27
5. 平成19年度における指導監督結果報告(平成18年度実績分)について……………	30
6. その他(指導監督関連事項について)……………	32

〔介護保険指導室資料〕

○平成19年度実地ヒアリングスケジュール(案)……………	33
○介護保険関係指導監督結果報告書(案)……………	35
○介護保険における指導結果等の現状……………	45
○改善勧告・改善命令 ひながた……………	51

(計画課関係)

7. 介護関連施設・事業の整備及び運営について	
(1)市町村交付金の積極的な活用について……………	64
(2)都市部を中心とした特別養護老人ホーム等の適正な整備について……………	73
(3)ユニットケアの推進について……………	76
(4)養護老人ホームの適切な運営等について……………	79
(5)高齢者住宅支援員(仮称)研修等事業の創設について……………	85
(6)介護関連施設における感染症対策について……………	86
(7)地方公共団体が設置する介護サービス提供施設における指定管理者制度の取扱いについて……………	89
8. 地域密着型サービス等について	
(1)地域密着型サービスに係る市町村独自の高い報酬の設定について……………	93
(2)介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A……………	98
9. 孤立死防止推進事業について……………	104
10. 認知症対策の推進について……………	106
11. 高齢者虐待防止・養護者支援の推進について……………	116

〔計画課資料〕

○認知症高齢者グループホームに関する調査結果について……………	117
○認知症サポーター100万人キャラバン事業実施状況……………	122
○センター方式を活用した認知症地域支援体制の構築に向けた人材育成体系:平成19年度研修予定……………	125

(振興課関係)

12. 地域包括支援センターの円滑な運営について	127
13. 介護職員の質の向上について	139
14. 介護支援専門員の質の向上等について	143
15. 有料老人ホーム・特定施設に係る制度の的確な施行について	148
16. 介護サービス情報の公表制度の適正な運用について	157
17. 事業者の指定更新制度の概要等について	162
18. 訪問介護事業者等の労働基準関係法令遵守等について	190

[振興課資料]

○介護輸送に係る法的取扱いについて	197
○高齢者の生きがいと健康づくりについて	205
○福祉用具及び住宅改修について	214
○離島等サービス確保対策事業について	215
○住宅のバリアフリー改修促進税制の創設について	216

(老人保健課関係)

19. 介護予防事業の円滑な推進に向けて	218
20. 要介護認定の適正な運営について	232
21. 要介護認定実態調査等の実施について	241
22. 老人保健事業等について	243

[老人保健課資料]

○老人保健事業関係資料について	260
-----------------	-----

(地域ケア・療養病床転換推進室関係)

23. 療養病床の再編成について	276
24. 介護施設等の在り方に関する委員会について	278

[地域ケア・療養病床転換推進室資料]

○地域ケア整備構想(仮称)の中間とりまとめ等について	279
○介護施設等の在り方に関する委員会について	295

介護保険課関係

1.「介護給付適正化プログラム」について

(1)介護給付の適正化とは

- 「介護給付の適正化」とは、①介護サービスを必要とする者(受給者)を適切に認定した上で、②受給者が真に必要とするサービスを、③事業者がルールに従って適正に提供するように促すことである。
- こうした介護給付の適正化の結果、利用者の自立支援に必要なサービスが的確に給付される一方で、不適切なサービス給付が削減されることとなり、制度に対する信頼感を高めるとともに、給付費や介護保険料の増大を抑制することで、持続可能な介護保険制度の構築に資するものである。

(2)介護給付適正化の“3つの要(かなめ)”

- ① 要介護認定の適正化
- ② ケアマネジメント等の適正化
- ③ 介護サービス事業者に対する制度内容の周知・助言及び指導・監査等の適切な実施

(3)「介護給付適正化プログラム」のねらい

「介護給付適正化プログラム」とは、介護保険制度の保険者(市町村)が取り組んでいる介護給付の適正化について、地域の実情を踏まえつつ都道府県として考え方や目標等を定め、都道府県と市町村が一体となって戦略的な取組を促進することをねらいとするもの。

(4)取り組む上での基本的な考え方

- 実際に取り組む保険者が限られた職員で最大限の効果をあげることができるよう、戦略的な取組が必要。例えば、
 - ・地域の実情を踏まえ、
 - ・効果の上がりやすいポイントを見極めて、
 - ・重点的な取組を進める。
- 以下のとおり、三者が一体となって適正化事業を進めていく。
 - ・保険者においては、保険制度の責任主体として、適正化事業について更なる取り組みを行う。
 - ・国においては、①情報収集及び情報提供、②制度やシステムの改善・見直し、③予算上の支援等の積極的な支援を行う。
 - ・都道府県においては、指定権者としての業務を適切に推進するほか、保険者を支援する役割を担う。

「介護給付適正化プログラム」策定スケジュールの例

平成20年度から給付適正化の取組を本格的に展開できるよう、都道府県は平成19年度からプログラムの策定に向けた作業を行う。

	保険者(市町村)	都道府県	厚生労働省
2月 ～3 月頃			・「介護給付適正化プログラム」のあり方について、都道府県等の意見も聴きながら、検討
4月 ～6 月頃		・検討体制づくり (例) プログラム策定委員会の設置等 ・現状の問題点、優良事例等の把握	
7月 ～9 月頃		※担当者会議の場以外にも適宜、情報を提供・共有 ・全国会議の内容等を踏まえ、都道府県としての考え方や支援策を保険者に提示。 ・保険者に、実施する取組や目標等の検討を要請。	・全国給付適正化担当者会議 →プログラム策定のためのマニュアル、全国の優良事例、国の取組等を提示
10月 ～12 月頃	・都道府県からの要請を受けて、保険者ごとに実施する取組や目標を検討し、都道府県に提出。		
1月 ～3 月頃		・保険者から提出された内容を取りまとめ、プログラムを確定 →平成20年度から実施	

※スケジュール、実施内容は例示であり、各都道府県ごとに設定可能。

2. 医療制度改革に伴う保険者システムの改修について

医療制度改革に伴い「介護・国保・後期高齢者における保険料（税）の特別徴収」及び「高額医療・高額介護合算制度」が平成20年4月から実施されることになることから、市町村等においては、保険者システムの改修を行い、施行後の制度運営を適切かつ円滑に行う必要がある。

○ 医療制度改革の概要

(1) 特別徴収

医療制度改革において、平成20年4月から、現行の介護保険料の年金からの天引き（特別徴収）に加えて、国民健康保険料（税）及び後期高齢者医療保険料（税）についても特別徴収を行うこととなった。

《事務処理》

- ① 年金保険者は対象者の情報を経由機関（国保中央会・国保連合会）を通じ、各市町村へ通知
- ② 市町村の窓口部署は他の部署へ情報を分配
- ③ 国保または後期高齢の担当部署は、介護保険との合算額が年金額の2分の1を超えないか確認
- ④ 市町村の窓口部署は情報を集約し、経由機関を通じて年金保険者へ通知

(2) 合算制度

介護保険、医療保険の両給付を受けることにより、自己負担額が著しく高額になる場合に、介護・医療を通じた限度額を適用することにより、家計の破綻を防止するとともに、両給付の適切かつ効率的な提供を図る。

① 支給対象世帯

各医療保険における世帯内で、医療及び介護の両制度ともに自己負担額がある世帯を対象とする。

② 支給対象者及び支給額

・ 支給対象者

介護保険、被用者保険及び後期高齢者医療制度については、被保険者に、また、国民健康保険は世帯主にそれぞれ支給する。

・ 支給額

合算の対象となる世帯のすべての自己負担額の合計額から限度額を控除し、その額に各保険者に加入していた際に要した自己負担額を世帯負担合算額で除して得た率を乗じて得た額を、各保険者より、支給対象者にそれぞれ支給する。

なお、両制度の高額療養費等の限度額に達しているか否かは支給要件としない。

《事務処理》

- ① 支給を受けようとする者は、介護保険者に支給兼自己負担証明書交付申請書を提出
- ② ①の申請書を受けた介護保険者は、自己負担額証明書を交付
- ③ ②の証明書の交付を受けた者が属する医療保険の被保険者（国保の場合は世帯主）は、対象年度の末日に加入する医療保険者に証明書を添付して支給申請
- ④ ③の申請を受けた医療保険者は、支給額を計算
- ⑤ 医療保険者は、④により算出した額等を介護保険者に通知
- ⑥ 介護保険者及び医療保険者は、当該保険者が支給すべき額を被保険者等に通知・支給

○ 市町村（保険者）における主な改修内容は以下のとおり。

（平成18年12月7日・22日、平成19年1月31日付事務連絡で連絡済）

《市町村（保険者）システム》

- ① 国保・後期高齢者の特別徴収の開始に伴う改修
 - ・ 国民健康保険及び後期高齢者医療の担当部署へのファイル提供及び特別徴収依頼情報の集約
 - ・ 年金保険者から通知されるデータフォーマットの変更に伴う受入機能
- ② 高額医療・高額介護合算制度に伴う改修
 - ・ 介護保険自己負担額証明書の発行及び再発行機能
 - ・ 支払給付記録の管理（必要に応じて支払機能）

○ システム改修経費の国庫補助について

平成18年度介護保険事業費補助金（介護保険制度改正に伴うシステム改修事業（市町村等（保険者）が行う介護保険関係システム改修））のうち、

- ・ 国保・後期高齢者医療保険料の特別徴収の開始に伴うシステム改修
- ・ 高額医療・高額介護合算療養費制度の実施にかかるシステム改修

にかかる経費については、医療保険制度改正に対応するための介護保険関連システム改修経費と位置づけ、国として一部補助を行うべく平成18年度予算において補助額の確保を図った上で、当初内示（※1）と併せ、昨年末に各市町村等に対し追加内示（※2）をお示ししたところである。

介護保険制度改正に伴うシステム改修にかかる国庫補助額については各市町村等の申請（当初及び追加内示分を合算）を基に内容を審査の上、今年度中に交付決定を行う予定であり、各市町村等においても年度内の執行をお願いしたい。

しかしながら、医療保険制度改正に対応する部分のシステム改修の具体的な内容については、引き続き関係機関と事務処理方法等の調整を行う必要があり、一部未確定のものもみられることから、国庫補助額のうち今年度に全額執行ができない場合、未執行額については来年度への繰越手続を行う必要が生じるが、それにより発生する事務処理については、各都道府県等において行っていただくようお願いしたい。

※１： 平成１８年１１月８日 老介発第１１０８００１号

「平成１８年度介護保険事業費補助金

（介護保険制度改正に伴うシステム改修事業）の内示について」

※２： 平成１８年１２月２７日 老介発第１２２７００１号

「平成１８年度介護保険事業費補助金

（介護保険制度改正に伴うシステム改修事業）の追加内示について」

介護・国保・後期高齢者における保険料(税)の特別徴収について

今般の医療制度改革に伴い、平成20年4月から介護保険料に加えて、国民健康保険料(税)及び後期高齢者医療保険料(税)の特別徴収が開始されることになる。

これに伴い、現行の介護保険関係システムについても改修が必要となる。

1 事務処理について

(1) 事務の流れ(平成20年4月以降の取扱い)

- ① 年金保険者から65歳以上で年額18万円以上の特別徴収対象年金を受給している者の情報を、経由機関(国保中央会及び国保連合会)を通じて、各市町村へ通知する。

- ② (経由機関の窓口が介護保険担当部署の場合) 介護保険担当部署は、国民健康保険及び後期高齢者医療の担当部署へファイルを分配する。

各担当部署は管理する被保険者情報と年金保険者からの情報を突合のうえ、特別徴収対象者を抽出する。

- ③ 国民健康保険または後期高齢者医療の担当部署は、介護保険と国民健康保険または介護保険と後期高齢者医療の保険料の合算額が特別徴収対象年金額の2分の1を超えないかどうかを確認する。

なお、保険料の合算額が特別徴収対象年金額の2分の1を超える場合、介護保険のみが特別徴収の対象となり、国民健康保険または後期高齢者医療は普通徴収となる。

- ④ 介護保険担当部署は、国民健康保険及び後期高齢者医療の特別徴収依頼情報を集約のうえ、経由機関を通じて年金保険者に通知する。

(2) 市町村(保険者)における主な改修内容は以下のとおり。

- ① 国民健康保険及び後期高齢者医療の担当部署へのファイル提供及び特別徴収依頼情報等の集約

- ② 年金保険者から通知されるデータフォーマットの変更に伴う受入機能

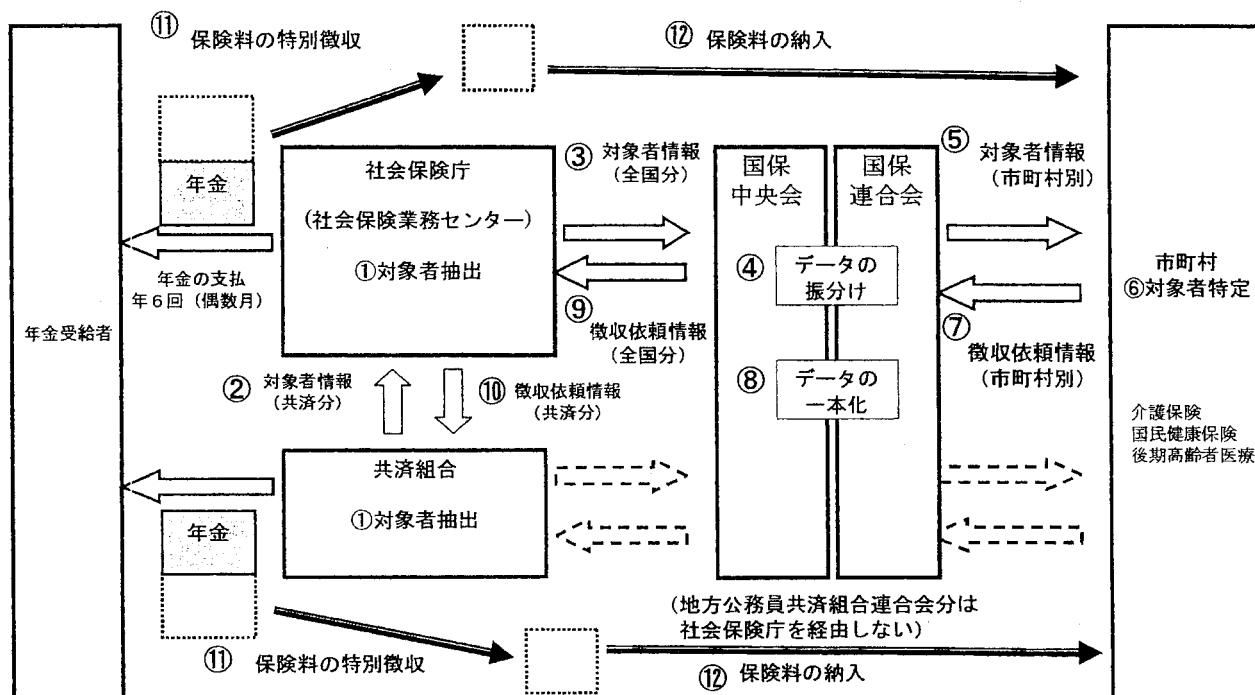
※ 平成20年3月までの事務処理については、基本的に現行の取扱いと同様ですが、同年4月以降は新システムの稼働に伴い、新フォーマットに変換していただくことになる。

(3) 介護保険の新システムへの切替

平成20年3月20日期限の「介護保険特別徴収各種異動情報」の通知後から、同年4月10日の「介護特別徴収結果情報」の受付までの間において、旧システムから新システムへ切替対応をしていただく方向で検討中。

なお、国民健康保険及び後期高齢者医療については、平成19年10月から特別徴収に係るシステムが稼働となる。

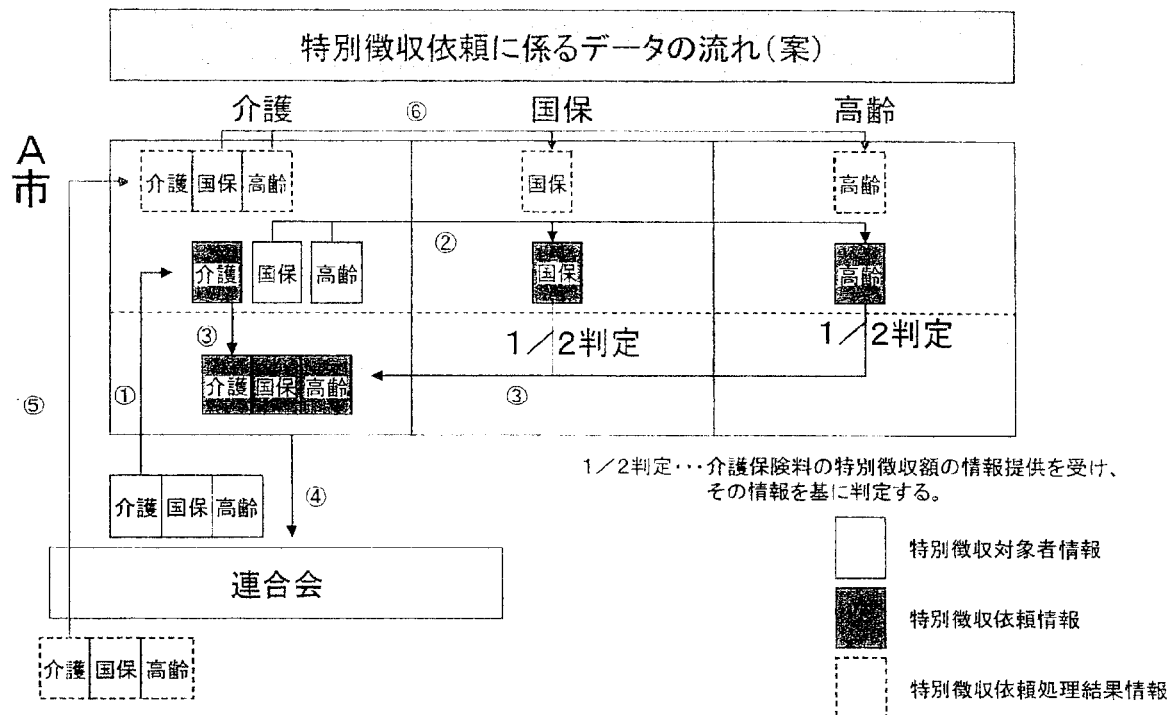
保険料の特別徴収の基本的な事務処理の流れ(図)案



保険料の特別徴収の基本的な事務処理の流れ(解説)案

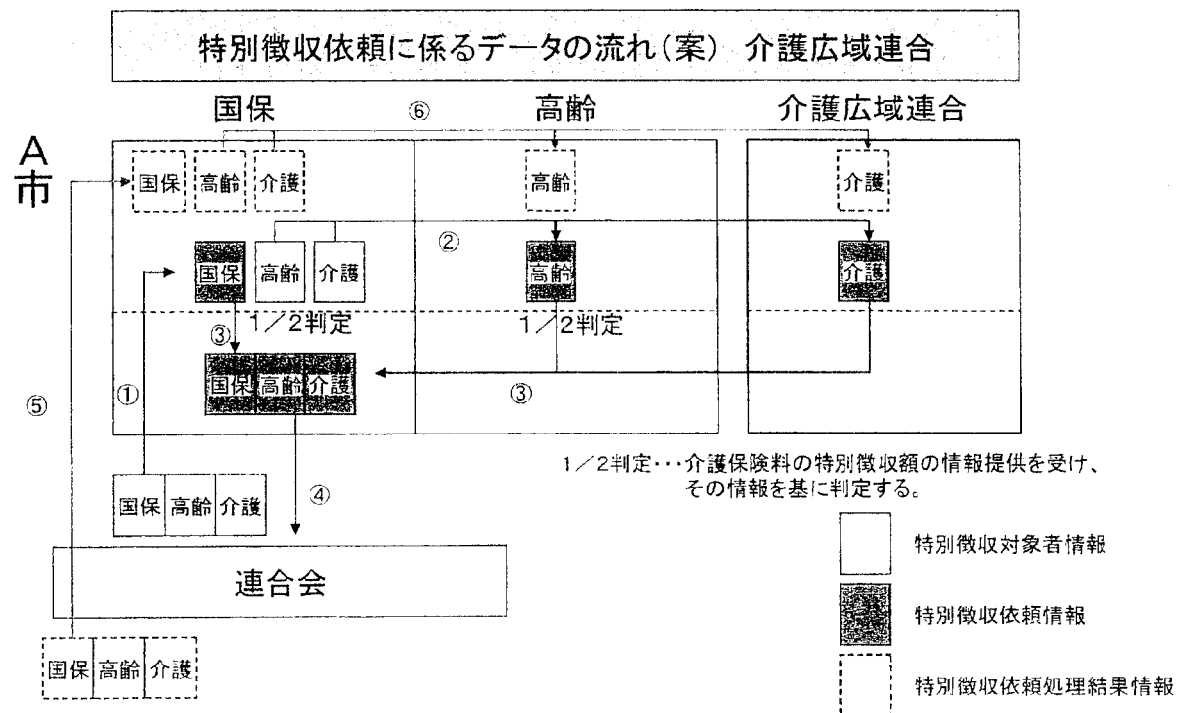
- ①年金保険者において特別徴収の対象となる年金を受給している者を抽出
- ②共済組合(地共済は除く。以下同様)において抽出した対象者情報を社会保険庁へ送付
- ③社会保険庁から社会保険庁分と共済組合分の対象者情報(全国分)を国保中央会へ送付
- ④国保中央会から国保連合会(都道府県)へ送付し、国保連合会において対象者情報を市町村別に振り分け
- ⑤国保連合会から対象者情報(市町村別)を市町村へ送付
- ⑥年金保険者から提供された情報に基づき、市町村において各保険制度の特別徴収の対象者を特定
- ⑦市町村から国保連合会へ徴収依頼情報(市町村別)を送付
- ⑧国保連合会から国保中央会へ徴収依頼情報(都道府県別)を送付し、集約(全国分を一本化)
- ⑨国保中央会から社会保険庁へ徴収依頼情報(全国分)を送付
- ⑩社会保険庁から共済組合へ共済組合分の徴収依頼情報を送付
- ⑪年金保険者において定期支払時に支払われる年金から各保険制度の保険料を徴収
- ⑫年金保険者において徴収した保険料を市町村へ納入

※ 地共済分は地方公務員共済組合連合会を窓口として、中央会・連合会を介し市町村とデータ授受を行う。



＜介護保険担当部署が経由機関の窓口の場合＞

- ①連合会は年金保険者から通知された捕捉情報を、A市の介護保険部局へ送付する。
- ②当該介護保険部局は、国保・高齢ファイルを各担当部局へ送付し、各担当部局において1/2判定を行った上で支払回数割保険料額等を入力する。
- ③各担当部局にて入力したファイルを、介護保険部局にて取りまとめる。
- ④介護担当部局は、当該ファイルを連合会へまとめて送付する。
- ⑤連合会は年金保険者から通知された当該依頼に係る処理結果通知を、A市の介護保険部局へ送付する。
- ⑥当該介護保険部局は、国保・高齢ファイルを各担当部局へ送付し、各担当部局においてデータを反映させる。



- ①連合会は年金保険者から通知された捕捉情報を、A市の国保担当部局へ送付する。
- ②当該国保担当部局は、高齢ファイルを担当部局へ、介護ファイルを広域連合へ送付し、介護担当部局においては支払回数割保険料額等を入力、国保・高齢担当部局においては1/2判定を行った上でファイルを国保担当部局へ送付する。
- ③各担当部局にて入力したファイルを、国保担当部局にて取りまとめる。
- ④国保担当部局は、当該ファイルを連合会へまとめて送付する。
- ⑤連合会は年金保険者から通知された当該依頼に係る処理結果通知を、A市の国保担当部局へ送付する。
- ⑥当該国保担当部局は、高齢ファイルを担当部局へ、介護ファイルを広域連合へ送付し、各担当部局においてデータを反映させる。

高額医療・高額介護合算制度について

1. 制度の趣旨

今般の医療制度改革の一環として、各医療保険（国民健康保険、被用者保険、後期高齢者医療制度）における世帯内で、医療及び介護の両制度における自己負担額の合計額が著しく高額となった場合に、一定の上限額を超えた部分を新たに「高額医療合算介護サービス費（※）」として支給することとし、これにより、世帯の負担軽減を図ることとしている。

（参照条文）

○介護保険法（平成九年法律第百二十三号）（抄）（平成二十年四月施行）

（高額医療合算介護サービス費の支給）

第五十一条の二 市町村は、要介護被保険者の介護サービス利用者負担額（前条第一項の高額介護サービス費が支給される場合にあつては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）及び当該要介護被保険者に係る健康保険法第百十五条第一項に規定する一部負担金等の額（同項の高額療養費が支給される場合にあつては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）その他の医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）に規定するこれに相当する額として政令で定める額の合計額が、著しく高額であるときは、当該要介護被保険者に対し、高額医療合算介護サービス費を支給する。

2 前条第二項の規定は、高額医療合算介護サービス費の支給について準用する。

（高額医療合算介護予防サービス費の支給）

第六十一条の二 市町村は、居宅要支援被保険者の介護予防サービス利用者負担額（前条第一項の高額介護予防サービス費が支給される場合にあつては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）及び当該居宅要支援被保険者に係る健康保険法第百十五条第一項に規定する一部負担金等の額（同項の高額療養費が支給される場合にあつては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）その他の医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律に規定するこれに相当する額として政令で定める額の合計額が、著しく高額であるときは、当該居宅要支援被保険者に対し、高額医療合算介護予防サービス費を支給する。

2 前条第二項の規定は、高額医療合算介護予防サービス費の支給について準用する。

（※）名称は、現行の高額介護サービス費と区別するため、「高額」と「介護サービス費」の間に「医療合算」を挿入したもの。

なお、各医療保険法においては、「高額介護合算療養費」として規定しているところ。

2. 具体的な制度内容（案）〔平成20年4月施行〕

（1）支給要件

各医療保険における世帯内で、医療及び介護の両制度ともに自己負担額を有する世帯を対象とする。

なお、各制度における高額療養費又は高額介護サービス費の支給の有無については、要件としない。

（2）支給対象者

介護保険、被用者保険及び後期高齢者医療制度については、被保険者ごとに支給する。また、国民健康保険については、世帯主に支給する。

（3）支給額の算出方法（具体例は資料1参照）

① 支給額総額

支給額総額

＝世帯における医療・介護の自己負担額の年間合計額（※1）
－世帯の負担限度額（※2，3）

※1 対象年度（毎年8月から翌年7月。初年度は経過措置あり。）の医療保険及び介護保険に係る自己負担額を対象とする。

※2 世帯の負担限度額については、現行の老人医療保健制度と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえ、年額56万円を基本としたうえで、各医療保険や所得区分ごとの自己負担限度額を踏まえ、設定する。具体的な金額は次のページを参照。

※3 対象年度の末日における加入医療保険での高額療養費の限度額区分を適用する。

【高額合算制度における世帯の負担限度額（予定）】（年額）

		後期高齢者医療制度＋介護保険	被用者保険又は国保（世帯内の70歳～74歳）＋介護保険	被用者保険又は国保（世帯内の70歳未満）＋介護保険
現役並み所得者（上位所得者）		67万円	67万円	126万円
一般		56万円	62万円	67万円
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	34万円
	Ⅰ	19万円	19万円	

② 各制度における支給額

①で算出した支給額総額に、各制度の自己負担額を世帯負担合計額で除して得た率を乗じて得た額を、各制度の保険者から支給対象者（※）に支払う。

○医療保険における支給額

＝支給額総額×医療の自己負担額／世帯負担合計額

○介護保険における支給額

＝支給額総額×介護の自己負担額／世帯負担合計額

※ 医療保険（国保を除く）、介護保険は個人に支給することから、同一制度に自己負担をした者が複数いる場合は、個人の自己負担額に応じて按分して支給する。

（４）支給に当たっての留意点

① 年度途中における医療（介護）保険者の変更（具体例は資料２参照）

年度の途中で転居等により医療（介護）保険者に変更となった場合、変更前の保険における自己負担額も、合算の対象とする。

- ② **医療保険間の自己負担額の合算**（イメージ図は資料3参照）
同一世帯において世帯員が異なる医療保険制度に加入している場合、各医療保険ごとに自己負担額を合計することとする。
（他の医療保険に加入している者とは合算しない。）
- ③ **現行の高額介護サービス費について**
高額介護サービス費について、現行制度からの変更点は無し。

3. 事務処理について

（1）事務の流れ（イメージ図は資料4～資料5参照）

- ① 合算制度による支給を受けようとする介護保険の被保険者は、介護保険者に支給兼自己負担額証明書交付申請書を提出する。
- ② ①の申請書を受けた介護保険者は、自己負担額証明書を交付する。
- ③ ②の証明書の交付を受けた者が属する医療保険の被保険者（国保の場合は世帯主）は、対象年度の末日に加入する医療保険者に証明書を添付して、支給申請を行う。
- ④ ③の申請を受けた医療保険者は、支給額を計算する。
- ⑤ 医療保険者は、④により算出した額等を、介護保険者に通知する。
- ⑥ 保険者（支給額の計算を行った保険者を含む）は、当該保険者が支給すべき額を被保険者等に通知・支給する。

（2）システム改修について

① 介護保険自己負担額証明書の発行及び再発行機能

被保険者が対象年度の末日において加入していた医療保険者に高額介護（医療）合算療養費を申請する際は、申請書に介護保険自己負担額証明書を添付して申請することとなる。

そのため、介護保険者は介護保険被保険者からの申請に基づき下記の事項が記載された介護保険自己負担額証明書を介護保険被保険者に発行することとなるため、必要に応じて介護保険システムの改修が必要となる。

【介護保険自己負担額証明書記載事項】

- ・ 介護保険被保険者の氏名、生年月日、性別、住所、被保険者番号、保険者番号
- ・ 年度内の介護保険自己負担額（世帯員別に発行し、証明額は各月毎の額及び年間の合計額。なお、高額介護サービス費が支給されている場合は、支給後なお残る年度内の自己負担額）
- ・ 単独・合算の区分、世帯集約番号、給付制限状況の有無（有の場合は給付割合）
- ・ 証明書に関する問い合わせ先（保険者及び担当課の名称、住所）

② 医療保険者から送付される計算結果データの授受等

介護保険者及び医療保険者は、対象年度の末日において加入していた医療保険者が算出した額等のデータを授受し、そのデータをもとに当該保険者が支給すべき額を申請者に通知・支給し、支払額を給付管理に反映させるため、必要に応じてシステム改修が必要となる。

【医療保険者からの計算結果データ内容】

- ・ 申請者の氏名、生年月日、性別、住所、介護保険被保険者番号、医療保険の記号・番号
- ・ 医療保険者の名称、保険者番号
- ・ 介護分支払額算出内訳

合算療養費の支給計算（一般的な事例）について（案）

資料 1

（例）	A	B	計
医療	400,000円	100,000円	500,000円（医療負担区分「一般」）
介護	50,000円	300,000円	350,000円

被用者保険・国民健康保険（2名とも高齢受給者）

A 被保険者・世帯主 B 被扶養者・世帯主以外
（世帯の負担合算額）
 $400,000 + 100,000 + 50,000 + 300,000 = 850,000$ 円（①）
（支給額）
 $850,000 - 620,000 = 230,000$ 円
（支給内訳）
・医療保険者： $230,000 \times 500,000 \div 850,000 \div 135,294$ 円
（被保険者・世帯主であるAに支給）
・介護保険者： $230,000 \times 350,000 \div 850,000 \div 94,706$ 円
A： $94,706 \times 50,000 \div 350,000 \div 13,529$ 円
B： $94,706 \times 300,000 \div 350,000 \div 81,177$ 円
（対個人支給額）
・A 135,294円（医療）+13,529円（介護）=148,823円
・B 81,177円（介護のみ）

後 期 高 齢 者 医 療

A 被保険者 B 被保険者
（世帯の負担合算額）850,000円（①）
（支給額）
 $850,000 - 560,000 = 290,000$ 円
（支給内訳）
・医療保険者： $290,000 \times 500,000 \div 850,000 \div 170,588$ 円
A： $170,588 \times 400,000 \div 500,000 \div 136,470$ 円
B： $170,588 \times 100,000 \div 500,000 \div 34,118$ 円
・介護保険者： $290,000 \times 350,000 \div 850,000 \div 119,412$ 円
A： $119,412 \times 50,000 \div 350,000 \div 17,059$ 円
B： $119,412 \times 300,000 \div 350,000 \div 102,353$ 円
（対個人支給額）
・A 136,470円（医療）+17,059円（介護）=153,529円
・B 34,118円（医療）+102,353円（介護）=136,471円

対象年度内に加入医療保険に異動があった場合の取扱いについて

資料 2

例 被用者保険加入の世帯が、年度途中で国保に加入した場合。（限度額区分は全て高齢受給者一般）

（医療）

	世帯分300,000円	世帯分200,000円
A	X被用者保険（被保険者）	Y市国保（世帯主）
B	X被用者保険（被扶養者）	Y市国保（世帯主以外）

（介護）

	A介護分160,000円
A	Y市介護
B	Y市介護
	B介護分200,000円

（計算）

・Y市国保による支給計算

（世帯合算） $300,000 + 200,000 + 160,000 + 200,000 = 860,000$ 円

（支給額） $860,000 - 620,000 = 240,000$ 円

（支給内訳）X被用者保険 $240,000 \times 300,000 \div 860,000 \div 83,721$ 円
Y市国保 $240,000 \times 200,000 \div 860,000 \div 55,814$ 円
Y市介護 $240,000 \times 360,000 \div 860,000 \div 100,465$ 円

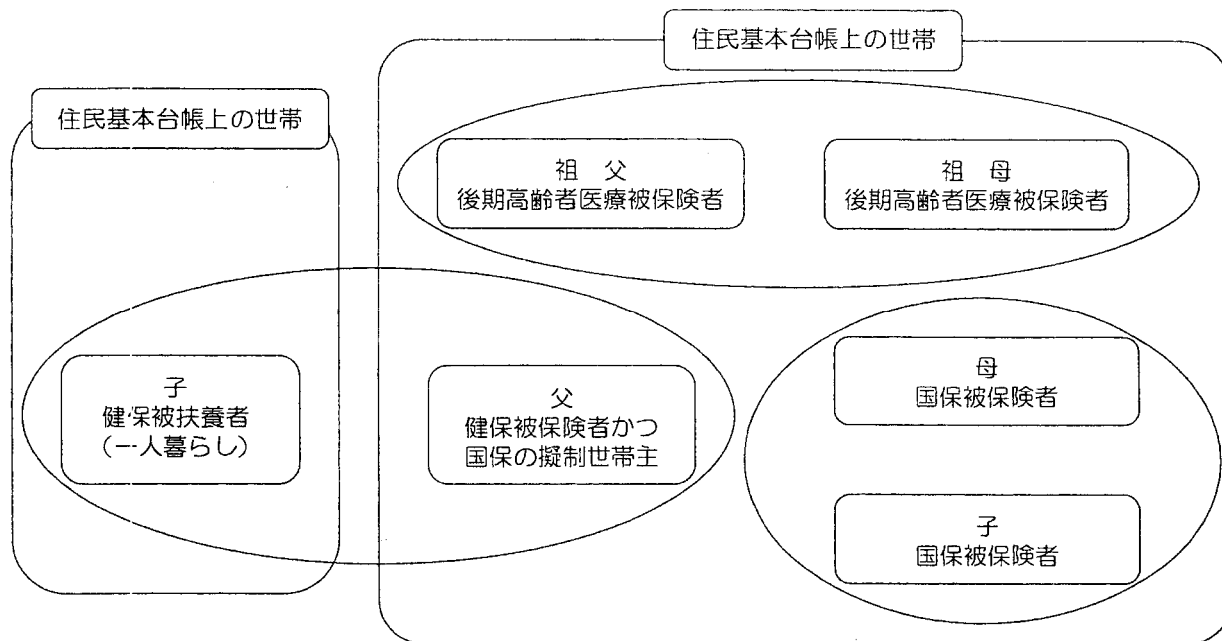
（Y市介護内訳）

A $100,465 \times 160,000 \div 360,000 \div 44,651$ 円
B $100,465 \times 200,000 \div 360,000 \div 55,814$ 円

（対個人支給額）

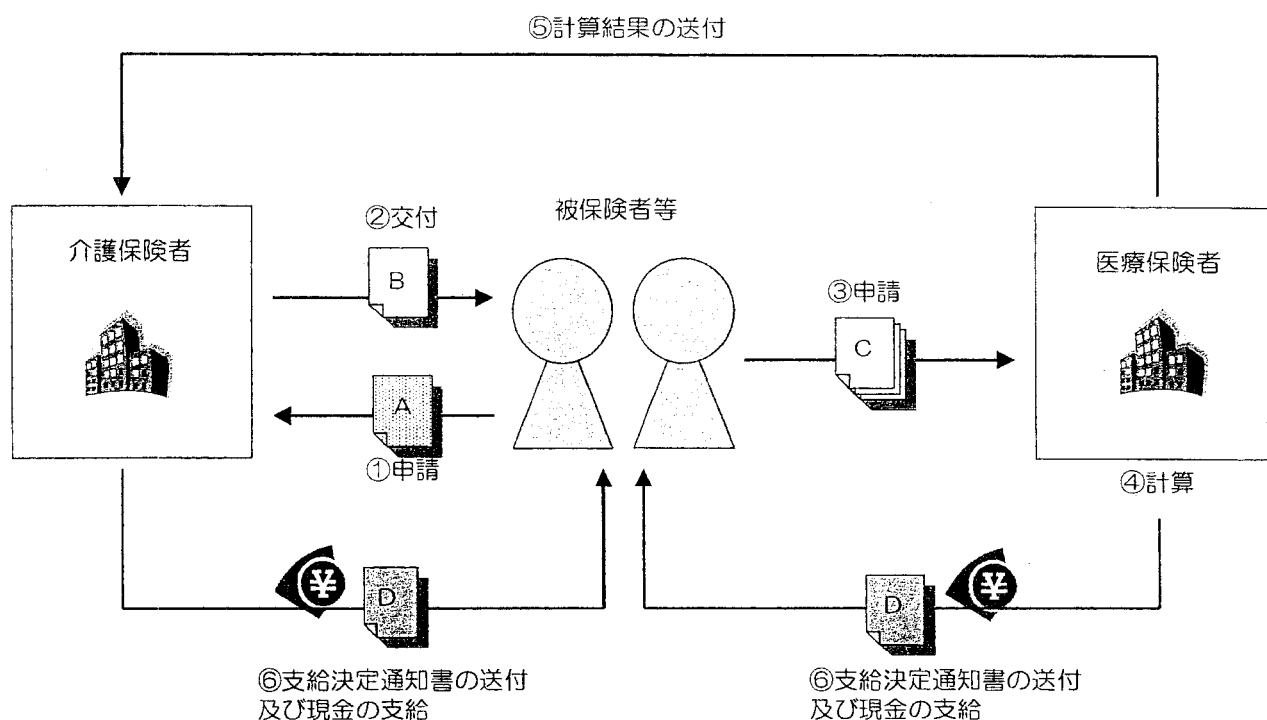
A 83,721（X被用者保険）+55,814（Y市国保）
+44,651（Y市介護）=184,186円

B 55,814円（Y市介護のみ）



※  → 高額介護合算療養費等における世帯（現行の高額療養費と同じ）

○ 事務の流れ



○ 各書類の内容について

- A** 高額医療合算介護・介護予防サービス費（高額介護合算療養費）支給兼自己負担額証明書交付申請書
- ・ 支給申請書と自己負担額証明書の交付申請書を兼ねることにより、介護保険者等に対する支給申請を行うことができる。
 - ・ 介護保険者に当該申請を行う。その際、介護保険に加入するすべての被保険者からの申請となるようにする。
- B** 自己負担額証明書
- ・ 各保険者は、申請を行った被保険者が支払った一部負担金等の額を記載する。
 - ・ 高額療養費等が未申請の場合は、高額療養費等を支給したものとして算定した一部負担金等の額を記載する。
- C** 高額介護合算療養費支給申請書
- ・ 被保険者（国保においては世帯主）が自己負担額証明書を添付して申請を行う。
 - ・ 広域連合（後期高齢者医療）に当該申請を行う場合は、被保険者ごとに申請を行うため、合算対象となるすべての被保険者からの申請となるようにする。
- D** 支給額決定通知書（または不支給決定通知書）
- ・ 各保険者は被保険者に対して、支給額の積算内訳書を送付する。
 - ・ 各保険者は、あわせて支給額決定通知書を送付する。

※ 各様式の具体的な案については、別途示す予定。

介護保険課資料

連絡事項

・調整交付金の適正な交付について

会計検査院による平成17年度決算検査報告において、介護給付費財政調整交付金が過大に交付されている事例が指摘された。介護給付費財政調整交付金の交付については、誠に遺憾ではあるが、制度創設からこれまでの間、例年指摘を受けているところである。

なお、指摘事項の大半は、調整基準標準給付費を算定するに当たり、介護給付費等の数値を誤って計上するなどのケアレスミスによるものであるが、一部には算定対象月以外の月分を計上するなど制度の理解が不十分であると考えられるものも見られる。これらの誤りは、算定に当たり改めて関係法令や交付要綱等を十分に確認するとともに、申請の際にまとめて数値の検証を行うのではなく、毎月の数値について経過した月ごとに順次検証を行うなどの事前準備を行っておくことにより回避することができるものと考えられる。

については、管内市区町村に対し、適正な交付が確保されるよう更なる周知徹底を図るとともに、交付申請及び実績報告時における書類審査を厳格に行うことをお願いしたい。

介護保険指導室関係

3. 平成19年度以降の指導監督の実施について

ア. 指導監督の円滑な実施について

- 介護保険制度における指導監督については、平成18年4月の改正介護保険法の施行を受けて、各都道府県及び市町村の参考となるよう、「介護保険施設等指導指針」及び「介護保険施設等監査指針」の改正を行い、平成18年10月23日付けで、老健局長通知「介護保険施設等の指導監督について」（以下「指導・監査指針」という。）を発出したところである。
- 今後は、この指導・監査指針を参考として都道府県及び市町村における指導監督体制の整備及び実施体制の確保を図られたい。
- また、指導・監査指針の中で記載した指導指針の第5-2-(2)に基づく、実地指導に関するマニュアルについては、先般、「介護保険施設等実地指導マニュアル」（平成19年2月7日老指発第0207001号）を発出したところであり、国においては、都道府県及び市町村との合同指導として行う平成19年度以降の介護サービス事業者等（以下「事業者等」という。）に対する実地指導については、本マニュアルに基づき実施することとしているので了知されたい。
- なお、都道府県及び市町村の指導監督事務の質の更なる向上を図る観点から、所属の指導監督担当職員の各種研修会への積極的な派遣等、研修機会の確保に努めていただくことについても併せてお願いする。

イ. 指導・監査指針の留意事項について

（ア）指導指針について

- 全てを公費で負担し、その実施内容まで行政が責任を持っていた措置制度の時代と異なり、利用者と事業者等との相互契約で利用が決定され、保険料を中

心に公費がバックアップする現在の介護保険制度では、おのずと行政の役割も異なり、サービス利用に関する利用者と事業者等の適正な環境をつくることが重要である。

- このため、指導においては、介護サービスを行う事業者等に対して適切でより良いサービスを提供できるように育成支援することを主眼としていることに留意されたい。

① 集団指導

- 集団指導は、適正なサービスを提供するための事業者等に対する必要な情報伝達の間であることから、今後は指導監督に関する事項だけでなく、介護保険担当課等とも十分な連携を図り、遵守すべき介護保険制度の内容及各種のサービス提供の取り扱い、報酬請求に関する事項等についても強力に周知徹底に努めること。
- また、集団指導の実施にあたっては、講習会方式に拘わらず創意工夫により、効率的・効果的な集団指導の実施に努めること。
- 離島、へき地など、地域的な事情により、その都度、事業者等を参集して集団指導を実施することが困難な場合については資料の送付を行うなど、確実に速やかな情報の提供に努めること。

② 実地指導

- 平成19年度における実地指導の重点事項としては、認知症の高齢者や介護が必要な度合いが中重度の高齢者に対応したサービスの質的な向上を図ることが重要であり、「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。）の制定や身体拘束禁止規定にかかる介護報酬上の身体拘束廃止未実施減算の創設などを踏

まえ、次のことを事業者等に対し重点的に指導されるようお願いしたい。

- ① 高齢者虐待及び身体拘束についての認識の普及
- ② 高齢者虐待防止及び身体拘束禁止に関する制度理解の推進
- ③ 高齢者虐待防止及び身体拘束禁止に向けた事業所等の積極的な取り組みの推進
- ④ 高齢者虐待防止及び身体拘束禁止に向けた、指定基準及び指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等に規定されているケアプランを含む「一連のプロセス」に基づくサービス提供の推進
- ⑤ 「ケアプラン」や「他職種協働によるケア」をベースにした報酬上の加算についての適正な請求の推進

(運営指導)

- ・ 運営指導は、実地指導マニュアルの中の「運営指導マニュアル」を参考に指導にあたられたいこと。
- ・ 運営指導にあたっては、ケアプランの個々の内容や実施方法そのものに関与するのではなく、虐待防止や身体拘束禁止につながる個別の利用者へのサービス提供プロセスの重要性の理解等について主眼をおくこと。

(報酬請求指導)

- ・ 平成18年4月の介護報酬改正により各種加算等が相当数創設され、より個別ケアに向けた取り組みが重視されたところであるが、本来加算等については、事業者等からの届出により介護報酬を請求し、請求にあたっては、当然報酬基準上の要件を担保していることが必要となっているところである。
- ・ このため、常に毎月の報酬請求においては事業者等自身で請求にあたって不備等がないよう確認し、請求することが求められていることから、介護報酬請求の指導にあたっては十分その旨を周知するとともに

に、介護報酬基準上の要件を担保しているか否かは請求事業者等自身に挙証責任があることについての理解の推進に努めること。

(イ) 監査指針について

- 本来、指定基準を遵守してサービス提供を行うのは介護保険法上の指定を受けた事業者等の最低限の責務であり、このため、事業者等は常に指定基準内容について違反がないように確認を行うとともに、違反した場合には速やかに是正を図り、必要に応じて報酬上の措置を事業者等自身でとるよう集団指導等で周知を行うことが重要である。
- しかしながら、指定基準の違反事実を認識しながら放置していたり、不正請求を行っているような悪質な事業者等に対しては、都道府県及び市町村は法律上に規定した監督規定の権限を行使し、不適正な保険給付を是正することが必要なところである。
- このため監査は、悪質な指定基準違反及び不正請求に対して特に機動的に対応することが重要であり、このためには必要な情報の収集、分析が可能となるよう日頃から体制を整備し、機動的で適確な監査が実施出来るようにされたい。
- 監査の実施にあたっては、特に下記の点に留意されたい。
 - ① 法律や指定基準の根拠条文を明確にして、不正や違反事実を判断すること。
 - ② 不正や違反となる事実内容については、挙証資料を的確に把握するとともに、不正や違反の相手方となる事業者等の管理者等から不正や違反事実の確認が取れる書類を徴収すること。
 - ③ 指定基準違反を伴わない不正請求の監査については、介護保険法上、指定の取消し等の適用を判断するとともに「偽りその他不正の行為」によるものかどうかについても「不正利得の徴収等」の観点から判断するなど、

指定権者と保険者の十分な連携のもと、保険給付の適正化に十分努められたいこと。

- ④ 監査については、介護保険法第5章の各規定に基づき実施することとなるが、従来行っていたような指定基準違反を確認するための悉皆的なチェック方式を「報告等」の各条文に基づき都道府県及び市町村の判断で実施することは可能であるが、集団指導の強化を図るようお示ししたことを踏まえ、行政事務上の効率性や効果も十分考慮して取り組まれたいこと。

○ 市町村において、地域密着型サービスの事業者の監査を行う場合、認知症高齢者が多数利用していること、地域密着型のサービスとして制度上位置付けられていること等を十分理解し、利用者処遇上の困難性にも十分留意して画一的な監査とならないよう留意されたい。

○ なお、改善勧告書及び改善命令書とそれに対する改善報告書のひながたを添付しているので、都道府県及び市町村におかれては、行政指導及び行政処分の際の参考とされたい。

ウ．都道府県における市町村に対する助言等について

○ 先般（平成19年1月15日）開催された「全国厚生労働関係部局長会議」において、平成19年度以降の新たな指導監督事務の本格実施に向けて、各都道府県におかれては管内市町村に対し、指導・監査指針内容について再度周知徹底を図るとともに、これら指定及び指導監督事務の実施に関し必要な助言及び適切な援助を行っていただきたい旨、お願いしたところである。

○ これは、昨年7月以降、国において都道府県及び政令指定都市を中心に個別にヒアリングを行い、都道府県によっては、国から提供された情報等に関して、管内市町村及び事業者等に対しての情報伝達が十分とはいえない状況が見受けられたことからである。

各都道府県におかれては、本日の資料及び説明内容も含め、管内市町村に対し、その趣旨の周知及び必要な情報の伝達を行っていただくとともに、必要な場合には助言及び適切な援助を行っていただくようお願いしたい。

なお、管内の市町村によっては、当該市町村の指定に係る地域密着型サービス事業者等が少数の場合があると思われるが、このような場合には、通常の関与の中で地域密着型サービス事業者の実態が容易に把握できることから、形式的な指導監督体制の構築でなく、国の指導・監査指針及び都道府県等の指導監査要綱等を十分参考とし、検討を行った上で地域の実情にあった指導監督体制、実施体制、実施要綱等を平成19年度中に整備されるよう併せて周知していただくようお願いしたい。

エ. 厚生労働大臣の監督上の役割

(ア) 都道府県及び市町村に対する厚生労働大臣の関与

○ 介護保険法第5章に規定する事務については、地方自治法上の自治事務としての処理を都道府県及び市町村において実施いただいているところであるが、制度上必要な関与については、地方自治法上「法律又はこれに基づく政令」に基づくこととされていることから、介護保険制度上では、介護保険法第197条に規定しているところであり、今回新たに制度化した地域密着型サービスに係る市町村の事務処理に関しても同様とされたところである。

○ このため、この介護保険法第197条に基づく助言及び勧告を実施するにあたっては、各都道府県及び市町村から、その指導監督事務の実施状況を実地にヒアリングすることとしている。

◇ 本省においては、都道府県・指定都市・中核市を対象に原則毎年度、実地に指導監督状況についてヒアリングを実施する。

◇ 地方厚生局においては、市区町村（指定都市及び中核市を除く。）を対象に実地に指導監督状況についてヒアリングを実施する。

ヒアリングの対象となる市町村については、担当ブロックごとの地方厚生局が都道府県と相談して決定することとしているので、ご協力願いたい。

なお、市町村の選定に当たっては、当分の間、地域の市町村の介護保険事務の状況を考慮し、地域の中における中核的な市町村からヒアリングを行うこととしているので了知されたい。

具体的には、以下の事項を中心にヒアリングすることを予定している。

① 指定及び指導監督体制

- ・ 指定事務の体制
- ・ 指導及び監査体制
- ・ 関係部局等との連携体制及び合同指導の状況

② 指定等事務の状況

- ・ 事業者等の指定等の状況

③ 指導及び監査に係る実施要綱等の策定等

④ 指導及び監査の実施方法、実施状況等

(指導)

- ・ 集団指導及び実地指導の実施方法等
- ・ 指導の実施状況

(監査)

- ・ 監査の実施方法等
- ・ 監査の実施状況
- ・ 監査後の措置

(イ) 事業者等に対する厚生労働大臣による関与

○ 介護保険法第24条による関与

- ・ 国は、都道府県及び市町村に対して実施する指導監督状況のヒアリングと併せて、事業者等に対し合同指導として実地指導を実施。
- ・ この場合における実地指導結果については、国から事業者等に対し通知し

報告を求めるとともに、合同指導を実施した都道府県及び市町村に対し、その旨の通知を行うものとする。

オ. 平成19年度の実施スケジュール

- 平成19年度の国における各都道府県及び市町村に対する実地ヒアリングのスケジュールとしては、別添のとおり、各都道府県及び市町村の指定事務の処理と指導監督の体制が整う、5月頃から開始する予定であるので、ご承知置き願いたい。

4. 実地指導マニュアルについて

ア. 実地指導マニュアル導入の趣旨

- 今後は、後期高齢者の増大に伴い、介護が必要な度合いが中重度の利用者が、増加し、また、認知症の高齢者も増大することが見込まれるところである。

このため、従来の身体的ケアから、より高度で専門的なケアとなる「身体的ケア＋認知症ケア」が必要となり、その対応が求められているところである。

- 平成12年の介護保険法の施行に伴い、介護保険施設等の指定基準に身体拘束を原則禁止する旨が定められ、国をはじめ都道府県及び市町村も各種施策を実施してきたところであるが、平成18年4月の介護報酬改正では、身体拘束廃止未実施減算も導入されるなど、よりサービスの質に関する取り組みについて強化が求められているところである。

- また、行動障害を起こす高齢者への虐待問題が近年深刻な問題となっており高齢者の尊厳を冒す重大な問題である高齢者虐待に対し、社会全体での早急な対応が必要であるという気運が高まり、高齢者虐待防止法が議員立法により成立した。

この法律は、平成18年4月から施行され、在宅の介護者や事業者等の業務に従事する者に対しても、高齢者への身体的、心理的、経済的等の虐待防止について適切な対応が求められているところである。

- このため、サービスの質の向上の取り組みとして、政策上の重要課題となっている「高齢者虐待防止」や「身体拘束廃止」と個別ケアに向けた取り組みを重視する加算請求について、事業者等に対する実地指導の重点としたものである。

イ. 実地指導マニュアルの構成

- 実地指導マニュアルの構成は、「運営上」の指導、「報酬請求上」の指導及び別冊となっており、それぞれ次のように構成されている。

◆ 運営マニュアル

- ※ 政策上の重要課題である、「高齢者虐待防止」、「身体拘束廃止」等につながる運営上の指導

(1) 運営指導マニュアルについて

(2) 運営指導

- ① 運営指導Ⅰ（利用者の生活実態の確認）
- ② 運営指導Ⅱ（サービスの質に関する確認）
- ③ 身体拘束廃止に関する指導について

(3) 運営指導結果の報告

◆ 報酬請求マニュアル

- ※ 個別ケアに向けた取り組みを重視した加算報酬請求についての普及啓発としての指導

(1) 報酬請求マニュアルについて

(2) 各種加算等自己点検シート

◆ 別冊

- ・ 関係法令
- ・ 加算・減算適用要件等一覧

ウ. 運営指導マニュアル使用に当たっての留意事項

- 運営指導マニュアルの使用に当たっては、個々のケアプランやサービスの提供のされ方をチェックするものでなく運営上でのサービスのプロセスを理解できるよう実地にその事業者等の認識や理解度の程度、体制に応じて指導を行うことで、サービスの質の向上を図るものであること。

エ．報酬請求指導マニュアルの使用に当たっての留意事項

- 報酬請求指導では、自己点検シートを事業者等に対し、実地指導の事前に送付して自己点検を行うことにより、加算等に必要とされる報酬基準上の体制や実施内容が十分に理解され、適切なサービスの確保につなげていくことを目的としているので、個々の加算請求の是非だけをみるような画一的なチェックとならないようにすること。

オ．居宅系サービス事業者に対する指導

- 居宅系サービス事業者に対する指導においては、重点事項である高齢者虐待防止の観点から、集団指導の場の活用を図るとともに、実地指導時においても、事業者等に対し、十分な理解と周知徹底を図ること。
- また、報酬請求に関する指導については、報酬基準上の体制や実施内容の十分な理解の促進と適切なサービスの確保に資するよう指導を実施されたい。
なお、報酬請求については、指導方針が異なることにより、重大な問題が生じるおそれがあることから、指導内容に疑義があるときは、国に照会を行うなど、統一的な指導方針となるよう留意されたい。

カ．好事例の活用

- 実地指導において、虐待や身体拘束が認められない事業者等の取組状況をヒアリングし、具体的な取り組みに苦慮している管内事業者等に対し、好事例が活用されるよう情報提供に努められたいこと。

キ．実地指導に関する全国担当者会議の開催について

- 実地指導マニュアルについては、平成19年度から新しい取り組みとして実施をお願いすることから、都道府県及び市町村の指導監督担当係長の方々にご参集いただき、このマニュアルの内容について十分に説明を行う研修会を4月上旬に開催する予定であるので、ご承知置き願いたい。

5. 平成19年度における指導監督結果報告(平成18年度実績分)について

- 平成18年4月の介護保険法改正に伴い、市町村へ地域密着型サービス等の指定及び指導監督権限が付与され、また、事業者に対する指定の取消要件の追加、指導監督に関して勧告・改善命令等の追加等、制度が大幅に変更されたところである。
- このため、毎年、都道府県等から事業年度報告として提出頂いている「指導・監査結果報告」についても、今般、制度改正に則した、以下の内容を含んだ報告様式に見直すこととしたので、提出に当たっては十分留意されるようお願いしたい。
- なお、平成18年度における指導・監査については、従前からの指導・監査指針に基づき実施している都道府県等が殆どであることから、平成18年度実績に係る報告については、新規の報告様式に加え、従前の報告様式による作成についても求めることとしているので、ご了解願いたい。
- 調査票等については、5月上旬頃の送付を予定しているが、政令市、中核市以外の市町村分については、都道府県において取りまとめのうえ、報告されるよう併せてお願いしたい。

現段階における調査票等の案は、別添のとおりであるので、参考とされたい。

【 新規に実績報告として求める内容について 】

I 監査関係

- (1) 監査の実施件数
- (2) 監査後の結果等
- (3) 勧告、命令、指定の効力の停止、取消の状況等

勧告、命令、指定の効力の停止、取消に至った経緯、状況等について、別表により報告を求めるものとする。

注) 別表については現時点での様式案であり、今後、各都道府県等からの意見を参考の上、修正を行って、出来るだけ簡易な様式として電子媒体でお示しする予定であるので、意見等がある場合には当室までご連絡願いたい。

II 指導関係

(1) 集団指導について

- ① 集団指導の実施回数
- ② 指導内容（内容を簡潔に記載）

(2) 実地指導について

- ① 実地指導の実施回数
- ② 国が示した基準（マニュアルによる身体拘束、高齢者虐待関係）以外の指導を行った場合は、指導内容を簡潔に記載

III 返還金の状況

(1) 監査等により報酬の返還が判明し、当該年度内に額が確定した報酬返還額について、事業所数・返還額・加算額・収納済額等について報告を求めるものとする。

なお、収納済額については、返還額のうち当該年度分として収納した額とするので留意されたい。

(2) 返還金として調査を要する内容は、次のとおり。

- ① 過誤調整による返還金の状況
- ② 法第22条第3項に基づく返還金及び同項に基づく加算金の状況

(3) なお、法第22条第3項に基づく返還金に係る返還方法については、保険者からの納付書に基づく返還、又は保険者と事業者等の協議等による過誤調整に基づく返還等があることから、これらについても返還方法別に区分けして、返還金の状況を把握することとしているので了知されたい。

6. その他（指導監督関連事項について）

ア. 保険者（市町村）指導について

- 保険者においては、新たに地域密着型サービス等に関する指定事務及び指導監督事務を行うこととなっており、事務の定着化までには時間を要すると思われる。

このため、各都道府県におかれては、引き続き、保険者が行う介護保険事業の運営と併せ、地域密着型サービス等に関する指定事務及び指導監督事務についても、健全かつ円滑に行われるよう、必要な助言及び適切な援助を行っていただくようお願いしたい。

イ. 老人福祉施設に関する指導監督について

- 今後、社会・援護局において、社会福祉法人及び社会福祉施設の指導監督の見直しが行われる予定であり、社会福祉法人認可と老人福祉施設認可を担当する課とも協議を行った上で「老人福祉施設指導監査指針」（「老人福祉施設に係る指導監督について」（平成12年5月12日老発第481号））を見直すこととしているので、ご了解されたい。

介護保険指導室資料

平成19年度実地ヒアリングスケジュール(案)

平成19年度実地ヒアリングスケジュール(案)

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
本 省	横浜市	岩手県	秋田県 秋田市	(予備)	大分県 大分市	富山県 富山市	堺市 東大阪市	島根県	群馬県
	仙台市	鹿児島県 鹿児島市	宮城県		神奈川県 相模原市	大阪府 高槻市	川崎市 横須賀市	徳島県	茨城県
	大阪市								
	札幌市	北海道 旭川市 函館市	長野県 長野市		千葉県 千葉市 船橋市	高知県 高知市	福島県 郡山市 いわき市	栃木県 宇都宮市	
	さいたま市	東京都	宮崎県 宮崎市		三重県	長崎県 長崎市		埼玉県 川越市	
	広島市	青森県 青森市	熊本県 熊本市		岐阜県 岐阜市	岡山県 岡山市 倉敷市	沖縄県	山口県 下関市	
	北九州市	福岡県 福岡市	広島県 福山市		奈良県 奈良市	山梨県	石川県 金沢市	香川県 高松市	
	静岡市	京都府 京都市	愛知県 豊田市 豊橋市		福井県	山形県	和歌山県 和歌山市	鳥取県	
	神戸市	静岡県 浜松市	佐賀県		兵庫県 姫路市	新潟県 新潟市	名古屋市 岡崎市	愛媛県 松山市	滋賀県

1. 本省が実施する都道府県等に対する実地ヒアリングについては、上記スケジュールで実施する予定であるが、実施に当たって特別な事情等がある場合は、介護保険指導室宛に連絡していただくようお願いします。
2. 厚生局が実施する市区町村に対する実地ヒアリングについては、厚生局の組織体制及び社会福祉法人監査の見直し等を踏まえて、4月以降早期に実地ヒアリングスケジュールを確定する予定。

介護保険関係指導監督結果報告書(案)

監査(実地検査)の状況

サービス種類	件数	監査後の措置等						
		指定基準違反・不正請求等なく適正に処理されていた (A)	改善報告 (B)	改善勧告 (C)	改善命令 (D)	指定の効力の一部停止 (E)	指定の効力の全部停止 (F)	指定の取消 (G)
101 訪問介護	43	26	11	6	4	2	1	5
102 訪問入浴介護	12	10	2	0	0	0	0	0
103 訪問看護	23	18	2	1	1	0	0	1
104 訪問リハビリテーション介護	25	19	4	2	2	0	0	1
105 居宅療養管理指導	3	3	0	0	0	0	0	0
106 通所介護	31	28	2	0	0	0	0	1
107 通所リハビリテーション	18	12	5	2	1	1	0	1
701 介護予防認知症対応型通所介護	2	2	0	0	0	0	0	0
702 介護予防小規模多機能型居宅介護	5	3	1	0	0	0	0	1
703 介護予防認知症対応型共同生活介護	2	2	0	0	0	0	0	0
(小計)	9	7	1	0	0	0	0	1
(合計)	321	260	43	21	19	5	2	16

※1 監査後の措置等については、監査の結果に基づき行った行政上の措置等について記入すること。

(例) 監査後に改善勧告→改善命令→指定取消の場合、それぞれの欄に1件として計上すること。

※2 監査後の措置が次年度にまたがる場合については、該当する年度に対応して計上すること。

(例) 監査(H18.2.3)→改善勧告(H18.3.23)→改善命令(H18.4.21)→取消(H18.5.10)

【平成18年度】 件数1件、改善勧告1件 【平成19年度】 改善命令1件、指定取消1件(※平成19年度には“件数”に1件を計上しないこと。)

改善勧告に係る状況調書

件数(C)

No.	事業所名	事業者名	法人種類	サービス種類	改善勧告事由		勧告年月日	公表年月日	経過
					指定基準違反(関係条文)				
1	Aグループホーム	特定非営利活動法人 A	特定非営利法人	地域密着型共同生活介護	厚令 34 第 90 条 第 3 項 第 号	厚令 34 第 98 条 第 3 項 第 号	H18.5.30	H18.6.8	2
2	B 居宅介護支援事業所	有限会社 B	営利法人	居宅介護支援	厚令 38 第 10 条 第 1 項 第 号		H19.3.20		3
3					厚令 第 条 第 項 第 号				
4					厚令 第 条 第 項 第 号				
5					厚令 第 条 第 項 第 号				
6					厚令 第 条 第 項 第 号				
7					厚令 第 条 第 項 第 号				

「法人種類」
別シート“一覧表”
を参照の上、入力
すること

「サービス種別」
別シート“一覧表”
を参照の上、入力
すること

「指定基準違反(関係条文)」
改善勧告の根拠条文を入力。

「公表年月日」
公表を省略した場合は、
入力不要です。

「経過」
改善勧告後の状況を下記の
該当する“番号”を入力
項目
1:勧告→命令
2:勧告→改善報告
3:勧告→未確定
4:勧告→その他

1. 提出方法
2. 入力方法
3. 留意事項

電子媒体によるメールでの報告をお願いします。なお、電子媒体での提出が困難な場合は紙媒体でも構いません。

上記コメントのとおり

改善勧告事由が2以上のものについては適宜、行を挿入の上対応すること。

改善命令に係る状況調書

件数(D)

No.	事業所名	事業者名	法人種類	サービス種類	改善命令事由	聴聞年月日	命令年月日	経過
					指定基準違反(関係条文)			
1	ヘルパーステーション C	C株式会社	営利法人	訪問介護	厚令 37 第 5 条 第 1 項 第 号 厚令 37 第 5 条 第 2 項 第 号	H18.8.4	H18.9.7	3
2	Aグループホーム	特定非営利活動法人 A	特定非営利法人	地域密着型共同生活介護	厚令 34 第 90 条 第 3 項 第 号 厚令 34 第 98 条 第 3 項 第 号	H18.10.13	H18.10.20	2
3					厚令 第 条 第 項 第 号			
4					厚令 第 条 第 項 第 号			
5					厚令 第 条 第 項 第 号			
6					厚令 第 条 第 項 第 号			
7					厚令 第 条 第 項 第 号			

「法人種類」
別シート“一覧表”
を参照の上、入力
すること

「サービス種別」
別シート“一覧表”を参
照の上、入力すること

「指定基準違反(関係条文)」
改善命令の根拠条文を入力。

「聴聞年月日」
聴聞手続きを省略し
た場合は、入力不要
です。

「経過」
改善命令後の状況を下記の該当
する“番号”を入力
項目
1: 命令→停止
2: 命令→取消
3: 命令→改善報告
4: 命令→未確定

1. 提出方法
2. 入力方法
3. 留意事項

電子媒体によるメールでの提出をお願いします。なお、電子媒体での提出が困難な場合は紙媒体でも構いません。
上記コメントのとおり
改善命令事由が2以上のものについては適宜、行を挿入の上対応すること。

指定の効力全部又は一部停止処分に係る状況調書

件数(E+F)

No.	事業所名	事業者名	法人種類	サービス種類	停止内容	指定の効力の停止事由			聴聞年月日	停止年月日	経過
						介護保険法	指定基準違反(関係条文)				
1	D訪問介護サービス	D株式会社	営利法人	訪問介護	全部	第77条第1項第2号 第77条第1項第3号 第77条第1項第3号 第77条第1項第5号 第77条第1項第6号	厚令第37条第5条第2項第号 厚令第37条第19条第1項第号 厚令第37条第20条第1項第号 厚令第条第項第号 厚令第条第項第号		H18.12.11	H19.1.12	1
2	D通所介護サービス	D株式会社	営利法人	通所介護	全部	第77条第1項第5号	厚令第条第項第号			H19.1.12	1
3	E訪問看護サービス	E医療法人	医療法人	訪問看護	一部	第77条第1項第2号	厚令第37条第60条第1項第1号イ		H18.12.20	H19.1.22	2
4						第条第項第号	厚令第条第項第号				
5						第条第項第号	厚令第条第項第号				
6						第条第項第号	厚令第条第項第号				
7						第条第項第号	厚令第条第項第号				
8						第条第項第号	厚令第条第項第号				

「法人種類」
別シート「一覧表」を参照
の上、入力すること

「サービス種別」
別シート「一覧表」を参
照の上、入力すること

「停止内容」
指定の効力の停止
について“全部”“一
部”を入力。

「介護保険法」
指定の効力の停止処分を行った根
拠条文を全て記載。
※人員・設備・運営基準違反で処分
を行ったものについては必ず右記
の「指定基準違反(関係条文)」の入
力が必要です。

「指定基準違反(関係条文)」
左記の「介護保険法」で人員・設備・運
営基準違反で処分を行ったものにつ
いては必ず入力すること。
なお、人員・設備・運営基準違反以外
で処分を行ったものについては入力
不要です。

「経過」
指定の効力の停止に至った経
緯を下記の該当する“番号”で
入力。
* 項目 *
1: 報告等→停止
2: 報告等→勧告→命令→停止

「聴聞年月日」
聴聞手続きを省略した場
合は、入力不要です。

1. 提出方法 電子媒体によるメールでの提出をお願いします。なお、電子媒体での提出が困難な場合は紙媒体でも構いません。
2. 入力方法 上記コメントのとおり
3. 留意事項 指定の効力の停止事由が2以上のものについては適宜、行を挿入の上対応すること。

指定取消処分に係る状況調書

件数(G)

No.	事業所名	事業者名	法人種類	サービス種類	指定取消事由			聴聞年月日	取消年月日	経過
					介護保険法	指定基準違反(関係条文)				
1	Aグループホーム	特定非営利活動法人 A	特定非営利法人	地域密着型共同生活介護	第78条9第1項第4号 第78条9第1項第5号 第78条9第1項第8号	厚令34第90条第3項第号 厚令34第98条第3項第号 厚令第条第項第号		H19.1.12	H19.1.19	2
2	F病院	医療法人 F	医療法人	介護療養型医療施設	第114条第1項第2号 第114条第1項第9号	厚令41第2条第1項第1号 厚令第条第項第号		H19.2.8	H19.2.16	1
3					第条第項第号	厚令第条第項第号				
4					第条第項第号	厚令第条第項第号				
5					第条第項第号	厚令第条第項第号				
6					第条第項第号	厚令第条第項第号				
7					第条第項第号	厚令第条第項第号				
8					第条第項第号	厚令第条第項第号				

「法人種類」
別シート“一覧表”を参照
の上、入力すること

「サービス種別」
別シート“一覧表”を参照
の上、入力すること

「介護保険法」
指定取消処分を行った根拠条文を全
て記載。
※人員・設備・運営基準違反で取消
処分を行ったものについては必ず右
記の「指定基準違反(関係条文)」の
入力が必要です。

「指定基準違反(関係条文)」
左記の「介護保険法」で人員・設備・運営基
準違反で指定取消処分を行ったものにつ
ては必ず入力すること。
なお、人員・設備・運営基準違反以外で処
分を行ったものについては入力不要です。

「聴聞年月日」
聴聞手続きを省略した場
合は、入力不要です。

「経過」
指定取消に至った経緯を下記の該当す
る“番号”で入力。
項目
1: 報告等→取消
2: 報告等→勧告→命令→取消
3: 報告等→勧告→命令→停止→取消
4: 報告等→停止→取消

1. 提出方法
2. 入力方法
3. 留意事項

電子媒体によるメールでの提出をお願いします。なお、電子媒体での提出が困難な場合は紙媒体でも構いません。
上記コメントのとおり
指定取消事由が2以上のものについては適宜、行を挿入の上対応すること。

監査等に伴う返還金等状況調書(過誤調整による返還金)

(単位:千円)

事業区分	返還指示額		収納状況等	
	事業所数	返還額	収納済額	収納未済額
101 指定訪問介護事業所				
102 指定訪問入浴介護事業所				
103 指定訪問看護事業所				
702 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所				
703 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所				
合 計				

注1) 返還指示額とは、都道府県・市町村が平成18年度に行った監査等において、「偽りその他不正の行為」と認められない場合及び錯誤(報酬基準等の解釈誤り、入力誤り、計算誤り等)により、事業者に対して過誤調整による返還を指示した額をいう。

注2) 収納状況等欄には、返還指示額に対する収納状況等を記入するものとする。

注3) 都道府県・市町村の監査等によらない事業者の自主的な自己点検による返還は含まないものとする。

監査等に伴う返還金等状況調書(法第22条第3項に基づく返還金)

(単位:千円)

事業区分	返還指示額		加算請求額		返還請求総額	収納状況等	
	事業所数	返還額	事業所数	返還額		収納済額	収納未済額
101 指定訪問介護事業所	()	()			()	()	()
102 指定訪問入浴介護事業所	()	()			()	()	()
					()	()	()
703 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所	()	()					
合 計	()	()			()	()	()

注1) 返還指示額とは、都道府県・市町村が平成18年度に行った監査等において、法第22条第3項に基づく「偽りその他不正の行為」と認められる場合に、事業者に対して返還を指示した額をいう。

注2) 加算請求額とは、法第22条第3項に基づき、返還金に対して40/100の加算を行った額とする。

注3) 収納状況等欄には、返還請求総額に対する収納状況等を記入するものとする。

注4) 都道府県・市町村の監査等によらない事業者の自主的な自己点検による返還は含まないものとする。

注5) 保険者と事業者等の協議等により、過誤調整による返還の場合は、上段()に記載し、納付書による返還の場合は下段に記載すること。

なお、加算金を含む返還金の場合で、返還金部分は過誤調整により、加算金部分については納付書による場合等はそれぞれの欄に必要事項を記載すること。

集団指導の実施状況

サービス種類		指導事項	実施回数	主たる内容
I	居宅サービス(予防)	1 人員、設備及び運営に関する事項	6	指定基準に関する基本的事項について
		2 報酬請求に関する事項	6	初回加算の取扱いについて、リハビリテーション機能強化加算の取扱いについて、...
		3 その他(指定事務、制度の内容等)	3	指定の更新制度について、欠格事由について、...
		1 人員に関する事項	4	看護職員について、...
IV	地域密着型サービス(予防)	1 人員、設備及び運営に関する事項	10	設備基準について(消防設備、防火設備等について)
		2 報酬請求に関する事項	8	栄養マネジメント加算の取扱いについて、...
		3 その他(指定事務、制度の内容等)	4	指定の更新制度について、欠格事由について、...

注1)「主たる内容」については集団指導で実施した具体的内容を簡潔に記載すること。

実地指導の実施状況

サービス種類		実施回数	基準以外の主たる指導内容
101	指定訪問介護事業所		
102	指定訪問入浴介護事業所		
103	指定通所介護事業所		
104			
301	指定介護老人福祉施設		ノロウイルス等の感染症対策について(施設の取組状況、発生時の対応状況等)
302	介護老人保健施設		ノロウイルス等の感染症対策について(施設の取組状況、発生時の対応状況等)
703	介護予防認知症対応型共同生活介護		
合計			

注1)「実施回数」欄については、サービス種類欄の事業所等に対して実地指導を実施した事業所数とする。

注2)「基準以外の主たる指導内容」欄については、実地指導マニュアルによる身体拘束及び高齢者虐待関係等以外の指導を行った場合に、実施した具体的内容を簡潔に記載すること。

介護保険における指導結果等の現状

指定取消等処分のあった介護保険事業所の内訳

(平成12年4月分から平成18年12月分累計)

作成 介護保険指導室

【指定取消状況による分類】

	都道府県	事業者数	指定取消等件数	
			事業所数	施設数
A 指定取消等処分が行われたケース	42(1)	257(1)	398(2)	23
1 不正請求や指定基準違反により指定取消等処分が行われたケース	42(1)	243(1)	379(2)	22
2 実態がなく指定取消等処分が行われたケース	7	14	19	1
B 指定取消等を前提に聴聞通知書を発出後、廃止届が提出されたケース	12	23	35	2
C その他、指定取消等に相当する事例として公表したケース	1	1	1	0
合 計	42(1)	281(1)	434(2)	25

注1) ()内の件数は「指定の効力の一部又は全部停止件数」の別掲。

【サービス種別と法人種別による分類(事業所数)】

	法人種別					合計
	営利法人	特定非営利活動法人	医療法人	社会福祉法人	その他	
訪問介護	139	15		6	1	161
訪問入浴介護	4	1				5
訪問看護	10		4		2	16
訪問リハビリテーション			2		2	4
居宅療養管理指導			5		4	9
通所介護	28(2)	5	1	4		38(2)
通所リハビリテーション			7	3	4	14
短期入所生活介護				3		3
短期入所療養介護			6	4		10
特定施設入所者生活介護	3			1		4
福祉用具貸与	19					19
特定福祉用具販売						0
居宅介護支援	86	18	10	14	1	129
介護老人福祉施設						0
介護老人保健施設			2			2
介護療養型医療施設			18		5	23
認知症対応型共同生活介護	11	3				14
介護予防訪問介護	6	1				7
介護予防通所介護	1					1
合 計	307(2)	43	55	35	19	459(2)

注1) ()内の件数は「指定の効力の一部又は全部停止件数」の別掲。

注2) 介護予防サービス(介護予防訪問介護、介護予防通所介護は除く)、地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービスについては平成18年12月現在で取消等件数は報告されていない。

指定取消等処分のあった介護保険事業所の年度別内訳
(平成12年4月分から平成18年12月分累計)

【都道府県別による分類(事業所数)】

		平成 12年度	平成 13年度	平成 14年度	平成 15年度	平成 16年度	平成 17年度	平成 18年度	合計
1	北海道	0	3	11	7	4	16	3 ()	44 ()
2	青森県	0	0	0	2	0	0	0 ()	2 ()
3	岩手県	0	0	0	0	2	1	1 ()	4 ()
4	宮城県	0	0	2	0	8	1	0 ()	11 ()
5	秋田県	0	0	0	0	0	0	0 ()	0 ()
6	山形県	0	0	0	0	2	1	0 ()	3 ()
7	福島県	1	0	0	0	6	2	0 ()	9 ()
8	茨城県	0	0	0	3	0	2	0 ()	5 ()
9	栃木県	1	0	3	4	2	1	0 ()	11 ()
10	群馬県	0	1	4	3	2	0	2 ()	12 ()
11	埼玉県	0	6	2	0	0	0	4 ()	12 ()
12	千葉県	0	0	1	0	6	0	2 ()	9 ()
13	東京都	0	3	4	3	5	4	14 ()	33 ()
14	神奈川県	0	0	1	0	1	3	1 ()	6 ()
15	新潟県	0	3	0	0	0	0	0 ()	3 ()
16	富山県	0	0	2	0	0	0	0 ()	2 ()
17	石川県	0	0	0	0	0	0	0 ()	0 ()
18	福井県	0	0	0	0	2	10	0 ()	12 ()
19	山梨県	0	0	0	0	0	0	0 ()	0 ()
20	長野県	0	0	0	4	0	0	0 ()	4 ()
21	岐阜県	0	0	3	3	3	0	0 ()	9 ()
22	静岡県	0	0	3	0	1	2	0 ()	6 ()
23	愛知県	0	0	3	1	2	3	0 ()	9 ()
24	三重県	0	4	0	1	0	0	0 ()	5 ()
25	滋賀県	0	0	1	3	7	2	2 ()	15 ()
26	京都府	0	3	30	12	1	10	0 ()	56 ()
27	大阪府	1	2	10	5	9	2	1 ()	30 ()
28	兵庫県	0	1	2	0	1	1	4 ()	9 ()
29	奈良県	0	0	2	1	0	0	3 ()	6 ()
30	和歌山県	1	1	0	3	0	0	0 ()	5 ()
31	鳥取県	0	0	0	0	0	0	0 ()	0 ()
32	島根県	0	0	0	0	0	0	0 ()	0 ()
33	岡山県	0	0	0	0	0	2	0 ()	2 ()
34	広島県	0	0	0	6	0	0	0 ()	6 ()
35	山口県	0	0	2	0	0	0	0 ()	2 ()
36	徳島県	0	0	0	1	1	1	0 ()	3 ()
37	香川県	0	0	2	2	0	8	0 ()	12 ()
38	愛媛県	0	0	0	0	2	2	0 ()	4 ()
39	高知県	0	0	0	0	0	2	0 ()	2 ()
40	福岡県	0	0	0	20	3	8	7 ()	38 ()
41	佐賀県	0	0	0	1	0	2	0 ()	3 ()
42	長崎県	0	3	0	1	0	1	0 (2)	5 (2)
43	熊本県	1	0	1	1	1	4	0 ()	8 ()
44	大分県	0	0	0	0	5	0	0 ()	5 ()
45	宮崎県	2	0	1	3	2	2	3 ()	13 ()
46	鹿児島県	0	0	0	13	2	2	3 ()	20 ()
47	沖縄県	0	0	0	2	1	1	0 ()	4 ()
合計		7	30	90	105	81	96	50 (2)	459 (2)

注) () 内の件数は「指定の効力の一部又は全部停止件数」の別掲

訪問介護事業所、居宅介護支援事業所の主な取消等事由（平成12年4月分から平成18年12月分まで）

◎訪問介護事業所の主な取消等事由（重複該当あり）

不正の内容	具 体 例	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	合計
架空、時間や回数の水増しによるサービス提供		3	4	11	26	17	18	10	89
無資格者によるサービス提供	無資格者が有資格者の名義を借りサービスを提供	2	3	11	12	6	5	4	43
虚偽の指定申請	勤務予定のないヘルパーを申請書に記載して指定を受けた	0	2	7	13	9	10	6	47
人員基準違反	サービス提供責任者が不在など	0	3	7	12	7	11	4	44
同居家族に対するサービス提供	利用者とヘルパーが同居家族であり、同居家族であるヘルパーが他のヘルパーの名義を使い請求	0	2	3	9	2	5	3	24
対象外サービスの提供	移送中の時間をサービス提供時間として請求	0	0	2	10	2	7	1	22
利用者負担の免除	利用者が支払うべき1割相当額を徴収していなかった	0	1	0	8	2	5	1	17
3級ヘルパーによるサービス提供	作為的に減算適用せずに請求	0	1	0	1	1	0	0	3
ケアマネ事業所に対する金銭供与	事業所の利用を斡旋依頼し金品を供与した	0	0	0	1	0	0	0	1

◎居宅介護支援事業所の主な取消等事由（重複該当あり）

不正の内容	具 体 例	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	合計
無資格者によるケアプラン作成	ケアマネの名義を使い無資格者がケアプランを作成	0	11	13	9	14	7	3	57
架空、不適切なケアプランの作成	ヘルパー事業所等の架空請求を幫助するために架空のケアプランを作成していた	0	2	7	15	10	7	6	47
虚偽の指定申請	勤務予定のないケアマネの名前を借りて申請した	0	7	9	4	5	5	3	33
アセスメント、給付管理が未実施もしくは不適切	ヘルパー事業所等のサービス提供実績に基づき後付けで、ケアプラン・給付管理表を作成	0	1	5	6	2	6	2	22
人員基準違反	常勤のケアマネが不在など	0	2	8	1	6	5	3	25
要介護認定調査における無資格者の訪問調査	ケアマネでない者が訪問調査を実施していた	0	0	1	3	0	1	0	5
ヘルパー事業所からの金銭授受	ヘルパー事業所から紹介料的な金銭を受領した	0	0	0	1	0	0	0	1

指定取消等事業者に対する介護給付費の返還について

平成12年度～平成17年度

○年度別の返還請求額及びその返還額

	指定取消等 事業所数 (ヶ所)	返還対象 事業所数 (ヶ所)	返還請求額 (百万円)	返還額 (百万円)	未済額 (百万円)	備考
平成12年度	7	5	30	30	0	
平成13年度	30	25	227	135	92	
平成14年度	90	70	1,607	527	1,080	
平成15年度	105	87	1,613	610	1,003	
平成16年度	81	66	840	252	588	
平成17年度	96	75	1,211	820	391	
計	409	328	5,528	2,374	3,154	

注) 平成18年8月31日現在

平成17年度指導監査結果に伴う報酬返還の状況

サービス別内訳(平成17年度中確定分)

介護保険施設等の区分	返還額(加算額含まず)		加算額	
1.指定訪問介護事業所	事業所数	657 事業所	事業所数	13 事業所
	返還額	785,152 千円	加算額	97,862 千円
2.指定訪問入浴介護事業所	事業所数	13 事業所	事業所数	0 事業所
	返還額	20,321 千円	加算額	0 千円
3.指定訪問看護事業所	事業所数	107 事業所	事業所数	0 事業所
	返還額	26,673 千円	加算額	0 千円
4.指定訪問リハビリテーション事業所	事業所数	4 事業所	事業所数	0 事業所
	返還額	4,168 千円	加算額	0 千円
5.指定居宅療養管理指導事業所	事業所数	3 事業所	事業所数	0 事業所
	返還額	5,283 千円	加算額	0 千円
6.指定通所介護事業所	事業所数	557 事業所	事業所数	6 事業所
	返還額	587,387 千円	加算額	2,923 千円
7.指定通所リハビリテーション事業所	事業所数	200 事業所	事業所数	4 事業所
	返還額	378,160 千円	加算額	19,984 千円
8.指定短期入所生活介護事業所	事業所数	63 事業所	事業所数	2 事業所
	返還額	29,910 千円	加算額	2,279 千円
9.指定短期入所療養介護事業所	事業所数	18 事業所	事業所数	2 事業所
	返還額	31,973 千円	加算額	941 千円
10.指定認知症対応型共同生活介護事業所	事業所数	294 事業所	事業所数	7 事業所
	返還額	200,344 千円	加算額	12,221 千円
11.指定特定施設入所者生活介護事業所	事業所数	9 事業所	事業所数	2 事業所
	返還額	54,575 千円	加算額	3,523 千円
12.指定福祉用具貸与事業所	事業所数	20 事業所	事業所数	0 事業所
	返還額	93,248 千円	加算額	0 千円
13.指定居宅介護支援事業所	事業所数	1,396 事業所	事業所数	18 事業所
	返還額	685,735 千円	加算額	23,026 千円
14.指定介護老人福祉施設	事業所数	330 事業所	事業所数	2 事業所
	返還額	462,320 千円	加算額	2,583 千円
15.介護老人保健施設	事業所数	229 事業所	事業所数	4 事業所
	返還額	477,654 千円	加算額	21,962 千円
16.指定介護療養型医療施設	事業所数	213 事業所	事業所数	4 事業所
	返還額	457,269 千円	加算額	14,678 千円
合計	事業所数	4,113 事業所	事業所数	64 事業所
	返還額	4,300,172 千円	加算額	201,982 千円

改善勧告・改善命令 ひながた

第 号
平成 年 月 号

法人名

代表者 職・氏名 殿

都道府県 知事

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の遵守
について（勧告）

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第76条第1項の規定に基づき、平成 年 月 日に実施した**実地検査等の結果**【※実地検査等に限られるものではなく、基準違反が発覚した事由を記載】、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（平成11年厚生省令第37号。以下「省令」という。）を遵守していないことが認められましたので、法第76条の2第1項の規定に基づき、下記のとおり勧告します。

なお、この勧告に係る期限までに、勧告に従わなかったときは、法第76条の2第2項の規定に基づき、その旨を公表すること、また、正当な理由がなくその勧告に係る措置をとらなかったときは、同条第3項の規定に基づき、期限を定めてこの勧告に係る措置をとるべきことを命ずることがあります。その命令をした場合は、その旨を公示することとなります。

記

1 事業所名

2 勧告理由

省令を遵守していないと認めた事項は次のとおりです。

- (1) ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
- (2) △△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△

3 勧告事項

上記2について、次のとおり改善を勧告します。

【ひながた】

- [illegible]

【※あくまで、基準違反に該当するものだけを記載すること】

4 改善期限 平成 年 月 日

【※改善期限と5(2)に記載する報告書の提出期限は、各都道府県の判断で設定するものであるため、必要に応じて記載を変更すること】

5 改善報告書の提出

- (1) 様式 1 の勧告事項改善報告書にこの勧告に係る改善状況を記載し、その状況を客観的に確認できる資料を添付して提出してください。なお、改善できない理由がある場合には、その理由を具体的に記載してください。
- (2) 勧告事項改善報告書の提出期限は、平成 年 月 日とします。
- (3) 改善状況を確認するために、場合によっては、事業所を訪問すること等があります。

【※文書の全体的な体裁については、各都道府県の文書規程等に従うこと】

◎ — 1

— 55 —

【ひながた】

5 教示

この処分について、不服があるときは、行政不服審査法（昭和37年法律第160号）の定めるところにより、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内（この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は除く。）に都道府県知事に対し異議申立てをし、又は行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の定めるところにより、この処分のあったことを知った日（当該処分について異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日）から6か月以内（この決定があった日から1年を経過したとき及び当該処分について異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があった日から1年を経過したときを除く。）に都道府県を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。

【※文書の全体的な体裁については、各都道府県の文書規程等に従うこと】

命令事項改善報告書

平成 年 月 日

都道府県 知事 殿

法人名	
代表者	(印)
事務所	
所在地	
事業所名	
サービス	
種 別	
事業所	
所在地	

平成 年 月 日 第 号により命令のあった事項について、次のとおり改善結果を報告します。

[illegible]

※ 改善結果が客観的に確認できる資料を添付し、それぞれ番号を付し添付資料欄へ記載すること。

第 号
平成 年 月 号法人名
代表者 職・氏名 殿

市町村 長

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準の遵守
について（勧告）

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第78条の6第1項の規定に基づき、平成 年 月 日に実施した**実地検査等**の結果【※実地検査等に限られるものではなく、基準違反が発覚した事由を記載】、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「省令」という。）を遵守していないことが認められましたので、法第78条の8第1項の規定に基づき、下記のとおり勧告します。

なお、この勧告に係る期限までに、勧告に従わなかったときは、法第78条の8第2項の規定に基づき、その旨を公表すること、また、正当な理由がなくその勧告に係る措置をとらなかったときは、同条第3項の規定に基づき、期限を定めてこの勧告に係る措置をとるべきことを命ずることがあります。その命令をした場合は、その旨を公示することとなります。

記

1 事業所名

2 勧告理由

省令を遵守していないと認めた事項は次のとおりです。

- (1) ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
- (2) △△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△

3 勧告事項

上記2について、次のとおり改善を勧告します。

【ひながた】

- [illegible]

【※あくまで、基準違反に該当するものだけを記載すること】

4 改善期限 平成 年 月 日

【※改善期限と5(2)に記載する報告書の提出期限は、各市町村の判断で設定するものであるため、必要に応じて記載を変更すること】

5 改善報告書の提出

- (1) 様式 1 の勧告事項改善報告書にこの勧告に係る改善状況を記載し、その状況を客観的に確認できる資料を添付して提出してください。なお、改善できない理由がある場合には、その理由を具体的に記載してください。
- (2) 勧告事項改善報告書の提出期限は、平成 年 月 日とします。
- (3) 改善状況を確認するために、場合によっては、事業所を訪問すること等があります。

【※文書の全体的な体裁については、各市町村の文書規程等に従うこと】

命 — 1

法人名
代表者 職・氏名

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準の遵守に関する勧告に係る措置の実施について（命令）

なお、この命令に係る**期限までに**、措置がとられない場合は、法第78条の9の規定に基づき指定の取り消し、指定の全部若しくは一部の効力を停止する処分を行うことがあります。

1 事業所名

【※必要に応じ、項目を追加して理由を記載】

(1) ××××××××××××××××××××××××××(根拠「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号。第 条第 項)」)

【※改善期限と4(2)に記載する報告書の提出期限は、各市町村の判断で設定するものであるため、必要に応じて記載を変更すること】

- (1) この命令に係る措置は様式 2 の改善報告書へ記載し、報告してください。
- (2) 改善報告書の提出期限は、平成 年 月 日とします。

【ひながた】

5 教示

この処分について、不服があるときは、行政不服審査法（昭和37年法律第160号）の定めるところにより、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内（この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は除く。）に市町村長に対し異議申立てをし、又は行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の定めるところにより、この処分のあったことを知った日（当該処分について異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日）から6か月以内（この決定があった日から1年を経過したとき及び当該処分について異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があった日から1年を経過したときを除く。）に市町村を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。

【※文書の全体的な体裁については、各市町村の文書規程等に従うこと】

計 画 課 関 係

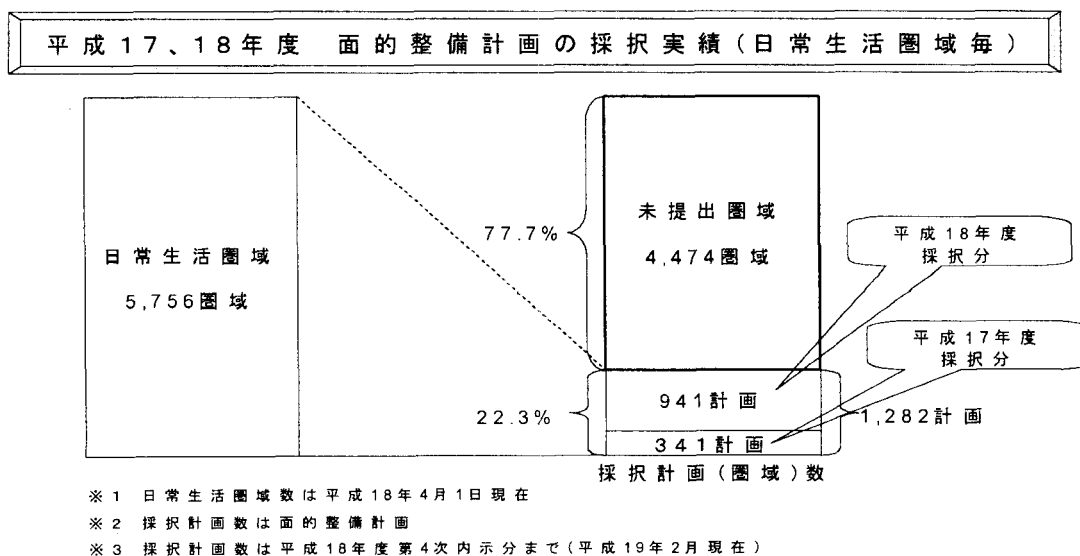
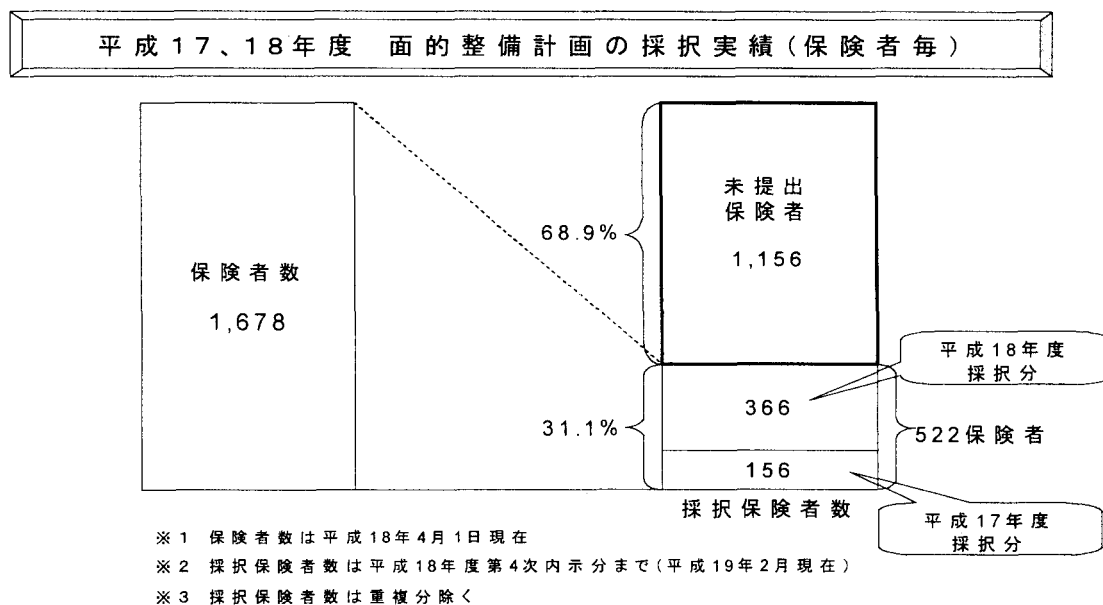
7. 介護関連施設・事業の整備及び運営について

(1) 市町村交付金の積極的な活用について

ア 市町村交付金の活用状況

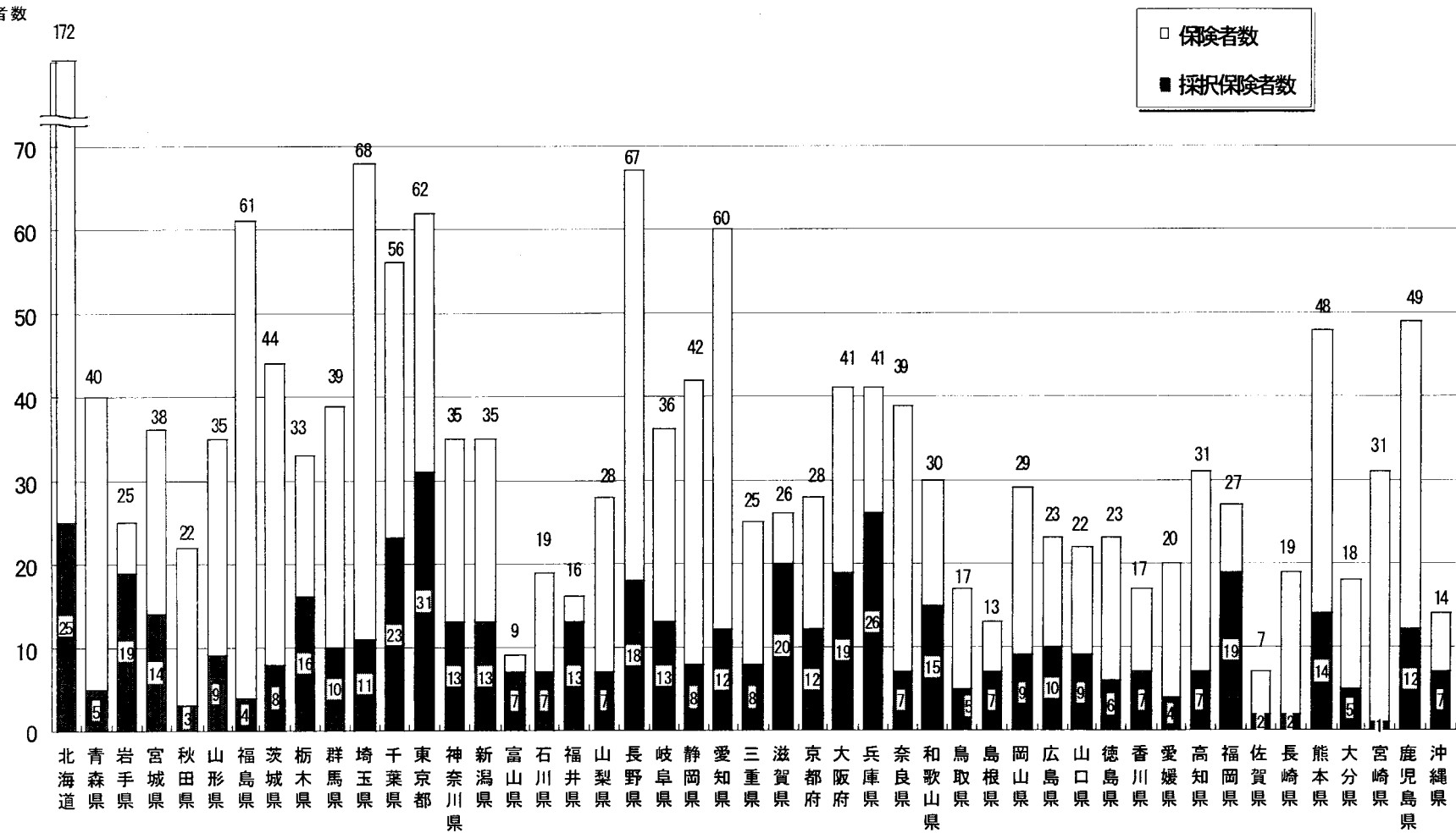
地域密着型サービス、介護予防拠点などの介護関連施設の整備については、平成17年度から、日常生活圏域を単位として策定される面的整備計画に対し市町村交付金を交付し、その整備促進を図ってきたところである。

しかしながら、平成18年度の各市区町村からの協議状況は低調であり、本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。



平成17、18年度 都道府県毎の面的整備計画協議状況(保険者数)

保険者数



イ 市町村交付金の制度の周知徹底等について

市町村交付金については、平成19年度予算（案）において地域介護・福祉空間整備等交付金（ハード交付金）約421億円、地域介護・福祉空間推進交付金（ソフト交付金）33億円を確保したところであり、予算の範囲内において各市区町村からの協議を採択したいと考えている。

平成18年度の市町村交付金の協議状況は低調であったが、その要因の1つとして、各市区町村や事業者も含めて、市町村交付金の趣旨や市区町村のいわゆる裏負担を要しない本交付金制度の仕組みが十分に浸透していない実態も見受けられる。

また、本年1月31日を提出期限とした平成19年度の第1次協議も依然として低調な傾向にある。

このため、平成19年度分の市町村交付金についても、追加協議を行うことを予定しているので、各都道府県におかれては、今回お示しする市町村交付金の内容や市町村交付金を活用したモデル的事業について、各市区町村に対する周知徹底をお願いする。

（ア）地域介護・福祉空間整備等交付金及び地域介護・福祉空間推進交付金の概要について

地域介護・福祉空間整備等交付金及び地域介護・福祉空間推進交付金に係る全体の概要は次のとおりである。

地域介護・福祉空間整備交付金及び地域介護・福祉空間推進交付金の概要

① 面的整備計画の内容

市町村(特別区を含む。)は、

- ① 日常生活圏域を単位として、②様々な介護サービスの面的な配置構想を基に、③今後3年以内(単年度でも可)に実施する基盤整備等事業を明らかにした「面的整備計画」を策定することができる。

地域介護・福祉空間整備交付金(ハード交付金) 及び 地域介護・福祉空間推進交付金(ソフト交付金) により支援

○ 地域介護・福祉空間整備交付金に係る分

地域密着型サービス、介護予防拠点など市町村内の日常生活圏域で利用されるサービス拠点を整備するために交付金を交付。

【交付対象】次に掲げる施設等の面的整備に要する経費

- ・ 小規模多機能型居宅介護拠点
- ・ 小規模の特別養護老人ホーム
- ・ 小規模の老人保健施設
- ・ 小規模のケアハウス(特定施設)
- ・ 認知症高齢者グループホーム
- ・ 認知症対応型デイサービスセンター
- ・ 夜間対応型訪問介護ステーション
- ・ 介護予防拠点
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 生活支援ハウス

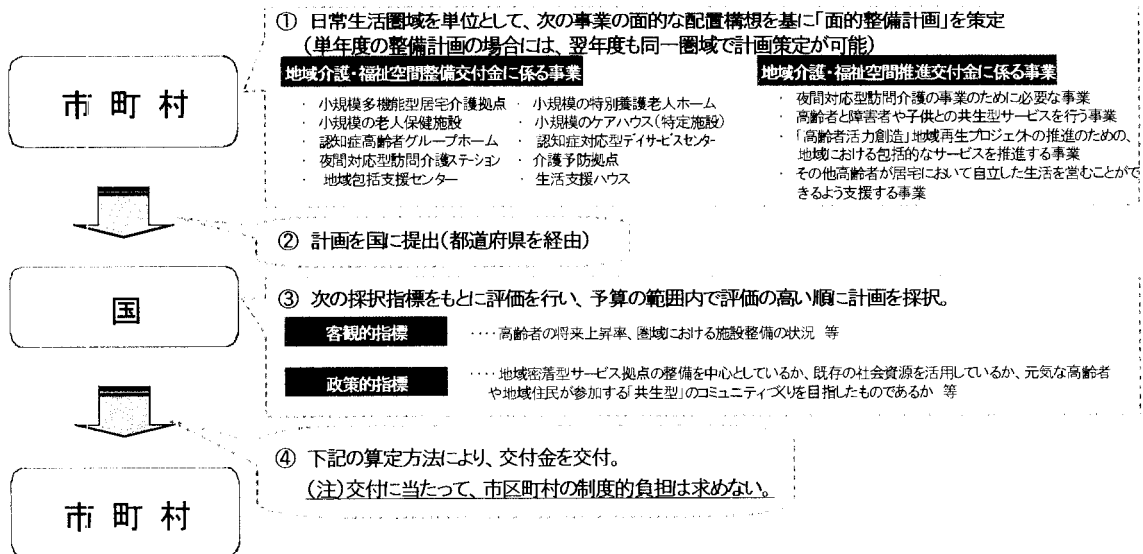
○ 地域介護・福祉空間推進交付金に係る分

地域密着型サービス等の導入のため特に必要と認められる場合に、設備やシステムに要する経費を助成するために交付金を交付。

【交付対象】次に掲げる事業に必要な設備の整備又は事業運営に要する経費

- ・ 夜間対応型訪問介護の実施のために必要な事業
- ・ 高齢者と障害者や子供との共生型サービスを行う事業
- ・ 「高齢者活力創造」地域再生プロジェクトの推進のための、地域における包括的なサービスを推進する事業
- ・ その他高齢者が居宅において自立した生活を営むことができるよう支援する事業

② 面的整備計画に基づく交付金の交付の流れ



地域介護・福祉空間整備交付金に係る事業

・ 面的整備計画記載の全事業に係る右表の事業区分ごとの配分基礎単価の合計額とする。
ただし、実際の総事業費の範囲内とし、1億円を上限とする。

※ 国の財政上の特別措置に関する法律等の対象となる事業が含まれる場合は、右表の配分基礎単価に一定率を乗じて得た額を交付限度額に加算する。

事業区分	配分基礎単価
● 地域密着型サービス拠点の整備	—
・ 小規模多機能型居宅介護	15,000円
・ 小規模の特別養護老人ホーム	—
・ 小規模の老人保健施設	20,000円
・ 小規模のケアハウス(特定施設)	40,000円
・ 認知症高齢者グループホーム	20,000円
・ 認知症対応型デイサービスセンター	40,000円
・ 夜間対応型訪問介護ステーション	20,000円
・ 介護予防拠点	10,000円
・ 地域包括支援センター	2,000円
・ 生活支援ハウス	30,000円

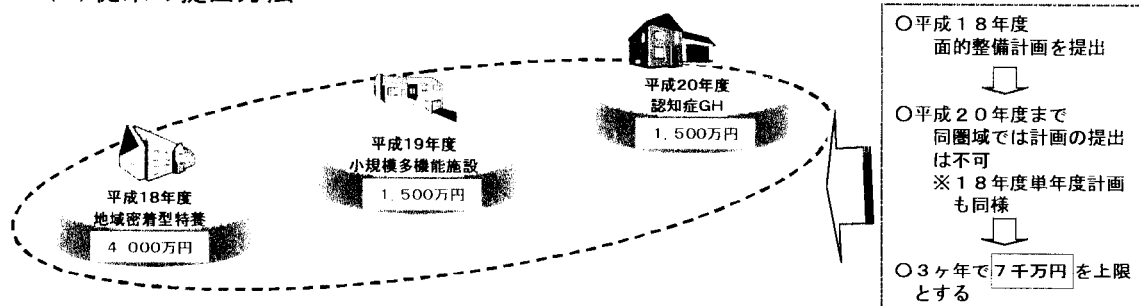
地域介護・福祉空間推進交付金に係る事業

・ 面的整備計画記載の全事業に係る右表の事業区分ごとの配分基礎単価の合計額とする。

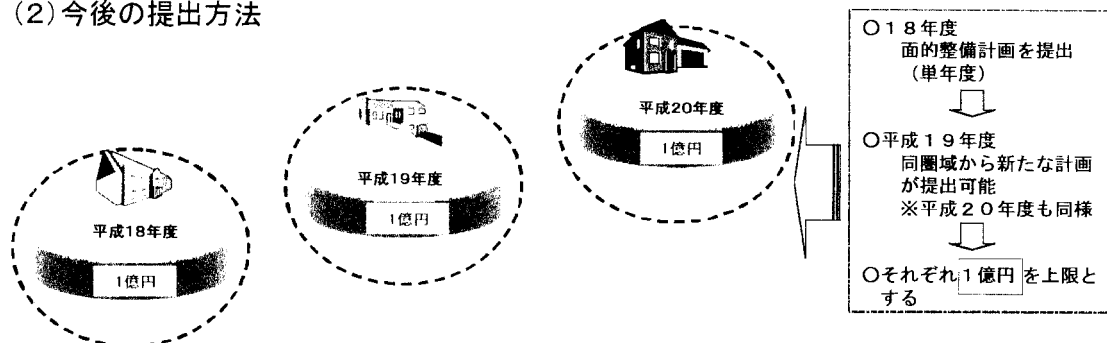
事業区分	配分基礎単価
● 夜間対応型訪問介護の事業のために必要な事業	30,000円
● 高齢者と障害者や子供との共生型サービスを行う事業	3,000円
● 「高齢者活力創造」地域再生プロジェクトの推進のための、地域における包括的なサービスを推進する事業	3,000円
● その他高齢者が居宅において自立した生活を営むことができるよう支援する事業	3,000円

③ 面的整備計画の提出に係る変更点

(1) 従来の提出方法



(2) 今後の提出方法



介護療養型医療施設転換に係る市町村交付金の概要

市町村(特別区を含む。)は

①市区町村全域を単位として、②毎年度、③市町村が関与して実施する既存の介護療養病床の老人保健施設やケアハウス等への転換を内容とする「介護療養型医療施設転換整備計画」を策定することができる。

※ 平成23年度までの6年間の支援

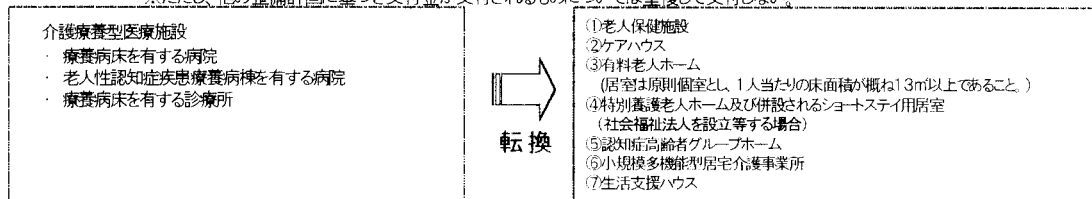
先進的事業支援特別交付金 の1メニュー

○ 介護療養型医療施設転換整備事業

既存の介護療養型医療施設を老人保健施設やケアハウス等に転換することを支援するために交付金を交付。

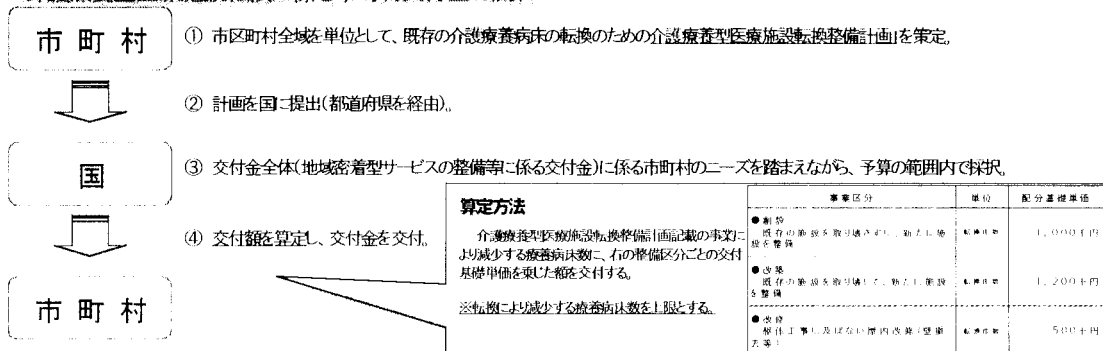
【交付対象】 次に掲げる施設に転換を行うための整備に要する経費

※ただし、他の整備計画に基づき交付金が交付されるものについては重複して交付しない。



※ 上記交付対象施設については、定義規模を問わない。(2及び3については特定施設入居者生活介護の指定の有無を問わない。(3)については、利用者負担第3段階以下の人でも入居可能な部屋を確保することが対象条件

介護療養型医療施設転換に係る市町村交付金の流れ



先進的事業支援特例交付金におけるその他メニューの概要

先進的事業整備計画

市町村(特別区を含む。)は、

- ① 市区町村全域を単位として、②毎年度、③市町村が関与して実施する既存の広域利用型特別養護老人ホームの改修等の先進的な事業を行うための基盤整備を明らかにした「先進的事業等整備計画」を策定することができる。

先進的事業支援特例交付金 の1メニュー

【交付対象事業】

- 既存の特別養護老人ホームのユニット化改修事業等
既存の特別養護老人ホームをユニット型施設へ改修する事業及び介護療養型医療施設を改修により老人保健施設、特別養護老人ホーム(併設されるショートステイ用居室を含む)及び認知症高齢者グループホームへ転換する際、ユニット化することを支援するために交付金を交付。
※ただし、他の整備計画により交付金が交付されるものについては重複して交付しない。
- 緊急ショートステイ整備事業
虐待のほか、要介護者の急な疾病等に対応するための緊急ショートステイ用個室を整備するために交付金を交付。
- 市町村提案型事業
市町村から提案された全国的に見て先進的な事業を支援するために交付金を交付。

算定方法

先進的事業整備計画記載の事業について、右の区分ごとの交付基準単価に基づいて算定した額を交付する。

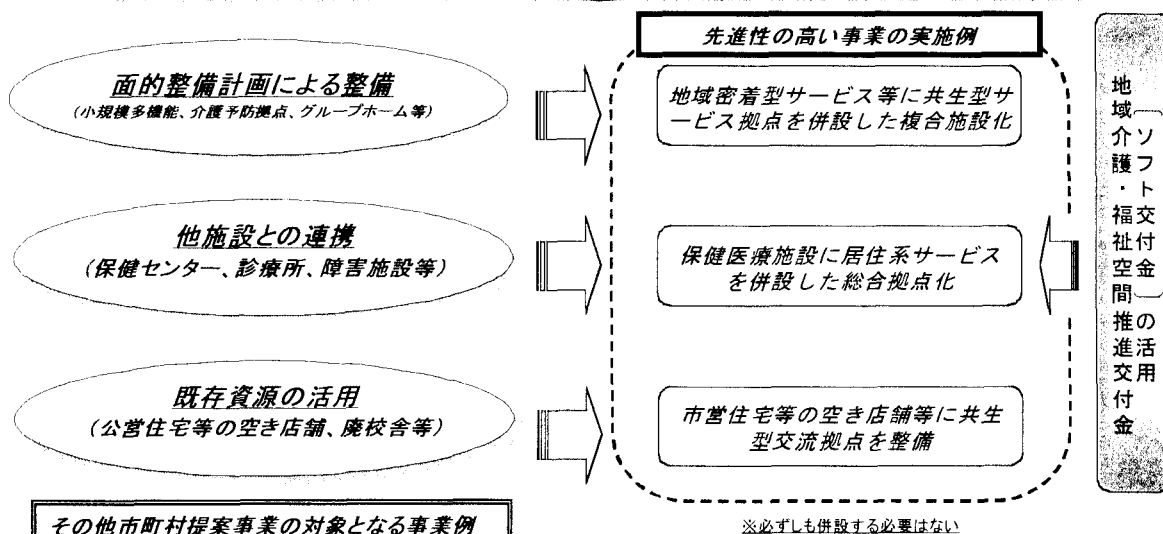
事業区分	単位	配分基礎単価
特別養護老人ホームのユニット化改修事業及び介護療養型医療施設の転換に伴うユニット化改修事業		
「居室→ユニット化」改修	整備床数	500千円
「キッチン→ユニット化」改修	整備床数	1,000千円
緊急ショートステイの整備事業	整備床数	1,000千円
市町村提案事業	施設数	30,000千円の範囲内で厚生労働大臣の認めた額

(イ) 市町村提案事業及び地域介護・福祉空間推進交付金の事業例等について

先進的事業支援特例交付金の1メニューである市町村提案事業(最高3,000万円)と地域介護・福祉空間推進交付金の具体的な事業例等は次のとおりである。なお、これはあくまで参考例であり、これ以外の各市区町村の創意工夫を凝らした取組を積極的に支援していく考えである。

市町村提案事業の具体的事例について

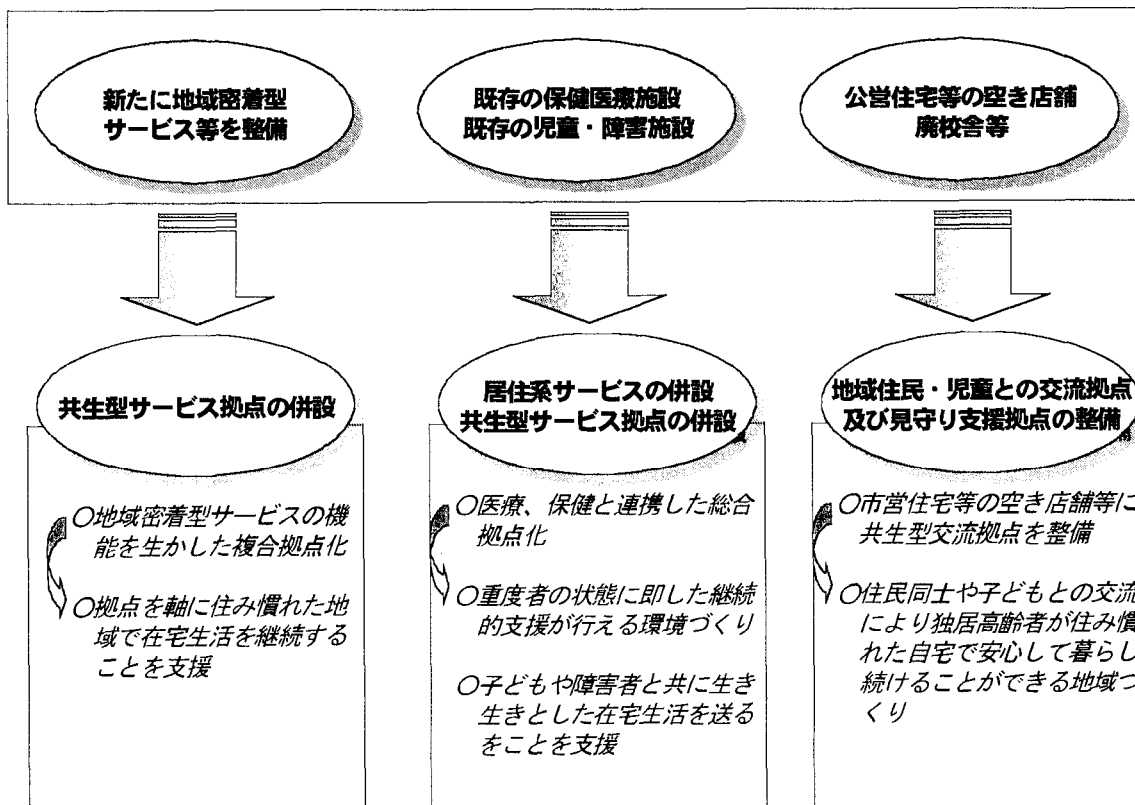
先進的事業支援特例交付金(ハード交付金)の活用



その他市町村提案事業の対象となる事業例

- ① 既存特養における生活環境改善のための準個室化改修
- ② ひとり暮らし高齢者のためのグループリビング整備 等

市町村提案事業の活用による事業効果



市町村提案事業の採択例

平成18年度における主な採択事業

- ①小規模多機能型居宅介護、介護予防拠点及び認知症高齢者グループホームの整備に合わせて、その機能を生かした共生型サービス拠点を併設
- ②高齢者や児童が定期的に集う高齢者サロン（世代間交流スペース）を整備
- ③軽要介護状態の1人暮らし高齢者が共同で生活することにより、従来の生活を継続できるような居住基盤を整備
- ④保健センターや診療所と併設した総合福祉センターを改修して、重度介護高齢者向けの居住系施設を整備
- ⑤高齢者が子どもとの世代間交流を行えるよう、新たに整備する小規模多機能型居宅介護と託児所の複合施設に共生型サービス拠点を整備
- ⑥独居高齢者が急増する団地の空き店舗を改修して地域住民や児童との交流が行えるサロン（地域住民が利用できるカフェテリア、ファミリーサポートの実施）を整備

高齢者と障害者や子どもとの共生型サービスを行う事業

- ① ボランティア団体や地域の老人会の交流活動、子育て支援サークルなどによる子どもと高齢者の交流活動。
- ② 既存施設を活用して、地域ボランティアによる高齢者、障害者が交流する「地域交流サロン」の開催。
- ③ 子育てサークル、障害者とともに「陶芸の日」などのテーマを決めて、交流事業を実施。
- ④ 旧幼稚園の空き室を利用して談話室兼カフェスペースを運営。
- ⑤ 介護保険サービス利用者、地域の元気高齢者、障害者、学童の一時預かりや子育てサークルによる親子、大学・高校生など、世代間のふれあいを通じ、知識、技術等の次世代への伝承や情報等の交換も含めた交流事業を実施。

【主な対象経費】

- ① レクリエーションのための設備整備費
（陶磁窯、放送設備、プロジェクター、スクリーン等）
- ② レクリエーションのための消耗品購入費
（図書、遊具、プランター用具等）
- ③ 人件費、委託費
（コーディネーター等）

【配分基礎単価】

3,000千円

高齢者が居宅における自立生活を支援するための事業

- ① 高齢化率や独居高齢者の割合が高い団地等の空き店舗等を活用して世代間交流の促進及び食事提供等を行う。
- ② 高齢者が自宅でインターネットを通じ、自らの健康についての情報を得ることができるシステムを導入し、集められた情報をもとに訪問指導等を行う。
- ③ 公営住宅の集会室・空き部屋などを活用して、高齢者の自立を支援する拠点を設置し、1人暮らし高齢者などへの地域ぐるみの見守り活動を実施。
- ④ 高齢者の居住密度が高い地域において、運動機能向上に資する「介護予防遊具」を公園に設置し、高齢者が自由に利用できるようにする。
- ⑤ 既存サービスから小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護へ円滑な移行を推進するための事業。

【主な対象経費】

- ① 自立支援活動拠点のための設備購入費
- ② 介護予防遊具の設置費
- ③ 小規模多機能型居宅介護等の普及・利用促進に要する費用

【配分基礎単価】

3,000千円

(2) 都市部を中心とした特別養護老人ホーム等の適正な整備について

ア 今後我が国では、首都圏を始めとする都市部を中心に、高齢者人口が増加すると予想されているが、これらの地域においては、入所・入居型施設の整備率が低い傾向にある。

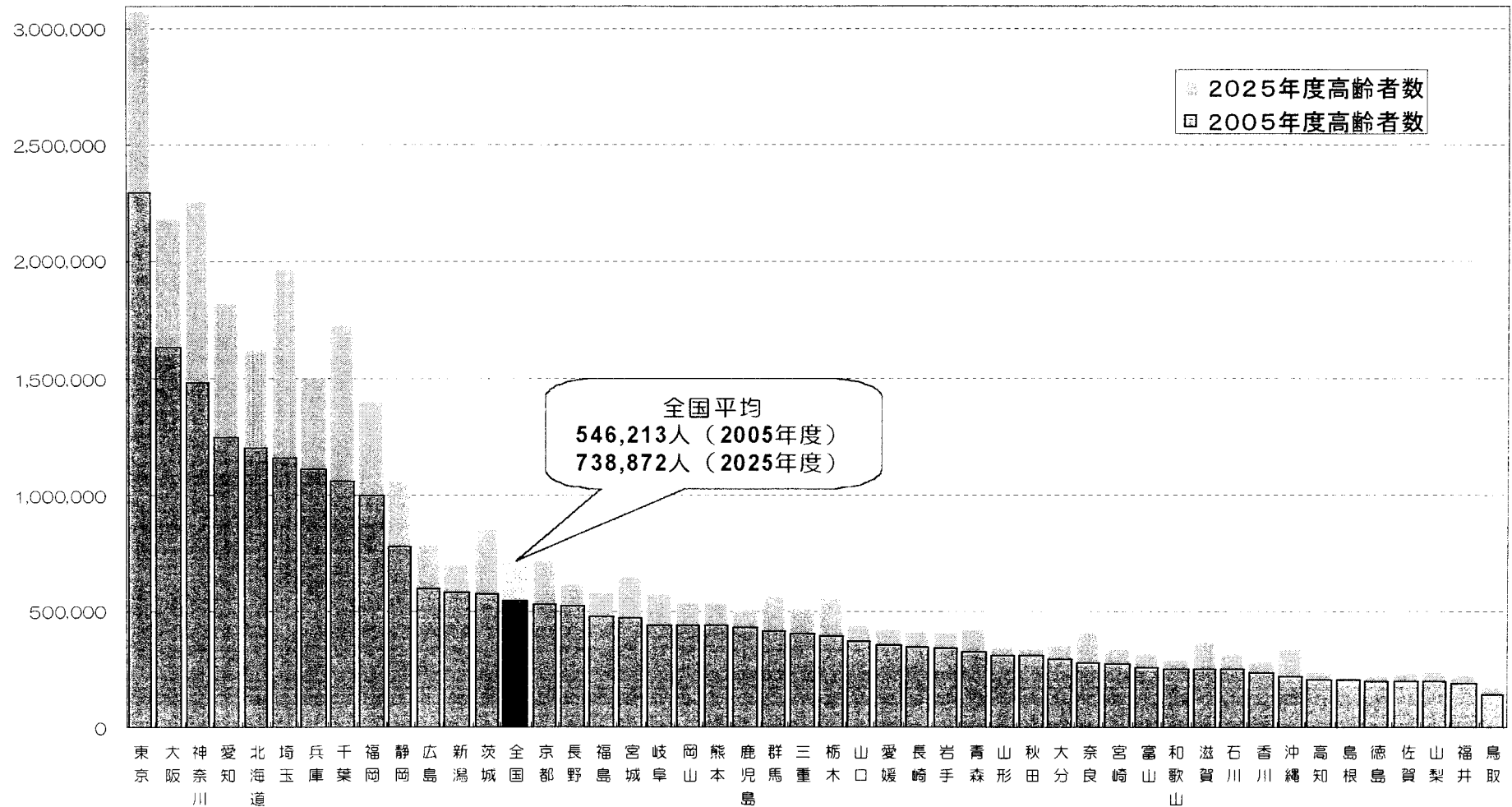
イ 地方6団体からの要望等を踏まえた平成18年度の三位一体改革により、特別養護老人ホーム、老人保健施設等の整備費助成については、国から税源を移譲し、都道府県・政令市・中核市から助成を行うことになったところである。しかしながら、これら施設の整備計画数や整備費助成額は、ほとんどの自治体で前年度よりも大幅に減少している。

ウ これらの施設整備をどのように進めていくかは、もとより各自治体の判断によるところであるが、今後高齢者数が急増する自治体等においては、将来を見据えた計画的な整備に特に留意願いたい。

エ その際、ニュータウン等で公営住宅・都市機構住宅など公的住宅資源の活用が期待できる地域においては、入所・入居型施設の整備に代えて、これら公的住宅資源と地域介護・福祉空間整備等交付金を活用した地域密着型サービスの拠点づくりとを連携して行うことも重要と考えられる。

都道府県別高齢者数

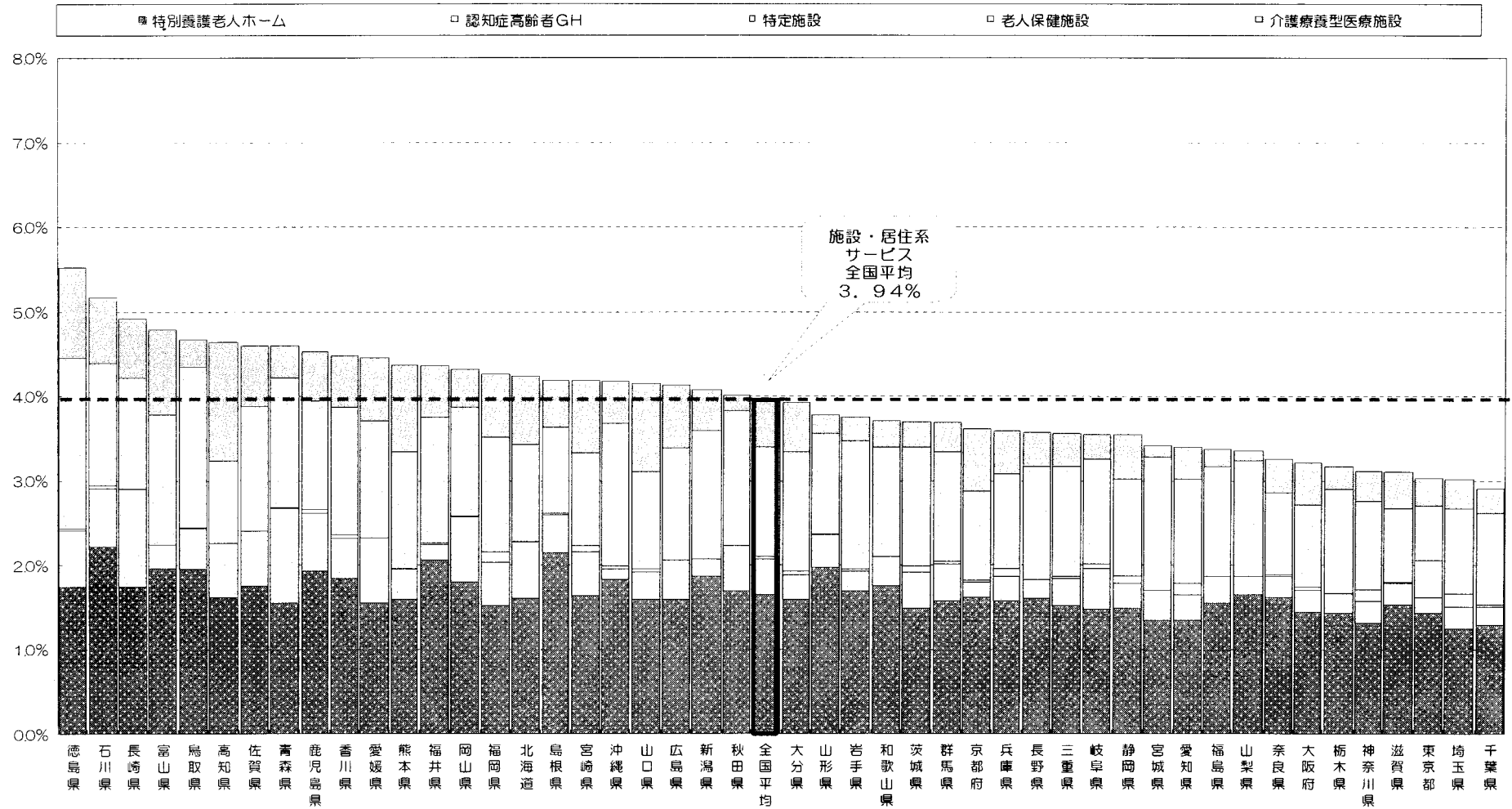
単位：人



【出典】

2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計（確定値）」
2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成14年3月推計）」

65歳以上人口に対する介護施設の整備状況



※ 次の数値を平成18年度の高齢者人口の見込み（厚生労働省老健局計画課調べ）で除して得た率。
 ・介護保険3施設については、平成17年度末の定員数（厚生労働省老健局計画課調べ）
 ・居住系サービス（認知症高齢者グループホーム、特定施設）については、平成17年度末のサービス利用者数（厚生労働省老健局計画課調べ）

(3) ユニットケアの推進について

高齢者介護の理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、個人の暮らし方を尊重し、その人らしい生活を継続できるような個別ケアの実践と生活支援が重要となる。そのため、高齢者が自分の居場所を確保でき、家庭的な雰囲気の中で自分のペースで過ごせるユニットケアを推進している。

ユニットケアの実践において重要な要素は、ハード（環境・住まい）とソフト（介護の質）の双方である。ハードに関しては、プライベート、セミプライベート、セミパブリック、パブリックの空間構成を基本に、高齢者個人の居場所から社会とのつながりまでを段階的に確保することが必要である。ソフトに関しては、介護が必要な状態になってもその人らしい生活が送れるよう寄り添う個別ケアが求められる。

ユニットケアは、画一的な手法でなく、入居者の暮らしと共に変化していくものであり、個人の希望や状態に応じて発展させていく必要がある。このため、日々進化しているユニットケアの手法等の情報の共有と普及が重要となるため、都道府県・指定都市においては、下記の研修等を活用し、ユニットケアの普及推進にご尽力いただきたい。

ア 施設整備等担当者研修・指導監査担当者研修について

(ア) 施設整備等担当者研修について

ユニットケアのハード面の整備は、設計の段階から高齢者の生活を理解した計画が必要である。設計の段階における的確な指導や助言が、その後の介護実践（ソフト）に大きく影響するため、平成16年度から、厚生労働省において施設整備担当者研修を実施し、都道府県、市の担当職員がユニットケアへの理解を深め、相談業務等に活かせるようにしている。しかし、未だに高齢者の暮らしをイメージできていない構造の施設も散見されるため、今後とも本研修に積極的に参加いただき、的確な助言指導に活かしていただきたい。

(イ) 指導監査担当者研修について

ユニットケアの要素であるハード及びソフトは、従来型施設のそれとは異なり、各施設ごとの工夫の余地が大きい。このため、従来型施設のケアの延長線上で指導監査を行えば、施設側は混乱を来たすことになる。

このため、平成18年度から、厚生労働省においてユニットケア施設指導監査担当者研修も実施することにしたところであり、今後とも本研修に積極的に参加いただき、的確な助言指導に活かしていただきたい。

(ウ) 平成19年度以降の研修の実施について

上記(ア)、(イ)の研修について、平成19年度以降は、厚生労働省(本省)ではなく、国立保健医療科学院(埼玉県和光市)に移管して実施することとしている。

なお、19年度については、年度当初の研修実施希望が多いことから、5月下旬の開催を予定しているのでご留意願いたい。詳細については、本年度内に改めてお知らせする。

イ ユニットケア研修等事業について

(ア) 施設管理者研修について

本研修については、認知症介護研究・研修東京センターにおいて実施し、平成15年度から平成18年9月までの累計で922名が受講したところである。

各専門職の協働により運営される施設においてユニットケアを導入するに当たっては、管理者(施設長)のリーダーシップと施設理念の共有が極めて重要である。組織の中で、どのように施設理念を伝達、実行する仕組みをつくるのか、どのように各職員の力量が十分発揮できる運営をするのか等、管理者の理解・能力はその施設におけるユニットケアの成否に影響する。本研修は、そのような管理者の理解・能力の向上に資するため、事例検討や演習を中心に、実践的な内容としている。

都道府県・指定都市においては、本研修事業の実施及び受講者の推薦につきご配慮いただきたい。

なお、本研修については、平成１９年度以降も、引き続き認知症介護研究・研修東京センターが実施することとしている。

（イ）ユニットリーダー研修について

本研修については、平成１８年９月までの累計で１，６６９名が受講したところである。入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービス提供に配慮する観点から、平成１８年４月からユニット型特別養護老人ホーム等に常勤のユニットリーダーを配置することを義務付けたところである。

今年度の研修については、応募者が急増したため、一部で希望に添えない事態が生じたところであるが、平成１９年度の実施に向けては、実地研修施設を増加させる等、研修の受け入れ体制の拡充を行うこととしている。また、実地研修施設の選定基準等の明確化について専門家による検討会を設け、検討を進めているところである。

また、平成１８年度から、（社）全国老人福祉施設協議会が都道府県等の委託を受けて北海道及び九州においてユニットリーダー研修を実施しているところである。

こうした状況を踏まえ、本研修事業の実施及び受講者の推薦につき引き続きご配慮いただきたい。

（ウ）ユニットケア指導者養成研修について

ユニットリーダー研修の実施に当たっては、ユニットケアの正しい理解と実践力を備えた即戦力となる指導者の育成が必要であり、認知症介護研究・研修東京センターにおいては、平成１８年度から、ユニットケア指導者養成研修を実施している。

１８年度の研修修了者は２７名を予定しているが、今後のユニットリーダーの研修体制を考えると、指導者の更なる養成が喫緊の課題となっている。

本養成研修は、平成１９年度においても、都道府県の委託を受けて認知症介護

研究・研修東京センターが実施することとしているので、各都道府県・指定都市にあつては、本養成研修の意義・重要性を認識いただき、指導者の確保のためにご協力願いたい。

(エ) 情報提供事業について

ユニットケアの効果的な普及に資するため、認知症介護研究・研修東京センターにおいて、ユニットケアを先進的に実施している施設長、中間管理職、ユニットリーダーの方々のインタビューなどを収録したDVD「ユニットケアを活性化させる運営と組織デザイン ―施設長、中間管理職、ユニットリーダーの役割―」が作成された。

また、昨年8月及び10月、(社)日本医療福祉建築協会及び認知症介護研究・研修センターの主催により、ユニット型施設の開設を計画する者や企画設計関係者に対し、ユニットケアについての正しい理解の下で設計が行われ、より良いユニットケアが実現されるようにするため、講義・演習形式による講座が開設されるとともに、ユニット型特別養護老人ホームに関する設計相談が行われたところである。平成19年度においても、同様に実施する予定である。

都道府県・指定都市におかれては、本情報提供事業を活用し、関係者に対し、ユニットケアについて有効な情報提供をお願いしたい。

(4) 養護老人ホームの適切な運営等について

ア 養護老人ホーム関係

(ア) 養護老人ホームにおける処遇計画の取扱いについて

養護老人ホームにおける処遇計画については、「養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」(昭和41年厚生省令第19号)第15条、及び「養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」(平成12年3月30日老発第307号厚生省老人保健福祉局長通知)第5の2により行われているところであるが、平成18年度老人保健健康増進等事業により行われた「養護老人ホームにおける処遇計画

作成の実践に関する研究事業」(全国老人福祉施設協議会)において設置された「新型養護老人ホームケアプラン作成研究会」において、「新型養護老人ホームパッケージプラン」が取りまとめられた。

本プランは、養護老人ホームの特性に沿った処遇計画として研究・開発されたものである。各都道府県におかれては、管内市町村及び関係機関等に対し、これを周知されたい。

なお、本プランは、養護老人ホームにおいて処遇計画を作成する上での標準例を提示するものであり、これ以外の処遇計画の使用を制限する趣旨ではない。

(イ) 養護老人ホーム施設職員研修について

標記については、在宅福祉事業費補助金の1つとして平成19年度予算(案)に計上しているところであるが、現時点での実施要綱(案)は下記のとおりである。

本研修事業は、平成19年度の単年度事業として実施することを予定している。各都道府県においては、この趣旨をご理解いただき、平成19年度における積極的な取組をお願いする。

養護老人ホーム施設職員研修事業実施要綱(案)

1. 事業の目的

老人福祉法及び介護保険法の改正により養護老人ホームに求められている新たな役割(要支援・要介護の入所者に対する介護保険サービスの利用支援、社会復帰の促進など)に対応するため、これに必要な知識・技術の習得について国として支援を行い、制度の適切な運営を図るとともに、入所者に対する処遇の向上を図ることを目的とする。

2. 実施主体

実施主体は、都道府県とする。ただし、社団法人全国老人福祉施設協議会等適切に事業実施が可能な団体に委託できるものとする。

※ 複数の都道府県による合同開催とするなど、広域的に実施しても差し支えない。

3. 対象者

養護老人ホームの生活相談員等

※ 市町村職員等の研修への参加も補助対象とすることとしており、積極的に研修に参加するよう周知すること。

4. 研修の内容

各都道府県は、次に掲げる研修課目を実施すること。

なお、各都道府県において、地域の実情に応じて、養護老人ホームにおける処遇の質の向上に資する課目を適宜追加することができる。

※ 研修カリキュラムについては、平成18年度老人保健健康増進等事業において、現在、研究・開発が行われているところであり、詳細については、今後お示しする予定である。

【研修カリキュラムとして想定されるテーマ】

① 新たな養護老人ホームに求められる機能について〔講義〕

② 養護老人ホームにおける処遇計画の作成について〔講義及び演習〕

※ 新型養護老人ホームパッケージプランに拠る。

③ 要支援・要介護状態の入所者に対する処遇を行う上での介護保険サービスの活用と連携について〔講義〕

④ 地域の社会資源の活用と連携について〔講義〕

この他、各都道府県において養護老人ホームにおける職員の質の向上に資するテーマを、適宜追加することを可能とする。

(ウ) 老人保護措置費の取扱いについて

養護老人ホームに係る老人保護措置費については、平成17年度から市町村に税源移譲が行われ、その取扱いについては、「老人福祉法第11条の規定による措置事務の実施に係る指針について」（平成18年1月24日老発第0124001号厚生労働省老健局長通知）によりお示ししているところであるが、これに関して寄せられた疑義のうち、特に重要なものを整理したので、参考とされたい。

Q 1 養護老人ホームが外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けた場合、一般事務費はどのように算定するのか。

A. 養護老人ホームが外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けた場合、一般事務費は、当該養護老人ホームに入所する者すべてについて算定する「基本分」と、当該養護老人ホームに入所する者のうち一般入所者に該当する者についてのみ算定する「支援員分」とで構成される。

したがって、一般事務費は、次のとおり算定することとなる。

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{基本分単価} \times \text{養護老人ホーム入所者数} \quad \cdots \quad \text{①} \\ \text{支援員分単価} \times \text{一般入所者数} \quad \cdots \quad \text{②} \end{array} \right.$$
$$\text{①} + \text{②} = \text{養護老人ホームに対する一般事務費月額}$$

Q 2 介護サービス利用者負担加算と高額介護サービス費との間で、適用の優先順位はあるか。

A. 高額介護サービス費は、全国共通の仕組みであり、入所者が介護保険サービスの利用者負担を負担するに当たっては、高額介護サービス費の適用を優先することが基本となる。

Q 3 65歳未満で医療保険に加入していない入所者（介護保険の第2号被保険者ではない者）が訪問介護等のサービスを受けた場合における利用者負担（10割）

は、介護サービス利用者負担加算の対象となるか。

- A. 介護サービス利用者負担加算は、措置により養護老人ホームに入所する者が介護サービス等を利用した場合における利用者負担を対象とするものであり、介護保険の被保険者である入所者に限定されない。

したがって、65歳未満で医療保険に加入していない者であっても、介護サービス利用者負担加算の対象となる。

イ 軽費老人ホーム関係

(ア) 軽費老人ホームの最低基準省令の必要性

- ・ 社会福祉施設については、社会福祉法第65条により施設の最低基準を定めることとされているが、軽費老人ホームについては、従来から、「軽費老人ホームの設備及び運営について」（昭和47年2月26日社老第17号厚生省社会局長通知。以下「局長通知」という。）において設備、運営の基準を定めるのみであり、施設に対する指導監督を行う上で法令上の基準がないまま推移してきた。
- ・ 軽費老人ホームの将来像については、「養護老人ホーム及び軽費老人ホームの将来像研究会」（座長：北場勉（日本社会事業大学社会福祉学部教授））において、養護老人ホームの将来像と合わせて検討が行われ、平成16年10月28日に取りまとめられた報告書では、「今後は三類型をケアハウスに統一していくことが望ましい。そのため、今後の新設はケアハウスのみに限るべきである。現にあるA型とB型については、建て替えの機会などに円滑にケアハウスに移行できるよう、十分な配慮が必要である。」とされたところである。
- ・ このような、軽費老人ホームの将来像を踏まえ、今般、最低基準を定める厚生労働省令を制定することとする。

(イ) 省令の内容

- ・ 省令制定に当たっての基本的な方向性
 - ① 省令で定める人員、設備、運営等の基準の内容は、局長通知のケアハウスに

関する内容を基本とする。現存するA型とB型については、省令制定後も建替えまでの間は従来どおりの運営が可能となるよう、経過的な基準を設ける。

また、局長通知の内容以外にも、特別養護老人ホームや養護老人ホーム等の基準に共通して規定されている事項（感染症、苦情対応等）を規定する。

- ② 現存するケアハウスについては、サービスの質を確保しつつ、省令制定により過度な負担が生じないように、所要の経過措置を設ける。
- ③ 将来像研究会報告書において、「各地域で小規模なケアハウスが整備されることが期待される」とされていることを踏まえ、現在「単独設置のケアハウスの場合は20人以上、併設の場合は10人以上」とされている定員要件を撤廃する。

なお、定員要件の撤廃に伴い、20人未満（併設の場合10人未満）について更に細かな定員区分及び単価をお示しすることは考えていない。

- ④ 事務費については、既に各都道府県の一般財源化されたものであるため、その単価は最低基準省令の規定事項とはならないが、省令とは別に参考事項をお示しすることとしている。

（ウ）A型又はB型からケアハウスへの転換時の措置

- ・ 施設類型が変わることにより、入居者の費用負担構造も変わることとなるが、転換時現にA型又はB型に入居している者にとって過度の負担増が生じないように、配慮が必要である。
- ・ このため、転換前からA型又はB型に入居している者が、新たに負担することになるケアハウスの管理費については、負担軽減措置を検討している。

ウ 養護老人ホーム等の会計処理について

（ア）養護老人ホームへの介護保険サービスの導入に伴う会計処理について

養護老人ホームにおける会計処理については、これまで、「社会福祉法人会計基準の制定について」（平成12年2月17日社援第310号厚生省大臣官房障害保健福祉部長、社会・援護局長、老人保健福祉局長、児童家庭局長通知（以下、「会計基準」という。））又は、「社会福祉施設を経営する社会福祉法人の経理規定準則

の制定について」(昭和51年1月31日社施第25号厚生省社会局長、児童家庭局長通知)のいずれかにより行われてきたところである。

平成18年4月以降、養護老人ホームが特定施設入居者介護等の指定を受けられることとなったことに伴い、養護老人ホームにおける会計処理についても、指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針によることができるよう、近々所要の通知を改正することとしているので、関係機関に対し周知願いたい。

(イ) 特別養護老人ホーム等における運営費の取扱いについて

特別養護老人ホーム等における運営費の取扱いについては、「特別養護老人ホームにおける繰越金等の取扱い等について」(平成12年3月10日老発第188号厚生省老人保健福祉局長通知)により行われているところであるが、今般、特別養護老人ホームにおける介護報酬等の弾力的な運用を図る観点から、施設報酬を主たる財源とする資金の繰入れをすることができる範囲について、公益事業全体にまで拡大する方向で検討を行っているところである。

今後、パブリックコメントにおけるご意見等を踏まえた上で、本通知を改正する予定である。

(5) 高齢者住宅支援員(仮称)研修等事業の創設について

今後、独居高齢者や高齢者夫婦のみ世帯が更に増加することが見込まれることから、「高齢者向けの安心な住環境」の確保対策の一つとして、平成19年度から、高齢者が多く居住する集合住宅(以下「高齢者住宅」という。)の管理人、自治会役員等が、介護等に関する基礎的な知識等を修得するための研修事業、市町村や地域包括支援センターを核とした本研修修了者、生活援助員(いわゆるLSA)等のネットワーク形成を支援する事業を実施することとしている。

これらを通じて、支援が必要な高齢者が安心して高齢者住宅に入居し、居住し続けることを可能とし、住み慣れた地域で生活を継続できるよう支援していく考えである。

研修カリキュラムや事業の実施方法等の詳細については、現在検討中であるので、追ってお示ししたい。

【事業内容】

（１）研修事業

高齢者住宅の管理人、管理組合の代表者、自治会役員等を対象として、介護等に関する基礎的な知識や介護保険サービスの利用等に関する研修を実施する。

（２）ネットワーク形成推進事業

市町村や地域包括支援センターを核として高齢者住宅支援員（仮称）、L S A等がネットワークを形成することを支援する事業（協議会や連絡会の設置、相談会・シンポジウムの開催、普及啓発 等）を実施する。

【実施主体】 都道府県（適切に実施できる団体に委託することも可）

【負担割合】 国：１／２、都道府県：１／２

（６）介護関連施設における感染症対策について

ア 介護関連施設内における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衛生管理体制の整備及び発生時の報告手順を定め、また、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る。

また、平成１８年度から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」を創設し、施設の感染症対策を強化したところであるが、その実施状況は未だ低調である。

各都道府県・指定都市においては、本事業を積極的に活用し、施設内感染症対策の体制整備に向けた支援をお願いする。

イ 冬季においては感染症の集団発生が見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、「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・まん延防止策の徹底について」（平成18年12月6日老計発第1206001号、老振発第1206001号、老老発第1206001号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長連名通知）、「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連名通知）、「社会福祉施設、介護老人保健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・まん延防止策の一層の徹底について」（12月21日雇児発第1221002号、社援発第1221002号、障発1221002号、老発1221002号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長、老健局長連名通知）等を通知したところであり、これらを踏まえ、引き続き、管内市区町村及び管内介護関連施設における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、「今冬のインフルエンザ総合対策の推進について」（平成18年11月1日健感発第1101001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）を踏まえ、予防対策の徹底を図ること。

(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」を策定するとともに、「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に対する手引き」等を作成しているので、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>）に掲載しているので、引き続き、管内の介護関連施設に周知徹底すること。

(7) 地方公共団体が設置する介護サービス提供施設における指定管理者制度の取扱いについて

- 地方公共団体が介護サービス提供施設を設置し、旧地方自治法の規定に基づく公の施設の管理の委託として、当該介護サービス提供施設の運営を民間法人に委託している場合の介護保険法上の指定の申請をすべき者等については、『いわゆる「公設民営」等の取扱いについて』（平成11年7月27日厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室長。以下「公設民営事務連絡」という。）により、その取扱いを示してきたところである。
- 今般、旧地方自治法の管理委託制度の経過措置期間が終了すること、今国会に提出した「構造改革特別区域法の一部を改正する法律案」において構造改革特別区域法第31条（特別養護老人ホームの公設民営特区）を削除することとしていることにより、公の施設の管理については、指定管理者制度へ完全に移行することとなる。これに伴い、指定管理者制度を活用している場合の指定の申請をすべき者等について、改めて、次のとおり整理することとする。

なお、この取扱いについては、別途通知を発出する予定であり、これに伴い、公設民営事務連絡は廃止することとしている。

ア 介護保険法上の指定の申請をすべき者について

(ア) 現行の取扱い

公設民営事務連絡においては、次のような取扱いとしており、指定管理者制度の下でもこれを踏襲している。

- ① 旧地方自治法の管理委託制度における利用料金の収受として、介護給付等対象サービス提供時の利用者負担及び当該サービスに係る介護報酬を民間法人の収入とさせている場合であって、当該利用者負担及び介護報酬の収入が当該民間法人の当該事業に係る主たる収入であり、当該事業の運営責任が当該民間法人に移っていると解されるときは、当該民間法人が指定の申請をすること。
- ② 特別養護老人ホームやデイサービスセンターの公設民営の場合においては、老人福祉法の規定に基づく届出又は認可の申請をすべき者も、指定の申請をすべき者と同一にすること。

(イ) 見直し後の取扱い

① 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設及び介護療養型医療施設

介護保険法第78条の2第1項、第86条第1項及び第107条第1項の規定により、指定の申請は「施設の開設者」が行うこととされていることから、老人福祉法及び医療法上の「開設者」である地方公共団体を指定の申請をすべき者とする。

この場合において、介護保険法及び指定基準ではサービス提供の主体や介護報酬等の収受の主体は「施設」とされていることを勘案し、利用者との契約や介護報酬等の収受の主体を「施設」の管理を行っている指定管理者とすることとして差し支えない。

したがって、地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設について、社会福祉法人以外の法人が指定管理者となる場合で、利用料金制を採用しているときであっても、地方公共団体を「開設者」として、指定の申請をすることが可能となる。

② 介護老人保健施設

介護保険法第94条第1項の規定により、介護老人保健施設の許可の申請は「開設しようとする者」が行うこととされていることから、公の施設の開設者である地方公共団体を許可の申請をすべき者とする。

この場合において、介護保険法及び指定基準ではサービス提供の主体や介護報酬等の収受の主体は「施設」とされていることを勘案し、利用者との契約や介護報酬等の収受の主体を「施設」の管理を行っている指定管理者とすることとして差し支えない。

③ 居宅サービス事業及び地域密着型サービス事業を行う介護サービス提供施設

介護保険法第70条第1項及び第78条の2第1項の規定により、指定の申請は「事業を行う者」が行うこととされていることから、居宅サービス事業及び地域密着型サービス事業の提供主体である指定管理者を指定の申請をすべき者とする。

ただし、指定管理者制度の利用料金制を採用せず、介護報酬等の収受の主体を地方公共団体としている場合には、地方公共団体を指定の申請をすべき者とする。

イ 地方公共団体の責務

介護サービス提供施設の管理を指定管理者に行わせる地方公共団体は、当該介護サービス提供施設の管理運営に係る責任を有する者として、指定管理者が介護サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準等を遵守するよう、条例や指定管理者との間で締結する協定等により、必要な措置を講じなければならない。

ウ 指定管理者とすることができる者の範囲について

指定管理者には、原則として、民間事業者等が幅広く含まれ、その対象は限定されないものである。

特に、特別養護老人ホームについては、旧地方自治法上の管理委託制度と比べて地方公共団体の関与が強化されていることを踏まえ、従来から指定管理者制度の下では、株式会社でも指定管理者として管理を行うことができる取扱いとしている。（こうした経緯があり、特別養護老人ホームの公設民営特区を全国展開するに当たり、指定管理者制度に一本化することとしたものである。）

ただし、介護老人保健施設については、指定管理者は介護保険法第94条第3項第1号に規定する者に限定されるものであり、営利を目的とする者を指定管理者とすることはできない。

また、病院及び診療所は営利を目的とする者を指定管理者とすることができないとされている（平成15年11月21日医政総発第1121002号厚生労働省医政局総務課長通知）ことから、病院及び診療所がサービス提供施設である介護療養型医療施設についても、営利を目的とする者を指定管理者とすることはできない。

エ 地域密着型介護老人福祉施設等の申請者の変更について

地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設及び介護療養型医療施設については、介護保険法第78条の2、第86条及び第107条の規定により、指定の申請は「施設の開設者」が行うこととされているが、介護保険法上の指定の申請者が老人福祉法及び医療法上の「開設者」となっていない場合は、申請者の変更を行う必要があるため、指定の更新の際には、「開設者」が指定の申請を行い直すこと。

オ 老人福祉法上の届出者の変更について

現行の取扱いのとおり、介護保険法上の指定の申請者と老人福祉法上の特別養

護老人ホーム等の設置の届出者は同一にすべきであるが、申請者と届出者が同一となっていない場合は、届出者の変更を行う必要があるため、介護保険法上の申請者が設置の届出を改めて行うこと。

○ 上記の内容を表に示すと次のとおりである。

ア 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設及び介護老人保健施設

施 設		老人福祉法等上の 開設の届出主体	介護保険法上の 指定の申請主体	利用者との契約 締結等の主体
現 行	利用料金制(無)	地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体
	利用料金制(有)	指定管理者	指定管理者	指定管理者
見 直 し 後	利用料金制(無)	地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体
	利用料金制(有)	地方公共団体	地方公共団体	指定管理者

イ 居宅サービス事業及び地域密着型サービス事業を行う介護サービス提供施設

施 設		老人福祉法上の 開設の届出主体	介護保険法上の 指定の申請主体	利用者との契約 締結等の主体
現 行	利用料金制(無)	地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体
	利用料金制(有)	指定管理者	指定管理者	指定管理者
見 直 し 後	利用料金制(無)	地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体
	利用料金制(有)	指定管理者	指定管理者	指定管理者

8 地域密着型サービス等について

(1) 地域密着型サービスに係る市町村独自の高い報酬の設定について

- 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ととされている。
- 現時点で厚生労働大臣が個別に認定する市町村独自の高い報酬や手続の概要（案）については、別紙のとおりである。
その詳細については、まとめ次第、お示しする。

【関係告示等】

- 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）

四 夜間対応型訪問介護及び小規模多機能型居宅介護に係る指定地域密着型サービスに要する費用の額は、前3号の規定にかかわらず市町村長（特別区の区長を含む。以下同じ。）の申請に基づき、厚生労働大臣が認めた場合に限り、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定することができるものとする。

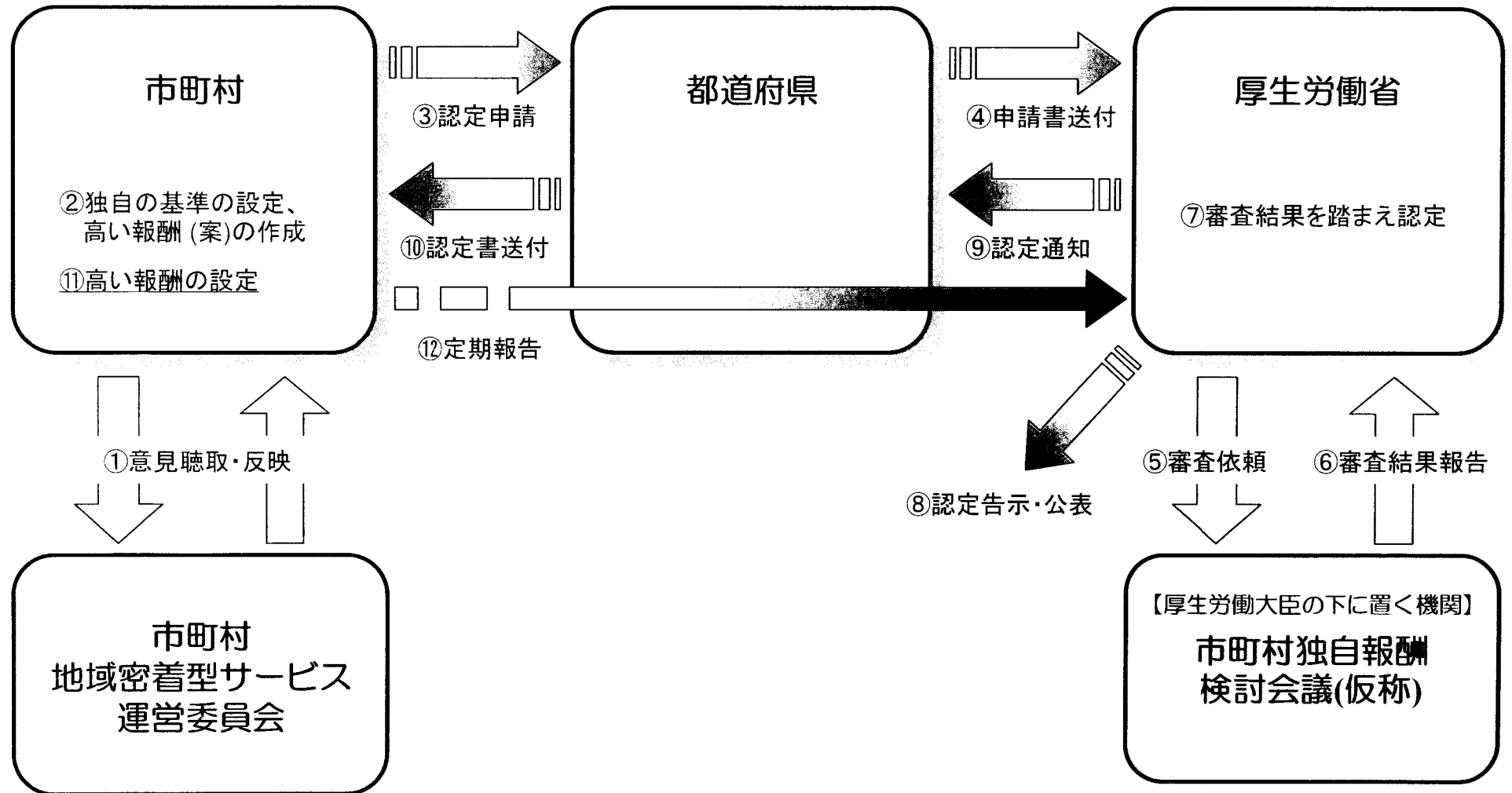
- 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年3月31日老計発第0331005号、老振発第0331005号、老老発第0331018号 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長連名通知）

第二の1

(11) 厚生労働大臣の認定による介護報酬の設定

夜間対応型訪問介護費及び小規模多機能型居宅介護費については、介護保険法第78条の4第4項の規定に基づき市町村が独自に設定した人員、設備及び運営に関する基準において、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ときは、市町村が通常の報酬よりも高い報酬を算定できるととしている。この取扱いについては、平成18年度中に厚生労働大臣の認定その他の手続き等について検討し、実際の認定手続きを経た上で、平成19年4月1日以降に算定する予定としている。

市町村独自の高い報酬設定までの流れ(案)



ア 市町村独自の高い報酬の設定の考え方（案）

（ア）全般について

- 高い報酬は、加算方式とする。
- 市町村が独自に定める指定基準等の要件は様々なものが想定され、厚生労働大臣が定める告示において一律に高い報酬を設定することは難しいことから、市町村が独自に定める要件に柔軟に対応できるよう、高い報酬には段階を設定し、市町村は、いずれの段階に該当するかについて具体的な要件を明確にして申請し、厚生労働省でその内容を審査した上、いずれの段階の報酬に該当するかを決定する。

（イ）小規模多機能型居宅介護費の高い報酬について

- 3段階で設定することとし、要介護区分を問わず、同じ単位数を加算することとする。
- 小規模多機能型居宅介護費の高い報酬(加算単位数)
1月につき次のいずれかの単位数
①〇〇〇単位 ②〇〇〇単位 ③〇〇〇単位
- 高い報酬の段階決定に当たっては、次の4要件のうち、Aの要件を必須とし、Aの要件のみを満たすものは①の報酬、Aの要件及びB～Dのうち1要件を満たすものは②の報酬、Aの要件及びB～Dのうち2要件以上を満たすものは③の報酬とすることとする。
 - A 認知高齢者と職員とのなじみの関係の確保に関する要件
 - B 専門性の高い人材の確保に関する要件
 - C 他の事業者や地域との連携強化に関する要件
 - D その他市町村からの提案によるもので、利用者へのサービスの質の向上に資すると認められる要件

（ウ）夜間対応型訪問介護費の高い報酬について

① 夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）

（i）「基本夜間対応型訪問介護費」

- 2段階で設定することとする。
- 「基本夜間対応型訪問介護費」の高い報酬(加算単位数)
1月につき次のいずれかの単位数
①〇〇単位 ②〇〇単位

- 高い報酬の段階決定に当たっては、次の3要件のうち、1要件を満たすものは①の報酬、2要件以上を満たすものは②の報酬とすることとする。
 - A 利用者への定期的な状況把握の確保に関する要件
 - B 地域における支援体制の確保に関する要件
 - C その他市町村からの提案によるもので、利用者へのサービスの質の向上に資すると認められる要件

(ii)「定期巡回サービス費」、「随時訪問サービス費(Ⅰ)」及び「随時訪問サービス費(Ⅱ)」

- 1段階のみとし、それぞれ、訪問1回につき同じ単位数を加算することとする。
- 「定期巡回サービス費」、「随時訪問サービス費(Ⅰ)」及び「随時訪問サービス費(Ⅱ)」の高い報酬(加算単位数)
 - 専門性の高い人材の確保に関する要件に該当する場合、訪問1回につき○○単位

② 夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)

- 3段階で設定することとする。
- 「夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)」の高い報酬(加算単位数)
 - 1月につき次のいずれかの単位数
 - ①○○○単位 ②○○○単位 ③○○○単位

- 高い報酬の段階決定に当たっては、次の4要件のうち、1要件を満たすものは①の報酬、2要件を満たすものは②の報酬、3要件以上を満たすものは③の報酬とすることとする。
 - A 利用者への定期的な状況把握の確保に関する要件
 - B 地域における支援体制の確保に関する要件
 - C 専門性の高い人材の確保に関する要件
 - D その他市町村からの提案によるもので、利用者へのサービスの質の向上に資すると認められる要件

(エ) 市町村独自報酬検討会議(仮称)について

- 市町村から申請された具体的な要件が、(イ)のA～D、(ウ)①(i)のA～C、同(ii)の要件、(ウ)②のA～Dに該当するかどうかは、有識者で構成する市町村独自報酬検討会議(仮称)の審査により判定する。

(オ) 手続き等

- 市町村独自の高い報酬は、独自の基準等の要件を満たす事業所についてのみ算定するものであり、独自の基準等の要件を満たさない事業所については、通常の報酬を算定する。
- 厚生労働大臣の認定は年2回とし、市町村からの申請期間も年2回設ける。
(平成20年度は平成19年度の申請状況を踏まえ検討する。)
- 市町村独自の高い報酬は平成18年4月の報酬改定で設けられたものであり、平成21年3月末(次回の報酬改定前)まで効力を有するが、次回の報酬改定以降もその効力が保障されているわけではない。
- 市町村独自の高い報酬の設定に当たっては、都道府県等の審査支払等システムの改修は行わず、既存のシステムを活用した手続きで対応する予定である。

(2) 介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A

ア 介護老人福祉施設

(問1) 平成18年度中に既に開設しているユニット型介護老人福祉施設については、平成19年3月31日までにユニットリーダー研修を受講した職員を2名配置しなければ、平成19年4月から減算となるのか。

(答)

- 1 ユニット型介護老人福祉施設におけるユニットケアに関する減算に係る施設基準（「厚生労働大臣が定める施設基準」（平成12年厚生省告示第26号）二十九）では、①日中については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること、②ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置することとしており、これを満たさない場合に減算となるが、当該告示については、「ユニットリーダー研修を受講した従業者を2名以上配置」することは求めていることから、ユニットリーダー研修受講者が2名以上いなくても、減算対象とはならない。
- 2 一方、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第39号）については、これに関する平成12年3月17日老企第43号厚生省老人保健福祉局企画課長通知の第5の10(2)において、「ユニットリーダー研修を受講した従業者を各施設に2名以上配置」することを求めていることから、指導監査等においては、このことが遵守されるよう、適切に指導していただく必要がある。
- 3 なお、この取扱いは、介護老人福祉施設以外のユニット型施設についても同様である。

(問2) A県所在の特別養護老人ホームを本体施設として、A県の隣にあるB県にサテライト型居住施設（地域密着型特別養護老人ホーム）を設置することは可能か。なお、本体施設とサテライト型居住施設は、通常の交通手段を利用して15分以内で移動できる範囲内にある。

(答)

お問い合わせのケースの場合、本体施設と密接な連携を確保しつつ、地域密着型特別養護老人ホームの運営を行うのであれば、所在県が異なる場合もサテライト型居住施設として差し支えない。

(問3) 在宅・入所相互利用加算を算定している入所者が、特別養護老人ホームに入所している間に、看取り介護加算の基準に該当することとなった場合、看取り介護加算も算定することは可能か。

(答)

在宅・入所相互利用加算の対象者が、看取り介護加算の対象となるような状態になったときには、看取り介護加算も算定して差し支えない。

イ 夜間対応型訪問介護

(問4) オペレーションセンターを設置しない夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)を算定する事業所においても、オペレーションセンターにおける通信機器に相当するもの及び利用者に配布するケアコール端末は必要とされているが、どのようなものであればよいのか。

(答)

- 1 利用者に配布するケアコール端末は、オペレーションセンターを設置する事業所と同様、定期巡回を行う訪問介護員等に簡単に通報可能なものである必要がある。
- 2 また、利用者からの通報を受ける訪問介護員等の「オペレーションセンターにおける通信機器に相当するもの」とは、夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)に比べて利用者数が限定されることから、オペレーションセンターのように利用者の心身の状況等の情報を蓄積し、利用者から通報があった際に、瞬時にそれらの情報を把握できるようなものである必要はなく、適切に利用者からの通報を受信できるものであれば足りる。

(問5) 夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)を算定している事業所の場合、電話による対応や訪問サービスが一月に一度もないときには、報酬を算定することはできないのか。

(答)

夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)を算定する事業所においても、利用者に対してケアコール端末を配布し、利用者から通報を受けることができる体制をとっていることから、夜間対応型訪問介護のうちの「オペレーションセンターサービス」を行っているとみなされるものであり、電話による対応や訪問サービスが一度もない月であっても、報酬を算定することは可能である。

(問6) 夜間対応型訪問介護の利用者が月を通じて1か月間入院する場合、夜間対応型訪問介護費の算定は可能か。

(答)

利用者が1月を通じて入院し、自宅にいないような場合には、オペレーションセンターサービスを利用できる状況になく、夜間対応型訪問介護のうちの「オペレーションセンターサービス」を行っているとは言い難いことから、夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)の基本夜間対応型訪問介護費、夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)とも算定することはできない。

(問7) 利用者が短期入所生活介護を受けている間は、夜間対応型訪問介護費は算定できないことになっているが、短期入所生活介護を利用している月は、夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)の基本夜間対応型訪問介護費や夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)の月額報酬は一切算定できないのか。それとも、短期入所生活介護を受けている期間以外の期間について日割り計算により算定するのか。

(答)

- 1 利用者が1月を通じて短期入所生活介護を利用し、自宅にいないような場合には、問6の回答のとおり、夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)の基本夜間対応型訪問介護費、夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)とも算定することはできないが、1月を通じての利用でない場合は、算定することは可能である。
- 2 また、この場合、夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)の基本夜間対応型訪問介護費及び夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)の月額報酬は、日割り計算とはならず、月額報酬がそのまま算定可能である。

(問8) 夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)を算定する事業所について、利用定員を100人とする場合であっても、地域密着型サービスの事業所の指定を行ってもよいのか。

(答)

- 1 「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」(平成18年3月31日老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長連名通知)第3の一の1の(2)⑦のとおり、オペレーションセンターを設置しないことができる場合とは、具体的には、利用者の人数が少なく、かつ、指定夜間対応型訪問介護事業所と利用者の間に密接な関係が築かれていることにより、定期巡回サービスを行う訪問介護員等が利用者から通報を受けた場合であっても、十分な対応を行うことが可能であることを想定している。
- 2 オペレーションセンターを設置しないにもかかわらず、利用定員が100人の

場合には、一般的には、夜間対応型訪問介護事業所と利用者の間に密接な関係を築くことは難しく、十分な対応を行うことは困難であると考えられることから、地域密着型サービスの事業所の指定は行うべきではないと考えるが、そのような場合の事業所の指定については、事業所が適切にオペレーションセンターサービスを実施することができるかどうか、地域の実情も踏まえて各保険者において判断していただきたい。

(問 9) 夜間対応型訪問介護費 (I) を算定する事業所について、随時訪問サービスを一晩に複数回行った場合、その回数分の随時訪問サービス費を算定することは可能か。また、指定訪問介護のように空けなくてはならない間隔 (概ね 2 時間以上) はあるのか。

(答)

- 1 夜間対応型訪問介護費 (I) を算定する事業所における随時訪問サービス費については、サービス提供の時間帯、1 回当たりの時間の長短、具体的なサービス内容等にかかわらず、1 回の訪問ごとに算定することになるため、随時訪問サービスを一晩に複数回行った場合でも、その回数分の随時訪問サービス費を算定することが可能である。
- 2 また、随時訪問サービスは利用者からの随時の連絡を受けて行うものであり、次のサービス提供までに空けなければならない間隔の制限はない。

ウ 認知症対応型通所介護

(問 10) 住所地特例の適用がある外部サービス利用型特定施設の入居者 (住所地特例入居者) が、認知症対応型通所介護を利用する場合は、住所地特例入居者の保険者たる市町村への指定申請は必要か。

(答)

住所地特例入居者が認知症対応型通所介護を利用する場合には、住所地特例入居者の保険者たる市町村 (住所地特例市町村) は、認知症対応型通所介護の利用に係る報酬を外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費として特定施設に支払い、また、特定施設は、認知症対応型通所介護の利用に係る報酬を委託料として認知症対応型通所介護事業所に支払うことから、住所地特例市町村から指定を受けていなくても、住所地特例入居者の認知症対応型通所介護の利用に係る報酬は支払われる仕組みとなっている。

エ 小規模多機能型居宅介護

(問 1 1) 個室以外の宿泊室について、カーテンは利用者のプライバシーが確保されたしつらえとは考えにくいことから不可とされているが、アコーディオンカーテンではどうか。

(答)

個室以外の宿泊室について、プライバシーが確保されたものとは、パーティションや家具などにより利用者同士の視線の遮断が確保されるようなものである必要がある。アコーディオンカーテンにより仕切られている宿泊室については、パーティションや家具などと同様にプライバシーが確保されたものである場合には、宿泊室として取り扱って差し支えない。

(問 1 2) 通いサービスや宿泊サービスを利用している利用者が、小規模多機能型居宅介護事業所において、訪問看護を利用することは可能か。

(答)

訪問看護は、利用者の居宅において提供されるものであり（介護保険法第 8 条第 4 項）、小規模多機能型居宅介護事業所に看護師が出向くような利用形態は認められない。

(問 1 3) 小規模多機能型居宅介護事業所に登録していた利用者が、一旦登録を解除して、再度、解除日の 2 週間後に当該小規模多機能型居宅介護事業所に登録する場合、初期加算は再登録の日から 30 日間算定することは可能か。

(答)

病院等に入院のため、小規模多機能型居宅介護事業所の登録を解除した場合で、入院の期間が 30 日以内のときは、再登録後に初期加算は算定することはできない（「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 126 号）別表 3 ロの注）が、そうでない場合は、初期加算を算定することは可能である。

(問 1 4) 小規模多機能型居宅介護は、あらかじめサービスの利用計画を立てていても、利用日時の変更や利用サービスの変更（通いサービス→訪問サービス）が多いが、こうした変更の度に、「居宅サービス計画」のうち週間サービス計画表(第 3 表)やサービス利用票（第 7 表）等を再作成する必要があるのか。

(答)

当初作成した「居宅サービス計画」の各計画表に変更がある場合には、原則として、各計画表の変更を行う必要があるが、小規模多機能型居宅介護は、利用者の様態や希望に応じた弾力的なサービス提供が基本であることを踏まえ、利用者から同意を得ている場合には、利用日時の変更や利用サービスの変更（通いサービス→訪問サービス）の度に計画の変更を行う必要はなく、実績を記載する際に計画の変更

を行うこととして差し支えない。

(問 1 5) 小規模多機能型居宅介護事業所においては、サービスの提供回数に制限は設けてはならないと考えるが、登録者が事業所が作成した小規模多機能型居宅介護計画より過剰なサービスを要求する場合、事業所は登録者へのサービス提供を拒否することは可能か。

(答)

他の利用者との関係でサービスの利用調整を行う必要もあり、必ずしも利用者の希望どおりにならないケースも想定されるが、こうした場合には、利用者に対して希望に沿えない理由を十分に説明し、必要な調整を行いながら、サービス提供を行うことが必要である。

オ 認知症高齢者グループホーム

(問 1 6) 認知症高齢者グループホームにおいて短期利用している利用者が当該認知症高齢者グループホームに引き続き入居することとなった場合、初期加算は何日間算定することができるのか。

(答)

認知症高齢者グループホームにおいて短期利用している利用者が日を空けることなく引き続き当該認知症高齢者グループホームに入居した場合、初期加算は、30日から入居直前の短期利用の利用日数を控除して得た日数に限り算定できるものである。

9. 孤立死防止推進事業について（「孤立死ゼロ・プロジェクト」の創設）

（１）事業の背景とこれまでの取組み

単身高齢者や高齢者のみの世帯が増加しているなか、都市部を中心に、地域から孤立した状態で高齢者が死亡することが社会問題となっている。

市町村においては、これまでも、単身高齢者や高齢者のみの世帯等の生活の安心を支えるための施策として、

- ・ 急病や災害等の緊急時に対応する緊急通報制度
- ・ バリアフリー化された公営住宅等において、日常生活の生活指導、安否確認、緊急時における連絡等のサービスを提供する生活援助員（ライフサポートアドバイザー：L S A）の派遣
- ・ 老人クラブによる一人暮らしや寝たきりの高齢者等の安否確認や話し相手などの「友愛訪問活動」
- ・ 社会福祉協議会を中心とする、地域住民による見守りネットワークの形成
- ・ 栄養改善が必要な高齢者に対し、地域の社会福祉法人等が実施している配食の支援を活用した見守り活動

等が行われてきている。

しかし、単身高齢者及び高齢者のみの世帯数は、平成１７年には約８５０万世帯であるのに対し、平成２７年に約１，１８０万世帯、平成３７年には約１，２９０万世帯になると推計されており、増加の一途をたどることが予想される一方、地域におけるコミュニティ意識は薄れており、こうした高齢者が地域から孤立することのないよう、国や地方自治体が一体となった、さらなる取組みが必要となっている。

（２）孤立死防止推進事業の創設

平成１９年度予算（案）では、「孤立死防止推進事業」として、１７２，９５６千円を計上しているところである。具体的な内容は、次のとおりである。

- ① 関係省庁、学識経験者等で構成された推進会議を開催し、政府としての啓発活動を行う。
- ② 「孤立死ゼロ・モデル事業」を創設し、都道府県、指定都市による住民等に対する普及啓発等の実施（広域事業実施分）や、モデル地域における見守り活動やネットワーク作りなどの「孤立死ゼロ」を目指した取組みを推進する事業（市町村事業実施分）を支援する。

「孤立死ゼロ・モデル事業」の対象としては、

- ・ 連絡相談窓口の設置、緊急情報体制の整備
- ・ 広報活動、シンポジウムの開催
- ・ 孤立死の事例収集、要因分析
- ・ 専門家によるハイリスク高齢者の精神的ケア
- ・ 地域支援ネットワークの整備（関連行政機関、民生委員、ケアマネジャー等介護サービス事業者、社会福祉協議会、住民互助組織、NPOなどとの連携）

等の取組みなど、普及啓発事業、地域や団地等における世帯の孤立を防止するようなユニークな事業等を幅広く対象とすることを予定しているが、モデル地域の選定方法等の詳細については、追ってお示しする。

〔実施主体〕 広域事業実施分 : 都道府県、指定都市

市町村事業実施分 : 市町村

〔負担割合〕 広域事業実施分 : 国 1 / 2、都道府県 1 / 2

市町村事業実施分 : 国 1 / 2、都道府県 1 / 4、

市町村 1 / 4

なお、この事業に先立ち、18年度老人保健健康増進等事業として、財団法人日本総合研究所が、各市町村の孤立死防止対策に関わる施策や取組みの調査を行っているところであるので、管内市町村への周知や調査へのご協力をお願いしたい。

10. 認知症対策の推進について

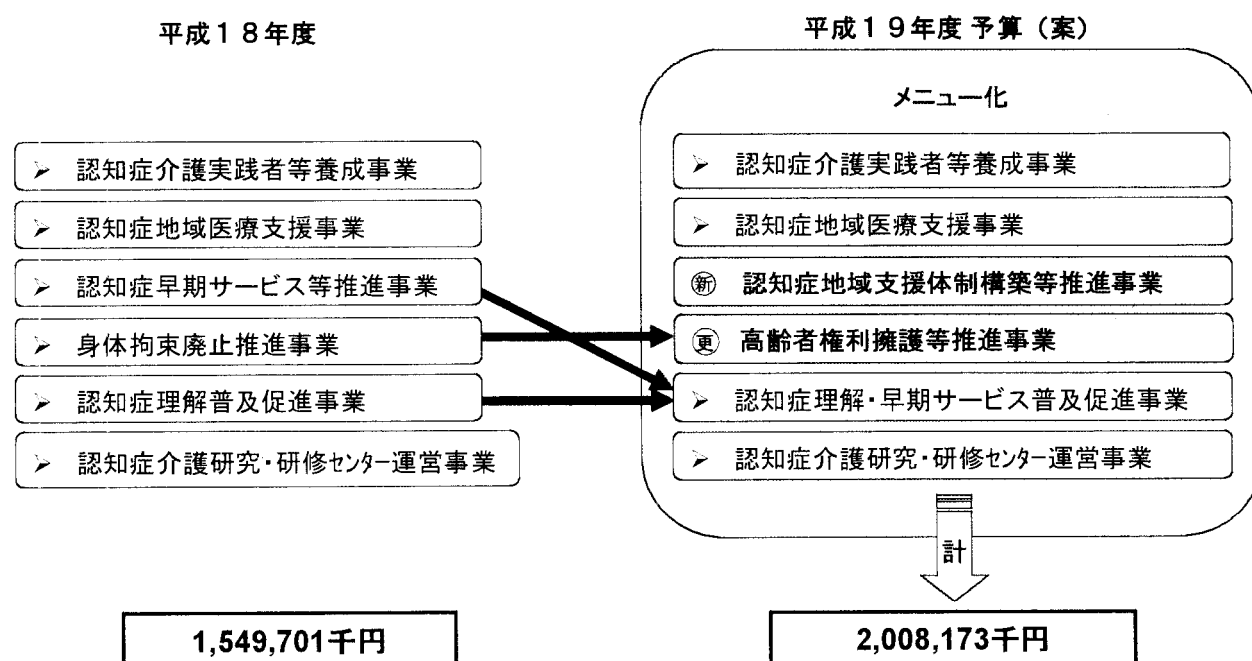
(1) 認知症対策の総合的な推進について

平成19年度における認知症対策等総合支援事業は、地域における認知症の理解や早期サービスの普及を一体的に進めるため、認知症早期サービス等推進事業と認知症理解普及促進事業を「認知症理解・早期サービス普及推進事業」へと再編するとともに、新たに、地域における総合的な支援体制の構築・充実にを図ることを目的とした「認知症地域支援体制構築等推進事業」を創設することとした。

また、「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」の施行を踏まえ、身体拘束廃止推進事業を「高齢者権利擁護等推進事業」へ見直しを行った。

(参考)

認知症対策等総合支援事業の再編



認知症対策等総合支援事業においては、「認知症地域支援体制構築等推進事業」及び「認知症介護研究・研修センター運営事業」を除く各事業について、各自治体の判断により事業の重点化を行うなどの取組を、より柔軟に支援することを目的として、メニュー化を行ったところであるので、積極的な活用をお願いしたい。

なお、認知症関係施策は、関係部署が複数になることもあるので、密接な連携の下、各事業に対して積極的な取組をお願いしたい。

ア 認知症地域支援体制構築等推進事業

実施主体：都道府県

予算案額：540,265千円

(1自治体当たり補助額 11,495千円程度)

(国 10/10)

地域において、認知症の本人と家族を支えるためには、認知症への対応（予防、早期発見、ケア等）を行うマンパワーや拠点などの「地域資源」をネットワーク化して、相互に連携しながら有効な支援を行う体制を構築することが必要である。

本事業は、こうした観点から、各都道府県内にモデル地域を設定して、先駆的に支援体制を構築し、都道府県内の各地域にその成果を普及させることを目的とするものである。

(ア) 推進会議の設置

推進会議は、本事業の円滑な実施及びその成果の普及等の役割を担うものとして実施主体が設置し、①下記イの事業を実施するモデル地域の取組状況の分析及び評価、②モデル地域の取組状況等の管内市町村への情報発信、③コーディネーター等モデル地域における関係者の活動の支援、④ウの事業の分析及び評価並びに普及等の業務を行う。

(イ) モデル地域における地域支援体制構築事業

① モデル地域の選定

本事業におけるモデル地域については、各都道府県における地域の実情に応じ、i 個々の市町村単位、ii 広域連合、iii 保健所単位、iv 2次保健医療圏単位などで設定されることを想定している。なお、各都道府県管内において円滑に支援体制を普及・拡大していくために必要と認める場合については、各都道府県の判断により、複数のモデル地域を選定することも可能である。

② 事業のコーディネーターの配置

コーディネーターは、地域包括支援センターや事業関係者と協力しながら、

i モデル地域の「地域資源マップ」の作成、ii モデル地域におけるネットワークの構築の推進及びネットワークが機能していくための調整等、iii モデル地域における地域包括支援センターや関係者に対する認知症に関する専門的助言等の業務を行う。

コーディネーターとしては、現に認知症の本人やその家族に対するサービスの提供等の支援をしている者であって、モデル地域内における認知症ケアのニーズや事業所等の状況を熟知している者を想定しており、各モデル地域の実情により、一人の者をあてること、複数の者によるチームを形成すること等も可能である。

③ 地域資源マップの作成

モデル地域における認知症に係る「地域資源」の情報を収集・整理した「地域資源マップ」を作成し、ホームページによる公開など、地域包括支援センターをはじめとして、地域資源マップに掲載された情報を地域住民に対して広く提供する。

なお、作成した地域資源マップは、事業の進行状況をモニタリングしながら、随時その更新を図るものとし、その都度、関係者に情報提供を行うものとする。

具体的な「地域資源」として、次に掲げるものその他地域の実情に応じて必要と判断されたものを想定している。

例) 認知症サポート医、かかりつけ医、認知症介護指導者、キャラバンメイト、認知症サポーター、介護保険施設、通所介護事業所、地域密着型サービス提供主体、民生委員、認知症の本人やその家族に対する支援団体、行政関係機関（警察・消防等）、司法関係機関、福祉に関するNPO・市民団体 等

「地域資源マップ」の作成の過程を通じて、掲載される関係者の役割について合意形成するとともに、関係者間のネットワークを形成する。

④ 地域支援体制推進事業

本事業は、地域における関係者のネットワーク化により、認知症に係る地域包括支援センターの業務の支援など、地域における認知症に係る具体的な支援を実施するものである。

- ・ 認知症ケア等のサポート

地域包括支援センター等へ持ち込まれた認知症に関する相談、ケアプラン等について、コーディネーターが、専門的視点からの助言や関係者とのネットワーク作り等の支援等を行う。地域包括支援センターはコーディネーターと協力しながら、地域資源マップを活用して、必要に応じて適切なサービスへつなぐ等の支援を行う。

- ・ 徘徊SOSネットワークの構築

徘徊SOSネットワークの構築は、認知症に関係する事業者の有機的な繋がり強化を図ることのみならず、警察や消防などの公的機関や、バス・タクシー会社など身近な生活に関わる事業者等の協力と参加を得ることにより、地域における重層的な認知症支援体制を整備する有効な手段の一つである。そのため、地域住民による徘徊SOSネットワークのサポーターの連絡網や立ち寄り所の整備等を行うとともに、模擬訓練などの実施により、関係者が有機的に連携する実効性のあるネットワークの構築を図る。

- ・ その他

モデル地域の創意工夫により、地域における関係者のネットワークを活かした事業を行う。

(例)

- ・ 「もの忘れ」相談の実施

住民を対象に、地域の医師会との連携の下、サポート医及びかかりつけ医が認知症に関する相談を受ける。

- ・ 認知症の人のネットワーク支援

モデル地域内において本人同士が直接交流する機会を設けることを通じ、社会参加への支援などを行う。

- ・見守りネットワーク

在宅の認知症の方や家族が地域において孤立しないよう、日々の声かけ等によりその状況やニーズを日常的に把握するため、関係者やボランティアによる見守りネットワークを構築し、運営する。

- ・センター方式を活用した事例検討会

コーディネーターが支援した事例に対する支援・対応事例等を参考とし、認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式を用いた実践的な認知症ケアに関する検討会を行う。

(ウ) 認知症対応型サービスの取組事例の普及

管内の認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護及び小規模多機能型居宅介護を実施している事業所について、市町村や事業所団体との連携の下、適切なサービス提供を行っている事例、地域との連携が適切に行われている事例等の情報を収集し、それらの事例の中からモデルとなるような事例の抽出を行う。

モデル事例については、定期的な状況把握に努め、収集された情報を分析・評価し、その結果を事例として取りまとめ、管内の市町村及び事業所に対して情報提供を行う。

イ 高齢者権利擁護等推進事業（旧：身体拘束廃止推進事業）

実施主体：都道府県

予算案額：1,020,473千円の内数

(国1/2、県1/2)

本事業については、介護施設・サービス事業従事者に対する権利擁護意識の向上を図るとともに、各都道府県が、権利擁護に関する専門的相談・支援体制を整備する事業として実施するものであり、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援に関する法律」の施行等を踏まえ、これまで実施してきた身体拘束廃止推進事業を改変し、高齢者の権利擁護の視点に立った事業として実施することとしたもの

である。

(ア) 介護施設・サービス事業従事者の権利擁護推進事業

身体拘束廃止推進事業において実施してきた研修事業については、現行の研修カリキュラムを、広く高齢者の権利擁護の視点から見直すこととしている。研修対象者その他の事項について変更はない。

- ・ 権利擁護推進員研修（対象者：施設長、看護師長、介護士長 等）
- ・ 看護職員研修

⑨ (イ) 権利擁護相談支援事業

各都道府県内において、高齢者虐待を中心とした権利擁護に関する専門的相談・支援体制を整備するため、専門相談員を配置した相談窓口を設置するとともに、相談・支援事例の紹介・普及等を行うことにより、管内の権利擁護の取組みを推進するものである。

① 権利擁護相談窓口の設置

権利擁護相談窓口に配置する専門相談員は、弁護士、社会福祉士等の専門職を配置することとし、例えば次のような役割を担うことを想定している。

【専門相談員が担う役割のイメージ】

- 成年後見の手続きなど高齢者本人やその家族に対する専門相談への対応及び支援
- 虐待防止ネットワークの構築、虐待対応等における支援困難事例への対応など、高齢者虐待・権利擁護対応にかかわる市町村や地域包括支援センターへの助言及び支援など。

② 権利擁護に関する普及啓発

県内の権利擁護の取組を推進するため、シンポジウムや事例報告（検討）会等を開催する。

ウ 継続事業について

実施主体：都道府県・指定都市
予算案額：1,020,473千円の内数
(国1/2、県市1/2)

(ア) 認知症介護実践者等養成事業

標記事業で行われる研修のうち、認知症介護実践者研修については、特に平成18年4月1日以降、地域密着型サービスの指定基準において、認知症対応型共同生活事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び計画作成担当者となる者に対し、当該研修の受講が義務付けられたところであり、受講希望者の増が想定されることから、平成18年3月13日の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議において、研修機会の確保について配慮をお願いしたところである。

研修の機会の確保については、各研修の企画に当たり、管内の区市町村に対し受講者数の調査を行うなどにより、研修の早期実施や、研修の実施回数の拡大等の対応をお願いしてきたところであるが、事業所などより未だに受講の機会が少ないとの意見が、寄せられているような状況である。

各都道府県・指定都市におかれては、市町村との連携の下、再度管内の研修受講希望状況の把握に努めていただき、研修機会の確保について、特段の対応をお願いしたい。

なお、認知症介護実践者研修については、都道府県・指定都市が直接実施する研修のほか、全国規模の介護保険サービスの事業所団体が実施する研修（下記参照。）で、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日付老計発第0331007号老健局計画課長通知）にお示した標準的なカリキュラムに基づき実施されているものとして、各都道府県・指定都市が認定した研修の修了者の活用等も含めた検討をお願いしたい。

（参考） 全国規模の介護保険サービスの事業所団体が実施する研修

- 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会
平成13年度から認知症介護実践者研修等を実施。
- 社団法人全国老人福祉施設協議会
平成18年度から実施。

(イ) 認知症地域医療支援事業

本事業は、認知症サポート医及びかかりつけ医に対する研修事業を行うものであるが、平成18年度までの認知症サポート医の養成状況は下記のとおりとなっている。

平成18年度からスタートした、かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施状況については、別途実施状況についての報告をお願いする予定であるので、ご協力をお願いしたい。

なお、本事業により養成されたサポート医及びかかりつけ医研修受講者の情報については、普及啓発推進事業等を活用し、管内市町村と連携の下、地域包括支援センターに対する積極的な情報提供をお願いしたい。

平成19年度の認知症サポート医研修の詳細については、国立長寿医療センターより各都道府県・指定都市宛お知らせすることとしているが、現時点で下記のとおり予定しているところであるが、積極的な受講をお願いしたい。

また、かかりつけ医対応力向上研修の実施については、都道府県医師会と密接な連携により、積極的な実施をお願いしたい。

(参考) 平成18年度までの認知症サポート医養成研修受講状況

(単位:人)

北海道	5	石川県	7	岡山県	4	札幌市	3
青森県	6	福井県	4	広島県	2	仙台市	4
岩手県	6	山梨県	4	山口県	6	さいたま市	2
宮城県	3	長野県	1	徳島県	3	千葉市	4
秋田県		岐阜県	7	香川県	6	横浜市	7
山形県	3	静岡県	6	愛媛県	5	川崎市	3
福島県	7	愛知県	9	高知県	5	静岡市	
茨城県	3	三重県	6	福岡県		名古屋	9
栃木県	3	滋賀県	8	佐賀県	2	京都市	2
群馬県	7	京都府	3	長崎県	8	大阪市	4
埼玉県	5	大阪府	4	熊本県	6	堺市	2
千葉県	9	兵庫県	7	大分県	2	神戸市	2
東京都	54	奈良県	4	宮崎県		広島市	5
神奈川県	4	和歌山県	5	鹿児島県	11	北九州市	3
新潟県	4	鳥取県	5	沖縄県		福岡市	
富山県	5	島根県	2				

※ 平成19年2月17日に開催される研修修了見込み者も含む

(参考) 平成19年度 認知症サポーター養成研修日程 (案)

平成19年	6月23日(土)、24日(日)	札幌市
	9月 8日(土)、 9日(日)	福岡市
	10月20日(土)、21日(日)	東京都
	12月 1日(土)、 2日(日)	大阪市
平成20年	2月16日(土)、17日(日)	大府市

※ 上記日程は、現時点での予定であり、今後変更もあり得る。

(2) 「認知症サポーター養成100万人キャラバン」について

平成17年度から、「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想のもと、「認知症を知る1年」キャンペーン等の取組を実施してきたところである。これらの取組のうち、認知症サポーター養成100万人キャラバンの各都道府県における取組状況は巻末資料のとおりである。

認知症サポーターの養成を推進するためには、市町村における認知症サポーター養成講座に関する情報の提供、講座を実施するための場の提供等が必要である。各都道府県におかれては、市町村にこうした業務に携わる担当窓口の設置もしくは担当者の明確化等を働きかけるなど、特段の配慮をお願いしたい。

(3) 「センター方式」の普及について

「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（以下「センター方式」という。）」については、認知症介護研究・研修東京センター（以下「東京センター」という。）を中心として、その普及に努めてきたところであり、平成17年度より日本介護支援専門員協会と協力し、各都道府県においてセンター方式活用のための研修の開催や、その研修の指導者（講師役や活用助言役）となるセンター方式推進

員を養成してきたところである。

下記に、研修受講者の状況について示しているので、介護支援専門員の研修や認知症介護の研修の開催に当たっては、センター方式の普及並びに当該研修修了者の活用等について、ご配慮・ご協力をお願いしたい。

なお、現時点における各都道府県ごとの地域推進研修受講状況や平成19年度の東京センターで開催するセンター方式関連研修の開催予定等については、巻末資料及びいつどこネット (<http://www.itsu-doko.net/>) を参照されたい。

1 1. 高齢者虐待防止・養護者支援の推進について

「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」（平成 17 年 11 月 9 日法律第124号）が平成18年 4 月 1 日に施行され、各都道府県・市町村におかれては、同法の施行についてご尽力いただいているところである。高齢者虐待への対応については、虐待を発見した者からの通報・相談等に対し、関係者による緊密な連携の下、適切な対応をお願いしたい。（同法の概要については、巻末資料を参照のこと。）

また、各都道府県においては、毎年度、同法第25条の規定に基づき、養介護施設従事者等による虐待の状況等について公表することとされているので、各年度の結果がまとまり次第、速やかな公表に努めていただくとともに、情報の公表に当たっては、高齢者虐待の防止の意識の向上並びに取り組みの推進につながるよう、ホームページや広報を活用するなど、その情報が広く利用されるよう配慮願いたい。

なお、国においては、同法第26条の規定により、下記の調査研究を行っているところであるが、その実施に当たっては、各自治体や関係施設等の協力をいただいているところである。調査結果がまとまり次第、その成果を周知していくこととしているので、各自治体における取組や対応の参考とされたい。

併せて、新年度に入り次第、各自治体における平成 1 8 年度の高齢者虐待の状況等について調査を行うことを予定しているので、ご協力をお願いしたい。

〔平成18年度 老人保健健康増進等事業〕

- 施設・事業所における高齢者虐待防止に関する調査研究事業

実施主体：認知症介護研究・研修仙台センター

- 高齢者虐待に関する困難事例に対する介入及び地域支援のあり方に関する研究

実施主体：財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構

計 画 課 資 料

○ 認知症高齢者グループホームに関する調査結果について

(老健局計画課認知症対策推進室調べ)

平成18年10月1日現在における認知症高齢者グループホームの現状について、各都道府県を通じ市町村から報告のあったデータを取りまとめた結果は、次のとおりである。

- 1 指定事業所数： 8,528 事業所
 総ユニット数： 14,222 ユニット
 総定員数： 125,879 人

(参考) WAM NET登録事業所数：8,587事業所(平成18年9月末現在)

2 法人種別×事業所数

法人種別		事業所数	ユニット数	定員数	(参 考) WAM NET 登録事業所数
社会福祉法人		1,860	2,824	24,886	1,855
医療法人		1,572	2,805	24,908	1,571
営利法人	株式会社	1,958	3,689	32,910	4,561
	有限会社	2,554	4,098	36,217	
NPO法人		449	609	5,248	464
その他		135	197	1,710	136
不明		0	0	0	0
合 計		8,528	14,222	125,879	8,587

※WAM NET登録事業所数は、平成18年9月末現在。

3 併設施設の種別

施設種別	事業所数
特養	301
老健	206
医療	193
通所	838
認通	98
小規模	45
特養＋老健	15
特養＋通所	122

施設種別	事業所数
特養＋通所＋認通	15
特養＋老健＋通所	10
老健＋通所	13
老健＋医療	70
通所＋医療	28
通所＋認通	24
通所＋小規模	10
その他	138
合計	2,126

注1 表中の「特養」は特別養護老人ホーム、「老健」は老人保健施設、「医療」は病院・診療所、「通所」は通所介護、「小規模」は小規模多機能型居宅介護事業所、「認通」は認知症対応型通所介護を指す。

2 「その他」は、ケアハウス、有料老人ホーム、養護老人ホームなどのほか、上記表中以外の組み合わせである。

4 建物形態

形態	事業所数
単独型	6,396
併設型	2,132
合計	8,528

5 家賃月額

家賃（月額）	事業所数
10,000円未満	232
10,000円以上 20,000円未満	604
20,000円以上 40,000円未満	3,139
40,000円以上 60,000円未満	2,201
60,000円以上 80,000円未満	1,160
80,000円以上100,000円未満	182
100,000円以上150,000円未満	63
150,000円以上200,000円未満	3
200,000円以上	7
分類不能	937
合 計	8,528

注 「分類不能」とは、居室によって家賃に差があるもので2つ以上の区分にまたがるもの、不明、光熱水費込み等である。

- ・ 1事業所当たり平均額（月額） 39,237 円
（「分類不能」は平均額の算出から除いてある。）

6 入居一時金

入居一時金（保証金）	事業所数
200,000円未満	1,417
200,000円以上 400,000円未満	1,236
400,000円以上 600,000円未満	216
600,000円以上 800,000円未満	45
800,000円以上1,000,000円未満	14
1,000,000円以上	38
無し	1,412
分類不能	4,150
合 計	8,528

注 「分類不能」とは、入居一時金（保証金）の設定に金額の幅があるもので、2つ以上の区分にまたがるものである。

- ・ 1事業所当たり平均額 240,349 円
（「無し」・「分類不能」は平均額の算出から除いてある。）

7 食材料費

食材料費（月額）	事業所数
10,000円未満	4
10,000円以上20,000円未満	56
20,000円以上30,000円未満	1,561
30,000円以上40,000円未満	4,883
40,000円以上50,000円未満	1,673
50,000円以上60,000円未満	175
60,000円以上	61
分類不能	115
合 計	8,528

注1 日額で設定しているものについては1ヶ月当たり30.4日で計算。

2 「分類不能」とは、実費としているもの、不明、光熱水費込み等である。

- ・ 1事業所当たり平均額（月額） 34,327 円
（「分類不能」は平均額の算出から除いてある。）

8 光熱費

光熱水費（月額）	事業所数
5,000円未満	482
5,000円以上10,000円未満	1,343
10,000円以上15,000円未満	1,544
15,000円以上20,000円未満	2,055
20,000円以上25,000円未満	1,057
25,000円以上30,000円未満	265
30,000円以上	176
実費	518
分類不能	1,088
合 計	8,528

注1 「分類不能」とは、不明、家賃等を含むとしているもの等である。

- ・ 1事業所当たり平均額（月額） 13,175 円
（「実費」・「分類不能」は平均額の算出から除いてある。）

9 介護支援専門員の資格を有する計画作成担当者の有無

	事業所数
1名以上いる。	8,393
1名もない。	135
合 計	8,528

10 看護職員の配置状況

	事業所数
看護師又は准看護師を配置している事業所	4,492
看護師又は准看護師を配置していない事業所	4,036
合 計	8,528

11 看護職員確保に係る契約先について

	事業所数
訪問看護ステーション	852
病院・診療所	1,210
その他	185
合 計	2,247

12 医療連携体制加算の実施状況について

	事業所数
医療連携体制加算をとっている	4,608
医療連携体制加算をとっていない	3,920
合 計	8,528

13 運営推進会議の状況

	事業所数
運営推進会議を開催している事業所数	4,445
運営推進会議を開催していない事業所数	4,083
合 計	8,528

14 質の向上

	事業所数
今年度、研修を受講させた（させる予定のある）事業所	6,260
今年度、研修を受講させていない事業所	2,268
合 計	8,528

注 ここでいう研修とは、認知症ケアに関する研修をいい、具体的には下記のような研修等を対象としている。

- ・ 認知症介護指導者研修
- ・ 認知症高齢者グループホーム管理者研修
- ・ 実践者研修
- ・ 実践リーダー研修、等

15 新規サービス対応状況について

	事業所数
認知症対応型通所介護（共用型）	356
短期利用共同生活介護	690

16 都道府県別高齢者人口（1000人当たり）に対するグループホームの定員数の割合

	高齢者人口 (a)	グループホーム	
		定員数 (b)	高齢者人口比 (1,000人当たり) (b) / (a) *1000
北海道	1,205,692	11525	9.6
青森県	326,562	4379	13.4
岩手県	339,957	951	2.8
宮城県	470,512	2312	4.9
秋田県	308,193	1903	6.2
山形県	309,913	1568	5.1
福島県	474,860	1933	4.1
茨城県	576,272	4120	7.1
栃木県	390,896	1023	2.6
群馬県	416,909	2226	5.3
埼玉県	1,157,006	4617	4.0
千葉県	1,060,343	3748	3.5
東京都	2,295,527	3230	1.4
神奈川県	1,480,262	6814	4.6
新潟県	580,739	1606	2.8
富山県	258,317	838	3.2
石川県	245,739	2163	8.8
福井県	185,501	437	2.4
山梨県	193,580	532	2.7
長野県	521,984	1525	2.9
岐阜県	442,124	2847	6.4
静岡県	779,193	3917	5.0
愛知県	1,248,562	4769	3.8
三重県	400,647	1637	4.1
滋賀県	249,418	898	3.6
京都府	530,350	935	1.8
大阪府	1,634,218	5922	3.6
兵庫県	1,108,564	3590	3.2
奈良県	283,528	1181	4.2
和歌山県	249,473	867	3.5
鳥取県	146,113	903	6.2
島根県	201,103	1129	5.6
岡山県	438,054	3512	8.0
広島県	600,545	3507	5.8
山口県	373,346	1489	4.0
徳島県	197,313	2116	10.7
香川県	235,508	1334	5.7
愛媛県	351,990	3808	10.8
高知県	206,375	1691	8.2
福岡県	997,798	6880	6.9
佐賀県	196,108	1779	9.1
長崎県	348,820	4658	13.4
熊本県	437,244	1756	4.0
大分県	292,805	1118	3.8
宮崎県	270,586	1632	6.0
鹿児島県	434,559	4275	9.8
沖縄県	218,897	279	1.3
合 計	25,672,005	125,879	4.9

注1 高齢者人口は、総務省統計局「平成17年国勢調査 第1次基本集計結果」より。

2 「高齢者人口比」の合計欄は、全国平均値。

○ 認知症サポーター100万人キャラバン事業実施状況

(平成19年1月5日現在)

① 全国の認知症サポーター数(キャラバン・メイト含む) 115,374 人

② 自治体主催によるキャラバン・メイト養成研修の実施状況

平成17年度 キャラバン・メイト研修回数	平成18年度※ キャラバン・メイト研修回数	合計回数	キャラバン・メイト 養成数累計
44回	73回(計画数含む)	117回(計画数含む)	7,627人

(※H19.1.5現在)

③ 都道府県別自治体等のキャラバンメイト数・認知症サポーター数等

(平成19年1月5日までに提出された実施報告書による)

NO.	都道府県	人口	市町村数	窓口 (都道府県・広 域連合等含む)	キャラバン・ メイト	サポーター	メイト＋ サポーター	人口に占 める割合
1	北海道	5,629,970	180	19	1,392	5,238	6,630	0.12%
2	青森県	1,460,144	40	1	53	0	53	0.00%
3	岩手県	1,388,164	35	20	293	5,236	5,529	0.40%
4	宮城県	2,344,569	36	5	221	5,018	5,239	0.22%
5	秋田県	1,156,356	25	0	18	0	18	0.00%
6	山形県	1,212,163	35	6	255	1,744	1,999	0.16%
7	福島県	2,100,851	61	10	126	1,002	1,128	0.05%
8	茨城県	2,988,533	44	9	186	1,679	1,865	0.06%
9	栃木県	2,009,498	33	5	45	789	834	0.04%
10	群馬県	2,020,037	38	7	136	2,800	2,936	0.15%
11	埼玉県	7,019,919	71	3	89	282	371	0.01%
12	千葉県	6,035,658	56	3	279	1,113	1,392	0.02%
13	東京都	12,273,376	62	63	303	6,638	6,941	0.06%
14	神奈川県	8,693,373	35	3	310	539	849	0.01%
15	新潟県	2,438,482	35	2	108	356	464	0.02%
16	富山県	1,114,714	15	2	99	475	574	0.05%
17	石川県	1,171,106	19	20	129	1,379	1,508	0.13%
18	福井県	821,073	17	6	133	2,658	2,791	0.34%
19	山梨県	879,239	28	2	147	598	745	0.08%
20	長野県	2,190,874	81	6	120	1,455	1,575	0.07%
21	岐阜県	2,105,011	42	9	165	661	826	0.04%
22	静岡県	3,775,903	42	13	194	4,935	5,129	0.14%
23	愛知県	7,106,585	63	20	249	4,230	4,479	0.06%
24	三重県	1,857,456	29	4	346	1,076	1,422	0.08%
25	滋賀県	1,365,393	26	11	140	3,559	3,699	0.27%
26	京都府	2,566,420	28	8	189	3,814	4,003	0.16%
27	大阪府	8,663,719	43	24	187	1,591	1,778	0.02%

28	兵庫県	5,576,784	41	1	156	149	305	0.01%
29	奈良県	1,430,366	39	2	45	201	246	0.02%
30	和歌山県	1,061,559	30	0	119	0	119	0.01%
31	鳥取県	610,434	19	4	116	693	809	0.13%
32	島根県	744,677	21	4	147	2,180	2,327	0.31%
33	岡山県	1,954,919	29	0	0	0	0	0.00%
34	広島県	2,870,907	23	0	52	0	52	0.00%
35	山口県	1,499,002	22	5	177	1,163	1,340	0.09%
36	徳島県	816,321	24	5	179	949	1,128	0.14%
37	香川県	1,026,088	17	6	69	2,211	2,280	0.22%
38	愛媛県	1,486,946	20	13	174	2,638	2,812	0.19%
39	高知県	799,121	35	5	93	1,759	1,852	0.23%
40	福岡県	5,028,026	68	5	72	3,163	3,235	0.06%
41	佐賀県	872,302	23	0	0	0	0	0.00%
42	長崎県	1,494,879	23	0	0	0	0	0.00%
43	熊本県	1,858,522	48	6	73	1,345	1,418	0.08%
44	大分県	1,221,714	18	15	185	1,852	2,037	0.17%
45	宮崎県	1,172,402	31	0	0	0	0	0.00%
46	鹿児島県	1,759,650	49	0	0	0	0	0.00%
47	沖縄県	1,381,820	41	1	58	57	115	0.01%
計			1,840	353	7,627	77,225	84,852	

※佐賀県は3月にメイト養成研修実施予定

※窓口には連絡先として設置されている自治体を含む

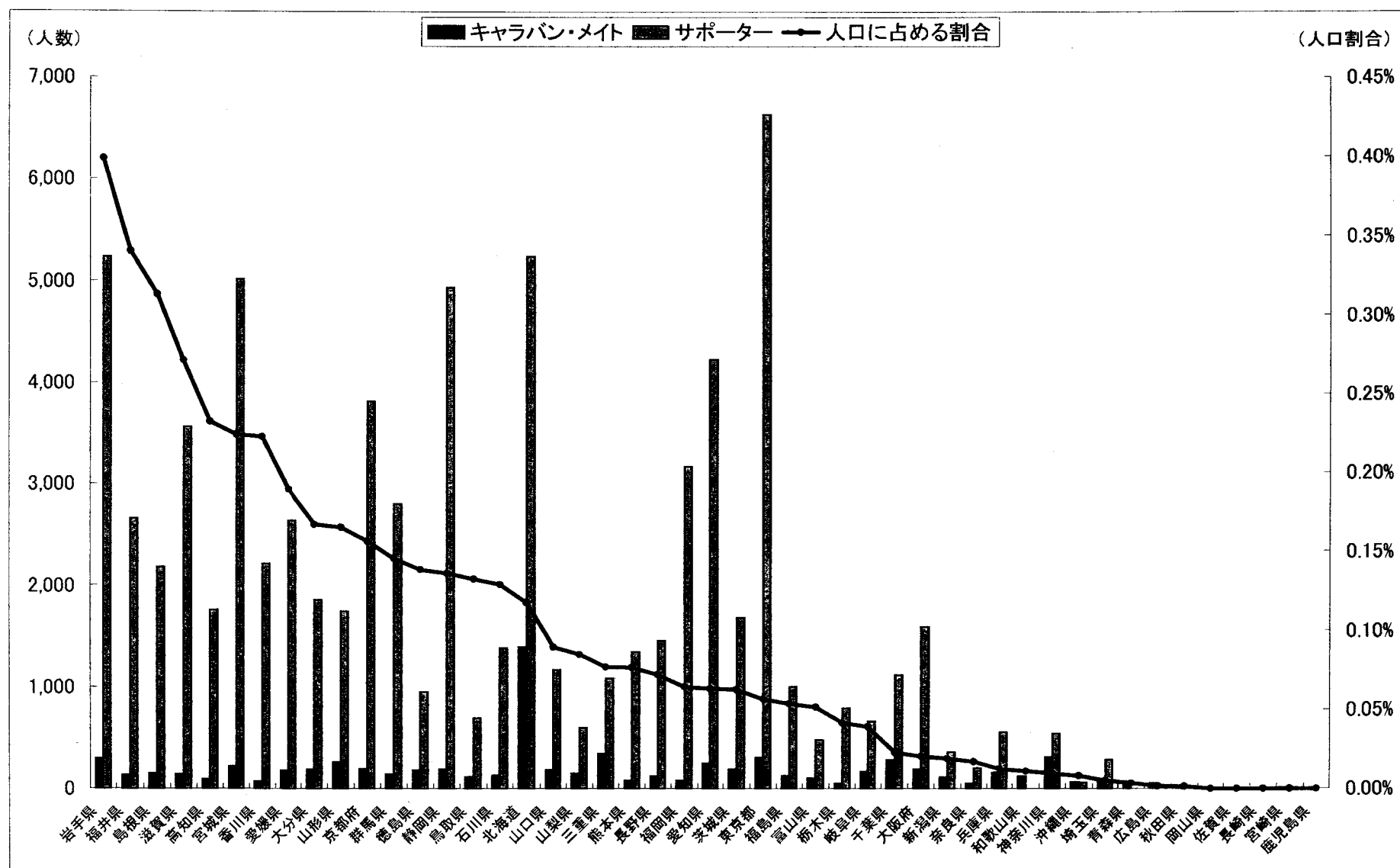
④ 全国規模の団体・企業によるメイト養成研修 192 人

No.	団体名	メイト数
1	全国労働者協同組合連合会	192 (18年6月、7月養成)
2	大京ライフ	60 (計画数)
3	マンション管理共同職業訓練協会	50 (計画数)

⑤ 自治体養成以外のサポーター数 30,678 人

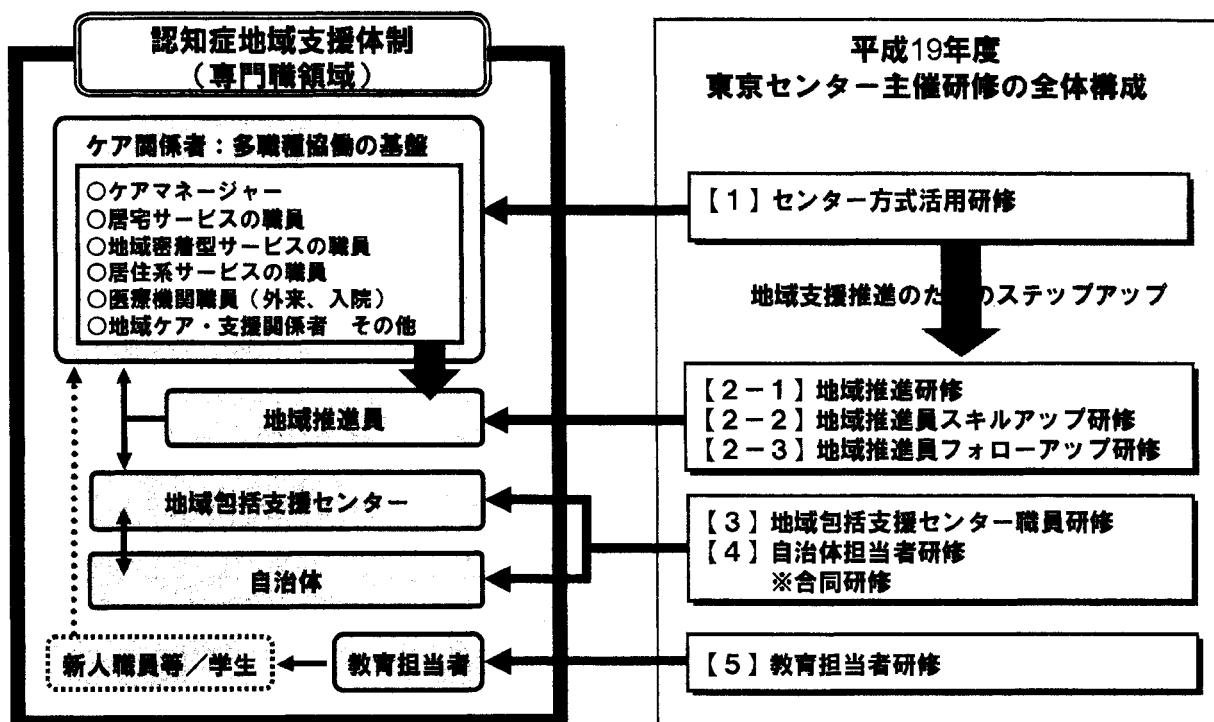
・	厚生労働省 職員研修	(17、18年度)	134
・	家族の会 アルツハイマーデー記念講演	(17、18年度)	17,418
・	全国農業組合中央会	(17年度)	4,532
・	シンポジウム、フォーラムなど (介護保険推進サミットin本別など広域 から参加者がある講演会等)	(17、18年度)	5,328
・	高層住宅管理業協会および マンション管理会社	(18年度)	2,891
・	銀行	(18年度)	367
・	その他	(18年度)	8

都道府県別のキャラバン・メイト数、サポーター数とその人口に占める割合



○ センター方式を活用した認知症地域支援体制の構築に向けた人材育成体系:19年度研修予定
～地域のケア関係者が共通の視点と方法を学び、一体となって地域支援力を高める～

認知症介護研究・研修東京センター ケアマネジメント推進室



平成19年度 東京センターが開催予定の研修一覧 (概要)

	研修名	概要	対象者	時間数	開催予定
1	センター方式活用研修	認知症の利用者が自分らしく暮らしていくことを支えていくための視点を学び、関係者がチームを育てながら協働で利用者本位の支援をしていくための方法としてセンター方式の基礎を学ぶ。	ケアマネジャー、事業者等、関係者	6時間 (1日間)	4月:東京 5月:福岡 北海道
2-1	地域推進研修	認知症の人の地域包括ケアを、チームを育てながら地域で効果的に進めていく推進役を育成する。	センター方式活用研修修了者	10時間 (2日間)	5月:東京 6月:福岡 北海道
2-2	地域推進員研修 スキルアップ研修	認知症の人の地域包括ケアを多職種協働で推進していくための力量を高めるために、実際のケースを通して実践的に学ぶ。地域で推進していくための力量を他地域との情報交換等を通じて高める。	地域推進研修修了者	10時間 (2日間)	9月:東京 10月:福岡 北海道
2-3	地域推進員研修 フォローアップ研修	認知症のケースに対する包括的・継続的なケアマネジメントを多資源協働で効果的に実施・調整していくための実践的な知識や技術の向上をめざす。	地域推進スキルアップ研修修了者	10時間 (2日間)	1月:東京 福岡 北海道
3	地域包括支援センター職員研修	地域で認知症の人を支える拠点として機能していくための、認知症ケア・ケアマネジメント、ネットワークづくり等の力量形成を実践的に図る。	地域包括支援センター職員	10時間 (2日間)	5月:東京 大阪 ※合同開催
4	自治体担当者研修	認知症地域支援体制の構築にむけて、地域資源を活かした人材育成やネットワークの推進策を学ぶ。情報交換等を通じて、地域支援体制の推進やケアの質の確保・向上をはかるための実践的な方策を学ぶ。	自治体職員	10時間 (2日間)	
5	教育担当者研修	利用者本位のケアを実践できる人材を育成するための教育者の力量形成をはかる。	介護・看護教員、介護保険事業者の教育担当者等	10時間 (2日間)	11月:東京

地域推進研修受講修了者数(都道府県別人数)

平成17年度～平成18年度

対象	東京センター主催 (内、認知症介護 指導者数)	日本介護支援 専門員協会*1	合計*2
北海道	2 (1)	6	8
青森県	1 (1)	8	9
岩手県	2 (2)	0	2
宮城県	4 (4)	3	7
秋田県	2 (2)	0	2
山形県	2 (2)	0	2
福島県	7 (1)	9	16
茨城県	1 (1)	4	5
栃木県	2 (2)	6	8
群馬県	1 (1)	3	4
埼玉県	2 (1)	6	8
千葉県	7 (1)	2	9
東京都	19 (1)	16	35
神奈川県	5 (4)	23	28
新潟県	2 (2)	2	4
富山県	3 (3)	8	11
石川県	5 (3)	3	8
福井県	2 (2)	2	4
山梨県	0 (0)	2	2
長野県	6 (6)	4	10
岐阜県	3 (3)	0	3
静岡県	4 (3)	34	38
愛知県	8 (7)	0	8
三重県	0 (0)	26	26
滋賀県	3 (3)	8	11
京都府	6 (2)	7	13
大阪府	7 (2)	9	16
兵庫県	12 (9)	15	27
奈良県	1 (0)	0	1
和歌山県	9 (9)	7	16
鳥取県	0 (0)	0	0
島根県	2 (2)	2	4
岡山県	0 (0)	0	0
広島県	3 (3)	4	7
山口県	2 (2)	7	9
徳島県	3 (1)	0	3
香川県	2 (2)	4	6
愛媛県	0 (0)	4	4
高知県	1 (1)	4	5
福岡県	7 (6)	7	14
佐賀県	3 (3)	6	9
長崎県	6 (6)	0	6
熊本県	3 (3)	16	19
大分県	2 (2)	8	10
宮崎県	7 (5)	0	7
鹿児島県	1 (1)	10	11
沖縄県	0 (0)	4	4
計	170 (115)	289	459

*1 東京センター共催

*2 センター方式活用研修修了者 2,467名(平成16年度～平成18年度)

振興課關係

12. 地域包括支援センターの円滑な運営について

(1) 体制整備計画フォローアップに基づく着実な体制整備の実施

- 地域包括支援センターの体制整備の推進に関しては、新たな制度の円滑な施行を図る観点から、介護予防支援に関する8件の委託件数上限等に係る経過措置期間は、平成19年3月末をもって終了する。
- 各都道府県におかれては、地域包括支援センターの果たす機能の重要性にかんがみ、平成18年12月20日付け老健局振興課長通知「地域包括支援センター体制整備計画のフォローアップについて」に基づき、引き続き、市町村や関係機関と緊密な連携を図りながら、管下すべての地域包括支援センターにおいて年度内に計画どおり確実に体制整備が完了するよう対応をお願いしたい。
- 本年1月1日現在における地域包括支援センター体制整備にかかる各都道府県の取組状況については、「現状で対応可能」が651市町村（43.4%）、「3月末までに対応可能」が838市町村（55.8%）、あわせて1,489市町村（99.2%）が年度内には体制整備が完了することとなっており、各都道府県、市町村、地域包括支援センターや関係機関の御努力により、概ね順調に進んでいるところである。なお、調査時点において、ごく一部に体制整備の見通しが立っていない例外的な地域包括支援センターが見受けられるところであるが、各都道府県におかれては、これらの地域包括支援センターについて、年度内に体制整備を完了させる対応方針を決定できるよう、引き続き、重点的かつ集中的に最大限の支援と対応をお願いしたい。

(2) 体制整備の支援策

- 具体的な体制整備の支援策としては、地域包括支援センターの運営財源の1つである地域支援事業交付金について、昨年12月11日付けの事務連絡により、その運用の改

善を図ったところであるが、先月開催された全国厚生労働関係部局長会議以降においても、地域包括支援センターが受託できる地域支援事業の対象拡大などの措置を講じるため、1月16日付けで介護保険法施行規則の改正を行ったほか、主任介護支援専門員に準ずる者のケアマネジメントリーダー研修未修了者にかかる特例措置を平成19年度まで延長するため、「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正を行ったところである。また、各自治体担当者や地域包括支援センター職員の業務遂行に資するよう、1月31日付けで、関係法令、通知や先進的な事例紹介などを集約した「地域包括支援センターの手引き」を配布するなど、地域包括支援センターの運営支援に努めているところである。このほか、介護予防支援業務に係る業務過程について、マネジメントの質を確保しつつ業務負担の軽減を図るための具体的な方策について、現在、有識者による研究事業において検討を実施しており、年度内の可能な限り早い時期に、具体的な内容を取りまとめることを予定している。

- こうした種々の措置を最大限に活用した上で、地域包括支援センターに関する市町村の予算・人員が確実に確保できるよう対応を検討願いたい。（別添「体制整備の支援策について」参考）

（３）地域包括支援センター職員研修について

- 地域包括支援センターの円滑な運営を図るためには、職員の資質向上が重要であり、平成19年度予算（案）においても「介護サービス適正実施指導事業」において地域包括支援センター職員等に対する研修実施に必要な予算額を確保しているところである。都道府県・指定都市におかれては、研修実施についての積極的な取組や職員の受講機会の確保などをお願いしたい。
- また、地域包括支援センターにおいて介護予防支援業務に従事する担当職員への研修については、各都道府県において、介護予防支援に関する指導者研修の修了者を積極的に活用し、介護予防サービス計画策定実務について、積極的に研修を行われたい。

(4) 都道府県・市町村による協力・支援体制の構築

- 市町村は、地域包括支援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、地域包括支援センターの設置形態が直営か委託かの違いがあっても何らかわるところはなく、地域包括支援センター運営協議会などを活用しながら、地域包括支援センターが円滑に運営できるよう環境整備や必要な支援を自らの責任の問題として行う必要があることについて、改めて管下市町村に対して、周知徹底を図られたい。

- 今後とも、国としても、地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会の開催や地域包括支援センターに関する迅速な情報提供など、さまざまな機会を通じて、地域包括支援センターの円滑な運営に向けた支援を行っていくので、都道府県・市町村におかれては、引き続き、協力・支援体制を構築し、積極的な取組をお願いしたい。

【参考】 体制整備の支援策について

(1) 地域支援事業の運用改善

①地域支援事業交付金の運用を弾力化します

【別紙 1】

- ・ 地域支援事業交付金の算定方法について、地域包括支援センターの活動の実態を踏まえて介護予防支援業務との関係を整理し、実際の地域包括支援センターの運営に支障がでないよう運用を弾力化。地域包括支援センターの活動のための財政を安定化させます【平成18年12月11日付け事務連絡「地域支援事業交付金の人件費の算定について」】。

地域支援事業交付金の人件費の算定について

【問題の経緯】

平成17年9月26日全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料「2-2 地域支援事業交付金に関するQ & A」問13 (P55)

→ 包括的支援事業と介護予防支援業務を併任した場合「勤務時間割合」に応じて人件費を算定するとの取扱いを提示

（疑義が生じているQ & Aを廃止し、次の取扱いに改める）

■しかし……

- ・ 包括的支援事業と介護予防支援業務（予防給付のケアマネジメント）は一体的に実施されるべきもの
- ・ また、実態としても、包括的支援事業と介護予防支援業務を明確に区分することはできない

【今後の方針】

包括的支援事業と介護予防支援業務を併任している場合も、各市町村が「事業実施に必要な経費」として予算上見込んだ額



上記により算定した額で概算交付



包括的支援事業を適切に実施

予算上見込んだ額で精算交付（勤務時間割合にとらわれない）

※予算上見込んだ額以上に事業を実施した場合は追加交付が可能

②地域包括支援センターにおいて介護予防事業に係る普及啓発などを受託することを可能にします

【別紙 2】

- ・ 地域包括支援センターに関する業務規制を緩和し、地域包括支援センターが介護予防事業に係る普及啓発事業、介護予防に関する地域活動を支援する事業などを受託することができるようにします【介護保険法施行規則第140条の50の改正】。
- ・ その結果、これらの業務をセンターの包括的支援事業と一体的に行うことにより、効率的かつ効果的な業務実施が可能となります。
- ・ また、こうした業務に要する費用について地域支援事業交付金の交付対象となることから、結果的に地域包括支援センターの財政を安定させることも可能となるといった副次的な効果も期待できます。

(2) 体制整備計画のフォローアップ

- 平成19年3月末の委託上限規制の経過措置期間終了に向け、平成18年7月に都道府県等が取りまとめた体制整備計画をフォローアップし、地域包括支援センターの確実な体制整備を図ります。【平成18年12月20日老健局振興課長通知「地域包括支援センター体制整備計画のフォローアップについて」】。

【別紙 3】

(3) 主任介護支援専門員に準ずる者に係る経過措置の延長

- 地域包括支援センターの人員基準のうち「主任介護支援専門員に準ずる者」について、平成18年度限りとしていたケアマネジメントリーダー研修未修了者に関する経過措置を、平成19年度まで延長することとします。

【別紙 4】

■ 具体的には・・・主任介護支援専門員研修又はケアマネジメントリーダー研修の未修者であっても、平成19年度中に主任介護支援専門員研修を受講することを条件として、すでに地域包括支援センター職員研修又は介護支援専門員現任研修（基礎研修課程及び専門研修課程）若しくは介護支援専門員専門研修（専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ）を修了し、かつ、介護支援専門員としての実務経験を有する者であれば、「主任介護支援専門員に準ずる者」として認めることとする【平成18年10月18日老健局計画・振興・老健課長通知「地域包括支援センターの設置運営について」6(1)の改正】。

(4) 介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化

- 介護予防支援の業務プロセスを見直し、重点的な対応をすべき部分と効率化すべき部分を明確化することによって、マネジメントの質を確保しつつ業務負担の軽減を図ります。
 - ・ 有識者による調査研究を実施。
 - ・ 年度内の可能な限り早急に、具体的な内容を取りまとめ。

(5) 円滑な運営に資する取組事例の情報提供

- 人員の確保など体制の整備や効率的な業務の実施など地域包括支援センターの円滑な運営に資する取組事例を収集し、全国の自治体に情報提供します。

【参考】

- ・ 都道府県等自治体に参加を求め、地域包括支援センターに係る全国会議を開催し、すでに、ネットワークの構築方策、特定高齢者の把握などについて、先進的な自治体による事例報告を実施。
- ・ 今後とも、国において事例等に係る情報を収集し、全国に提供する等の支援策を講ずる予定。

平成18年12月11日

都道府県介護保険担当課（室）御中

厚生労働省老健局介護保険課

振 興 課

地域支援事業交付金の人件費の算定について

- 標記については、平成17年9月26日全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料2-2「地域支援事業交付金に関するQ&A」問13（P55）において示したところであるが、種々の疑義が生じていたことから、これを廃止し、今般、改めて次のとおり具体的な取扱方針を示すこととしたので、この方針に従って適切な運用をお願いいたします。

1 人件費の算定方法

①委託型の場合

- ・ 地域包括支援センターに対し、包括的支援事業を委託するものであるため、人件費としてではなく、委託料として支払われるが、委託料は「人件費補助」という性格ではなく、人件費、物件費等さまざまな要素を含めた「事業実施に必要な経費」を、各市町村において、予算上適正に見込んだ額となる。

なお、国への交付申請及び実績報告において、委託料の算定根拠は求めるものではない。

②直営型の場合

- ・ 保険者である市町村が自ら実施する地域包括支援センターにおける「事業実施に必要な経費」として見込んだ額を算定することとなる。
- ・ 職員が包括的支援事業以外に介護予防支援業務を併任する場合にあって

も、当該職員の人件費のうち、包括的支援事業の実施に必要な額として市町村があらかじめ予算上適正に見込んだ額を算定する。

- ・ なお、上記の人件費は、包括的支援事業が適切に実施されていれば、実際に包括的支援事業に従事した勤務時間割合によることなく、算定して差し支えない。

2 留意点

- ・ いずれの場合についても、包括的支援事業について、十分かつ適切に実施されていることが前提となるものであり、介護予防支援業務を優先し包括的支援事業の実施が不十分となるようなことは認められない。
- ・ また、包括的支援事業と介護予防支援業務は密接に連携すべきものであり、実態としても不可分一体に実施されるものであることから、包括的支援事業が適切に実施されていれば、実際に包括的支援事業に従事した勤務時間により算定する必要はない。

○介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号）（抄）

（傍線の部分は改正部分）

改 正 案	現 行
（法第百十五条の三十九第一項の厚生労働省令で定める事業） 第百四十条の五十 法第百十五条の三十九第一項の厚生労働省令で定める事業は、次の各号に掲げるものとする。 一 法第百十五条の三十八第一項第一号に掲げる事業のうち、次に掲げるもの イ 特定の被保険者（第一号被保険者に限る。）に対し行われる事業の対象となる者の把握を行う事業 ロ 介護予防に関する普及啓発を行う事業 ハ 介護予防に関する活動を行うボランティア等の人材の育成並びに介護予防に資する地域活動を行う組織の育成及び支援を行う事業 ニ 介護予防に関する事業に係る評価を行う事業 法第百十五条の三十八第二項各号に掲げる事業	（法第百十五条の三十九第一項の厚生労働省令で定める事業） 第百四十条の五十 法第百十五条の三十九第一項の厚生労働省令で定める事業は、法第百十五条の三十八第一項第一号に掲げる事業であつて、特定の被保険者（第一号被保険者に限る。）に対し行われるものの対象となる者の把握を行う事業とする。

【別紙3】

老振発第1220001号

平成18年12月20日

各都道府県介護保険担当部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長

地域包括支援センター体制整備計画のフォローアップについて

標記については、本年7月28日付け事務連絡「要支援者の見込み数及び必要な人員確保の計画の内容及び策定方法について」等において、延長された介護予防支援業務の委託件数の上限等に係る経過措置期間が終了する平成19年3月末までに地域包括支援センターの万全の体制整備を図ることができるよう計画の策定等を通じた対応をお願いしたところです。

当該経過措置については、新たな制度の円滑な施行を図る観点から、必要最小限の特例措置として行っているものであることから、平成19年3月末で終了し、延長はありません。

つきましては、各市町村で既に策定された体制整備計画に則り、また、当省でこれまでに示した各種弾力化措置に十分留意して、来年度からは確実に地域包括支援センターがその本務を果たし、併せて指定介護予防支援事業所としての役割を遂行できるよう、改めて下記の事項に留意しつつ、当該経過措置期限までに体制を着実に整えていただくようお願いいたします。

記

1 体制整備計画のフォローアップ作業の実施

- 各都道府県におかれては、各市町村に策定いただいた体制整備計画の策定後の進捗状況等を踏まえ、すでに個別に相談援助等を行うなどフォローアップを精力的に行っているところであるが、引き続き、来年3月までに計画が完了するよう、積極的なフォローアップ及び支援をお願いするものであること。
- 当該体制整備計画の全体状況については、フォローアップの際、【別紙1】に基づき、来年3月末までに、すべての地域包括支援センターについての体制整備が完了するよう具体的な見通しを平成19年1月中旬までにとりまとめていただきたいこと。
- なお、原則として、すべての事案について、3月末までに体制整備が完了すべきも

のであるが、現段階において、著しく特別な支援を要する例外的な事案については、【別紙２】に基づき、

- ① 当該地域包括支援センターの名称
- ② 体制整備の見通しが立たない理由と課題
- ③ その解決のための具体的な対応方針
- ④ 対応が完了する予定時期（来年３月を終期）

等について、都道府県・市町村その他の関係機関の協力の下、具体的に解決に向けた作業方針を決定していただきたいこと。

- フォローアップのとりまとめ結果（【別紙１】）については、同年１月２４日（水）までに老健局振興課宛に提出願いたいこと。

２ 留意すべき点

（１）人材確保等の支援策の再徹底

- 厚生労働省では、平成１８年４月以降、地域包括支援センター及び指定介護予防支援事業所の人員確保のため、広範に人員確保できる配置基準の設定、居宅介護支援事業所への委託件数の経過措置の延長等、種々の措置を講じていることを再度管下市町村に徹底を図ること。
- なお、地域包括支援センターの人員配置基準のうち「主任介護支援専門員に準ずる者」に関し、ケアマネジメントリーダー研修未修了者に関する平成１８年度限りとしていた経過措置について、１９年度まで延長することとし、今後、速やかに関係通知を改正し通知する予定であるので、留意されたいこと。

（２）市町村による予算・人員の確保

管下市町村に対して、当該整備計画に基づく適切な人員・予算を確保し、確実な体制整備が図られるよう、上記（１）の措置を含め技術的な助言等を行われたいこと。

なお、地域支援事業交付金の運用等については、平成１８年１２月１１日付け老健局介護保険課・振興課事務連絡「地域支援事業交付金の人件費の算定について」等に留意されたいこと。

（３）運営協議会や在宅介護支援センター等多様な地域資源の活用

- 都道府県・市町村や関係機関が連携し、地域包括支援センターの円滑な運営を支援する観点から、地域包括支援センター運営協議会で現状を説明の上、運営協議会を通じた具体的な人材確保策の実施を行うこと。
- 多様なネットワークによる人材確保の支援及び相談窓口の活用により、地域包括支援センターの本来業務の効率化を図ることが可能となることから、十分な実績のある在宅介護支援センターをブランチまたはサブセンターとして活用するよう努めること。

(4) 介護予防支援の人員確保について

〔多様な人材を活用できること〕

- 介護予防支援業務に従事する人員については、介護保険法施行規則第140条の52第2項に基づく地域包括支援センターに最低限配置しなければならない職員とは異なり、具体的に次に掲げるものすべてが認められていることから、これらを積極的に活用されたいこと
 - ・保健師
 - ・介護支援専門員
 - ・社会福祉士
 - ・経験ある看護師
 - ・高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事

〔居宅介護支援事業所との兼務が容認されていること〕

- 介護予防支援業務の担当職員については、居宅介護支援事業所との併任も認められており、居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員が、併せて、地域包括支援センターにおいて、その職員として介護予防支援業務に従事することも認められていること。
- なお、給付管理業務や報酬請求事務などの事務処理作業を行う者については、上述の職種である必要はない点を踏まえ、事務担当者を活用するなどによる効率化も併せて検討されたいこと。

〔質の向上の支援策の実施〕

- 都道府県におかれては、介護予防支援に関する指導者研修の修了者を活用し、介護予防支援計画の策定実務について研修を行うこと。

※ 【別紙1】、【別紙2】省略

【別紙 4】

- 地域包括支援センターの設置運営について（平成18年10月18日付け老計発第1018001号、老振発第1018001号、老老発第1018001号）
（傍線の部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
1～5 （略） 6 職員の配置等 (1) センターの人員 ①・② （略） ③ 主任介護支援専門員に準ずる者として、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者 なお、③の主任介護支援専門員に準ずる者については、平成18年度及び平成19年度に限っての特例措置として、ケアマネジメントリーダー研修が未修了であっても、平成19年度末までに主任介護支援専門員研修を受講することを条件として、既に、地域包括支援センター職員研修、「介護支援専門員現任研修事業の実施について」（平成12年9月19日付け老発第646号厚生省老人保健福祉局長通知）に基づく介護支援専門員現任研修（基礎研修課程及び専門研修課程）又は「介護支援専門員資質向上事業の実施について」（平成18年6月15日付け老発第0615001号厚生労働省老健局長通知）に基づく介護支援専門員専門研修（専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ）を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有する者としても差し支えないものとする。	1～5 （略） 6 職員の配置等 (1) センターの人員 ①・② （略） ③ 主任介護支援専門員に準ずる者として、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者 なお、③の主任介護支援専門員に準ずる者については、平成18年度に限っての特例措置として、ケアマネジメントリーダー研修が未修了であっても、平成18年度中に主任介護支援専門員研修を受講することを条件として、既に、地域包括支援センター職員研修又は「介護支援専門員現任研修事業の実施について」（平成12年9月19日付け老発第646号厚生省老人保健福祉局長通知）に基づく介護支援専門員現任研修（基礎研修課程及び専門研修課程）を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有する者としても差し支えないものとする。

13. 介護職員の質の向上について

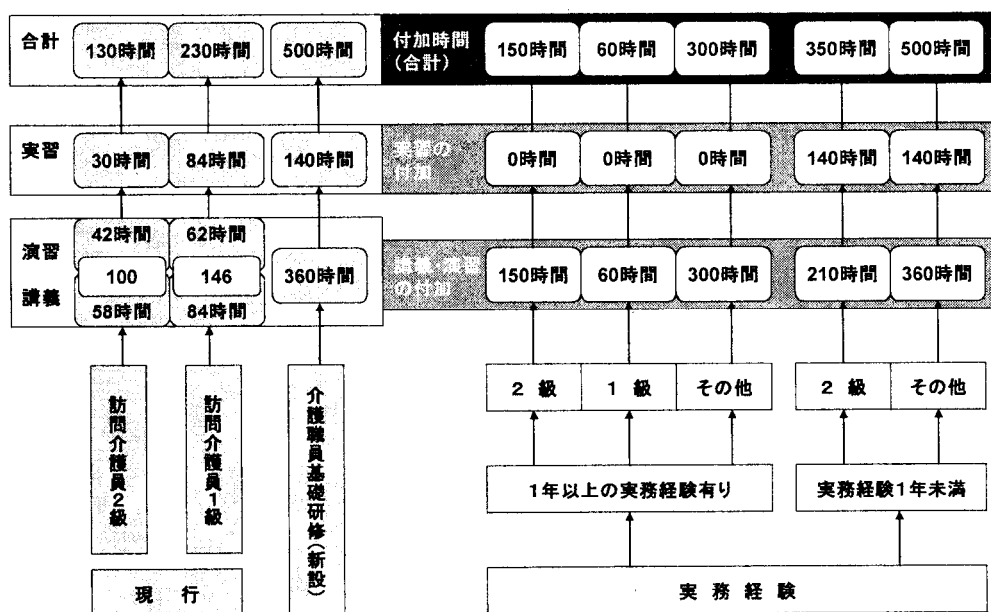
- 今後、ますます少子・高齢化が進展するとともに、認知症高齢者や独居高齢者についても増加が見込まれる中で、高齢者が尊厳を持ち、住み慣れた地域において安心して生活することができるよう安定的なシステムを構築することが重要である。とりわけ、介護サービスの質の向上を図る上で、介護サービスに携わる職員の専門性の向上を図ることは喫緊の課題であり、平成18年4月より、介護職員として介護サービスに従事する職員の共通の研修として、「介護職員基礎研修」を創設したところである。
- 介護職員基礎研修については、従来の訪問介護員養成研修と同様に、各都道府県が指定した養成研修事業者において実施することとしているが、本年2月1日現在における各都道府県の準備状況を見ると、養成研修事業者を指定するための要綱等が未作成である県が26県（55.3%）であり、半数超の自治体において養成研修事業者を特定するための準備体制が整っていない状況にある。（「介護職員基礎研修の実施状況について」参照）
- 一方、現在、社会・援護局において、介護福祉士の養成のあり方等について見直しを検討しているが、先般とりまとめられた社会保障審議会福祉部会の報告において、実務経験ルートについては、現行の3年以上の介護等の業務に関する実務経験に加え、600時間程度の課程を経た場合に国家試験の受験資格を付与する仕組みとすべきとするとともに、介護職員基礎研修修了者については、あらかじめ理論的・体系的に必要な知識及び技能を修得した上で、介護等の業務に関する実務経験を2年以上経た場合に、国家試験の受験資格を付与する仕組みとするべきであるとして、介護職員基礎研修修了者について、新たな資格取得ルートの創設について提案している。（「介護福祉士制度及び社会福祉士制度の在り方に関する意見」（平成18年12月12日社会保障審議会

福祉部会)のポイント」参照)

- 厚生労働省としては、今後、全国の介護職員基礎研修の実施状況や、こうした介護福祉士の資格見直しの時期等を勘案した上で、現在の訪問介護員養成研修課程を介護職員基礎研修に一元化する予定であり、円滑な制度移行に向けて種々検討を進めているところである。各都道府県におかれては、既に介護職員基礎研修の円滑な実施に向けてご尽力をいただいているところであるが、養成研修事業者を指定するための要綱等を未作成の都道府県におかれては早急に作成していただき、養成研修事業者を指定できる体制を整えていただきたい。また、質の高い介護に携わる人材の確保を図る観点から、都道府県内において今後介護サービスに従事しようとする者や現に従事している者、介護サービス事業者及び養成研修事業の実施を計画している者等に広く周知いただくとともに、特に、すでに訪問介護員養成研修を修了した者等に対しては、研修課程の一部免除などの受講負担軽減措置が図られていることについても周知いただき（下記参照）、介護職員基礎研修の普及定着に向け積極的な取組をお願いしたい。

(参考)

訪問介護員養成研修修了者等が介護職員基礎研修を受講する際の時間数の考え方



介護職員基礎研修の実施状況について

	指定要領等 作成済み	今年度末までに 作成予定	指定済み 事業者数
1 北海道	○		
2 青森県	○		
3 岩手県		○	
4 宮城県		○	
5 秋田県		○	
6 山形県	○		
7 福島県	○		
8 茨城県	○		
9 栃木県	○		
10 群馬県		○	
11 埼玉県		○	
12 千葉県		○	
13 東京都	○		
14 神奈川県	○		5
15 新潟県		○	
16 富山県		○	
17 石川県		○	
18 福井県		○	
19 山梨県		○	
20 長野県	○		
21 岐阜県		○	
22 静岡県	○		
23 愛知県	○		
24 三重県		○	
25 滋賀県		○	
26 京都府	○		
27 大阪府	○		
28 兵庫県	○		
29 奈良県		○	
30 和歌山県		○	
31 鳥取県	○		
32 島根県		○	
33 岡山県		○	
34 広島県		○	
35 山口県		○	
36 徳島県		○	
37 香川県		○	
38 愛媛県	○		
39 高知県		○	
40 福岡県		○	
41 佐賀県	○		
42 長崎県		○	
43 熊本県		○	
44 大分県	○		4
45 宮崎県	○		
46 鹿児島県	○		
47 沖縄県	○		1
計	21	26	10

※ 平成19年2月1日現在。厚生労働省老健局振興課調べ。

「介護福祉士制度及び社会福祉士制度の在り方に関する意見」 (平成18年12月12日社会保障審議会福祉部会)のポイント

＜介護福祉士関係＞

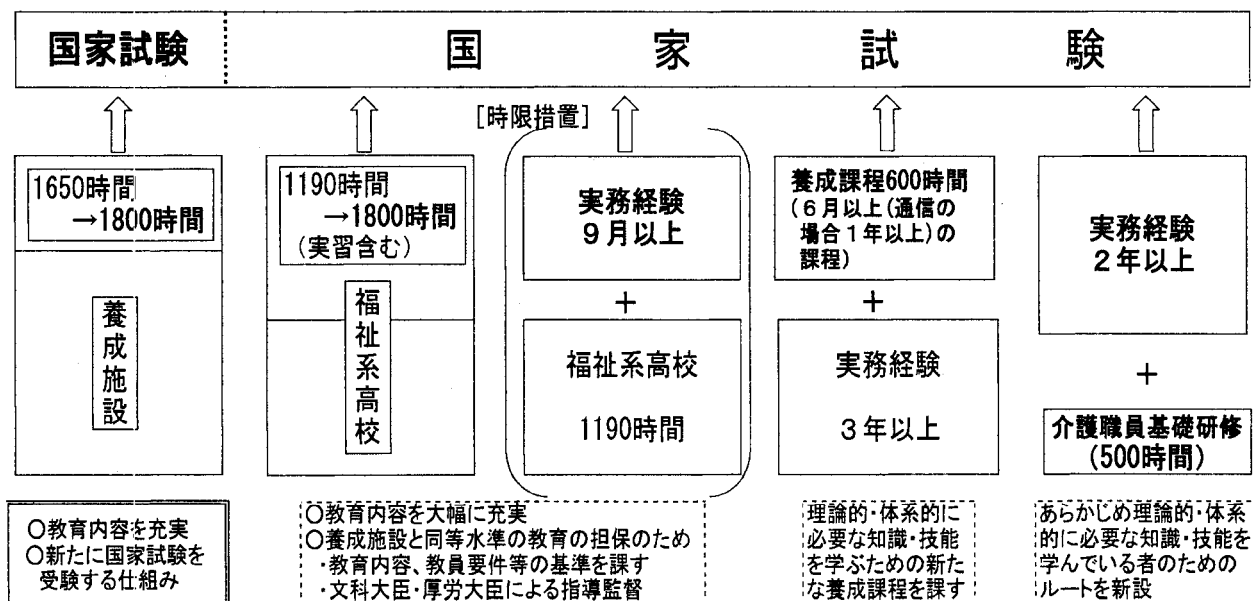
意見書の位置付け

- 介護福祉士制度及び社会福祉士制度の在り方について、1988年(昭和63年)の制度施行から18年間の介護や社会福祉を取り巻く状況の変化を踏まえ、特に養成の在り方を中心に、法律改正も視野に入れつつ、取りまとめを行ったもの。

○ 介護福祉士制度の在り方

高齢者・障害者に対する新しいケアモデルに対応できるような専門資格としての介護福祉士の養成の在り方の側面と、少子高齢化が急速に進展する中での介護の担い手の人材確保の側面とを如何に調和させていくか。

同等水準の教育内容が担保されることを前提として、多様な人材が介護福祉士として介護現場に入っていく途を開いておくことが望ましい。資格取得のためには、すべての者は一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するという形で、一元化を図るべき。



その他の事項

- 求められる介護福祉士像を踏まえ、法律上の介護福祉士の役割、責務等の見直しについて検討するべき。
- 専門家による作業チームにおいて、引き続き、教育カリキュラムの見直しのほか、実習の在り方や国家試験の在り方について検討していくべき。
- より専門的対応ができる人材の育成のため、資格取得後に専門介護福祉士(仮称)の認定を行う仕組みについて、早急に検討を行っていくべき。

1 4. 介護支援専門員の質の向上等について

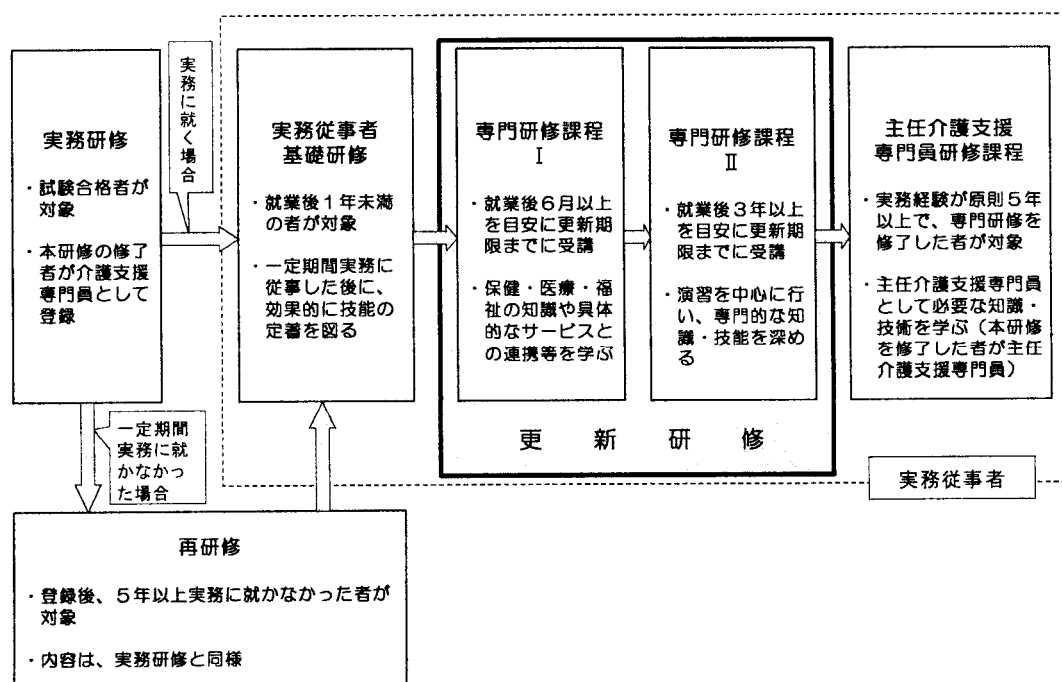
(1) 介護支援専門員に対する研修の実施

介護支援専門員の資質向上については、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、各都道府県における質の高い介護支援専門員の養成及び現に介護支援専門員として活動している者に対する十分な研修機会を確保することが求められる。

先般の制度改正に伴い、実務研修の充実や実務従事後1年未満の者を対象とした研修、更新時研修、実務研修修了後一定期間実務に就かなかった者に対する研修（再研修）、地域包括支援センター等に配置される主任介護支援専門員の養成研修の創設等介護支援専門員の研修体系を大きく見直し、今年度より「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る。

各都道府県においては、以下の点について十分ご配慮いただいた上で、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配慮願いたい。

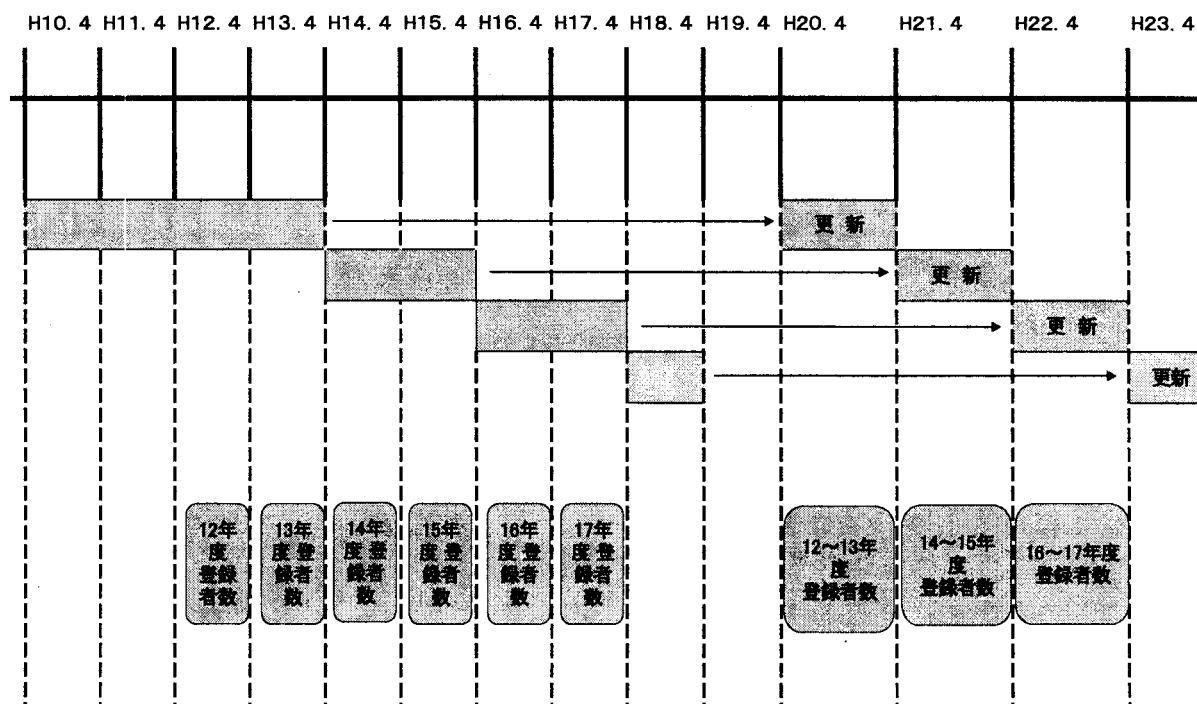
介護支援専門員の研修体系



ア 介護支援専門員更新研修の計画的な実施等

先般の介護保険法改正により、介護支援専門員については資格の更新制度を導入し、更新時には研修を受講することを義務づけたところである。この資格の更新時期については、平成18年3月31日以前に介護支援専門員として登録されている者の経過措置として介護保険法施行令附則第21条に規定されており、平成20年4月1日以降、順次更新時期を迎えることとしている。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受講できないということのないよう、更新研修等の計画的な実施をお願いしたい。

(参考)介護支援専門員更新時期の設定について



その際、現任の介護支援専門員が受講しやすいような研修日程の工夫や、更新研修を受講しようとする介護支援専門員が就業都道府県（就業していない場合には居住都道府県）と登録都道府県が離れている場合などには、当該介護支援専門員の申

請により名簿を移転し、身近な就業都道府県等で研修の受講や更新手続きを行うなど、対象者が更新手続きを行うにあたり支障が生じないよう配慮されたい。

また、更新研修の受講にあたっては、実務経験の有無により受講する研修内容が異なることから、こうした確認が容易になるよう、平成18年度以降は介護支援専門員の配置が位置づけられているサービス・施設については、配置されている介護支援専門員の情報を届け出ることとしているので、介護支援専門員が就業する時だけでなく、当該事業所を辞めたり、異動した場合にもこうした届出が徹底されるよう、再度、管内の事業所・施設に対し周知を図られたい。

イ 主任介護支援専門員の養成

平成18年度より、介護支援専門員のキャリアアップの一環として主任介護支援専門員を位置付け、地域包括支援センターへの配置を義務づけるとともに、主任介護支援専門員が管理者であること等を要件の1つとする報酬上の加算（特定事業所加算）を創設したところである。

地域包括支援センターにおける「主任介護支援専門員に準ずる者」については、ケアマネジメントリーダー研修未修了者の特例措置について、平成19年度末までに主任介護支援専門員研修を修了することを条件に1年間延長したところである。また、居宅介護支援の特定事業所加算の要件の一つである管理者要件の経過措置が平成18年度で終了し、平成19年度以降は管理者が主任介護支援専門員でなければ特定事業所加算を取得できないこととされている。

こうしたことから、主任介護支援専門員研修の受講要件を満たし、当該研修の受講を希望する者が漏れなく研修を受講できるよう、各都道府県においては、主任介護支援専門員の研修実施にあたって支障が生じることのないよう万全を期されたい。

（２）第10回介護支援専門員実務研修受講試験

第10回介護支援専門員実務研修受講試験については、本年の10月28日（日）を

予定（正式には別途通知する予定）しているので、各都道府県においては、会場確保等の所要の準備を進められるとともに、本試験の実施にあたっては、「介護支援専門員実務研修受講試験の実施について」（平成18年5月22日付老発第0522001号厚生労働省老健局長通知）及び別添「平成19年度介護支援専門員実務研修受講試験事務のスケジュール」に基づき、適切な実施をお願いしたい。

また、第9回の試験において、合否判定における事務処理上の不手際により、合格者と不合格者を取り違えるという事案が発生したところである。このような事案が二度と発生しないよう、各都道府県におかれては、改めて試験事務の実施体制の整備等について万全を期されたい。

平成19年度介護支援専門員実務研修受講試験事務のスケジュール

時期	厚生労働省	都道府県 (又は指定試験実施機関)	登録試験問題作成機関 (〔財〕社会福祉振興・試験センター)
12月 ～ 3月	・試験の年間スケジュール提示	・試験センターと試験問題作成等事務の委託契約締結調整	・各県と試験問題作成等事務の受託契約締結調整
4月	・試験日及び試験範囲の通知	・委託契約締結 ・受験要綱準備	・受託契約締結 ・問題作成(4月下旬～7月下旬)
5月		・受験申込み受理(5月～7月末) ・受験資格審査(5月～8月末)	・都道府県に答案データの提出依頼
6月			
7月			・都道府県に問題必要部数報告の依頼
8月	・都道府県に試験本部登録の依頼	・試験センターに問題必要部数を報告(28日)	・都道府県に納品等について連絡
9月		・厚生労働省に試験本部登録	
10月	・都道府県に受験者速報の依頼	・試験問題受領 (試験日3日前)	・都道府県に試験問題発送の連絡 ・都道府県に試験問題発送
試験実施<10月28日>			
	・受験者速報の公表	・厚生労働省に受験者速報の報告	
11月	・都道府県に合格者数の報告の依頼	・試験センターに答案データの提出(2日まで) ・試験の採点、合否判定	・合格基準の設定 ・都道府県に正答番号及び合格基準を通知(22日午前)
12月	・合格者数の公表 ・平成20年度の試験期日の確認等	・合格発表(全国統一)(10日) ・正答番号及び合格基準の公開(10日) ・厚生労働省に合格者数の報告 ・都道府県において順次実務研修実施(12月～平成20年度)	

15. 有料老人ホーム・特定施設に係る制度の的確な施行について

(1) 制度の適切な施行について

平成18年4月に改正老人福祉法、改正介護保険法が施行され、有料老人ホーム及び特定施設入居者生活介護に係る制度も大幅に改正された。これらの制度改正に対応するため、多大な尽力をいただいているところであるが、制度の的確な施行に関し、以下の点について改めて周知させていただきたい。

ア 特定施設入居者生活介護事業者の指定について

第三期介護保険事業計画期間より、介護専用型特定施設及び混合型特定施設についても、介護保険事業計画で定める必要利用定員総数を超える場合には指定をしないことができることとなった。

事業者の指定は、介護保険制度の安定的な持続の観点からも計画的に進められるべきものであるが、真に必要なサービスニーズがある場合には、それらに的確に応えることが必要である。

特定施設入居者生活介護事業者の指定についても、今後自宅や施設以外の多様な住まいのニーズが高まってくる可能性があることを十分斟酌した上で、適切に指定事務を行っていただきたい。

イ 適合高齢者専用賃貸住宅等の関係の確認について

(i) 包含関係について

老人福祉法において有料老人ホームの定義から除外される高齢者専用賃貸住宅は、平成18年厚生労働省告示第264号に規定する基準を満たすことを要件としているものである。

適合高齢者専用賃貸住宅（以下「適合高専賃」という。）とは、基準に適合している旨の届出をしてはじめて適合高専賃となるのであり、適合高専賃になれば、特定施設、すなわち住所地特例の対象施設として扱われることになる。さらに、適合高専賃の事業者が特定施設入居者生活介護事業者となるためには、別途、特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けることが必要である。

(ii) 関係の再確認と情報の共有

事業者等の間でも、適合高専賃の理解や、「特定施設」と「特定施設入居者生活介護事業者」の包含関係の理解等が十分に浸透していない面もある。このため、(別紙1)のとおり概略図を作成したところであり、各自治体においても、この概略図を参考としつつ改めて関係を確認し指導を行っていただきたい。なお、この内容については、国土交通省からも各都道府県住宅部局に周知される予定であるので、福祉・住宅両部局で連携を図っていただくよう併せてお願いする。

ウ 有料老人ホームの情報収集と届出の徹底

有料老人ホームの定義の見直しに伴い、特に、昨年度までは届出義務がなかった施設についての情報収集、及び有料老人ホームに該当する場合の手續を的確に実施する必要がある。これについては、昨年6月に開催した担当者会議においても周知したところであるが、自治体のマンパワー不足等もあり、必ずしも把握が十分に進展しているとはいえない状況にある。

こうした中、「市町村及び介護サービス事業者からの情報収集や市民からの連絡(福島県)」、「県の出先機関の職員による直接的な情報収集と、市町村及び介護サービス事業者からの情報収集を併用(岩手県)」するなどして、情報収集と届出が進んでいる自治体もある。このように、施設の把握にあたっては、行政職員が直接情報収集を行うだけでなく、介護サービス事業者や医療関係者等の様々なネットワークを活用して情報提供を呼びかけることが有効であると考えられる。「有料老人ホームの定義の見直しに関する周知について」(平成18年9月25日付事務連絡)で、定義変更を周知するチラシの例(別紙2)をお示ししたので、これらも活用しつつ、引き続き適切な対応をお願いしたい。

エ 入居一時金の保全措置について

先般の制度改正により、新たに有料老人ホームを設置する者については、入居時の一時金の保全措置が義務化された。そして、具体的な保全方法に

ついて、①銀行等の連帯保証、②親会社の連帯保証、③保険事業者との保証保険契約、④公益法人との保全契約に加え、昨年9月に⑤金融機関との信託契約による方法を追加した。これらの保全措置に関して照会が寄せられていることから、「有料老人ホームの一時金保全措置について」（平成19年1月29日付事務連絡）（別紙3）において、銀行等の連帯保証、保険事業者との保証保険契約、金融機関との信託契約による方法について、基本的なスキームの例をお示ししたところである。これらを参考としつつ、引き続き適切な指導を行っていただきたい。

（2）有料老人ホーム・特定施設の質の向上

昨今、不衛生な環境の放置や、身体拘束、職員による入居者の所有物・金銭の窃盗等、不祥事が明らかになるケースが見受けられる。高齢者福祉を標榜する施設が、身体的、社会的に弱い立場にある高齢者を不適切に処遇することは容認されざるものであり、質と信頼性の向上により一層取り組んでいく必要がある。

今後、事後の摘発のみならず、不祥事を未然に防止するため、経営者等に対する講習・研修を実施するなど、健全な経営と福祉の確立に向けてご尽力いただきたい。

（3）住宅担当部局との連携について

ア 実務面での連携

住生活基本法に基づく住生活基本計画の策定、地域ケア整備構想（仮称）の策定にあたり、福祉部局、住宅部局両部局が連携して検討を進めていくことについては、既に各所で周知しているとおりである。

特に有料老人ホーム、特定施設の分野においては、高齢者専用賃貸住宅が対象に加わったこともあることから、より緊密に連携を図ることが必要である。

イ 地域課題の解決のための総合的な連携

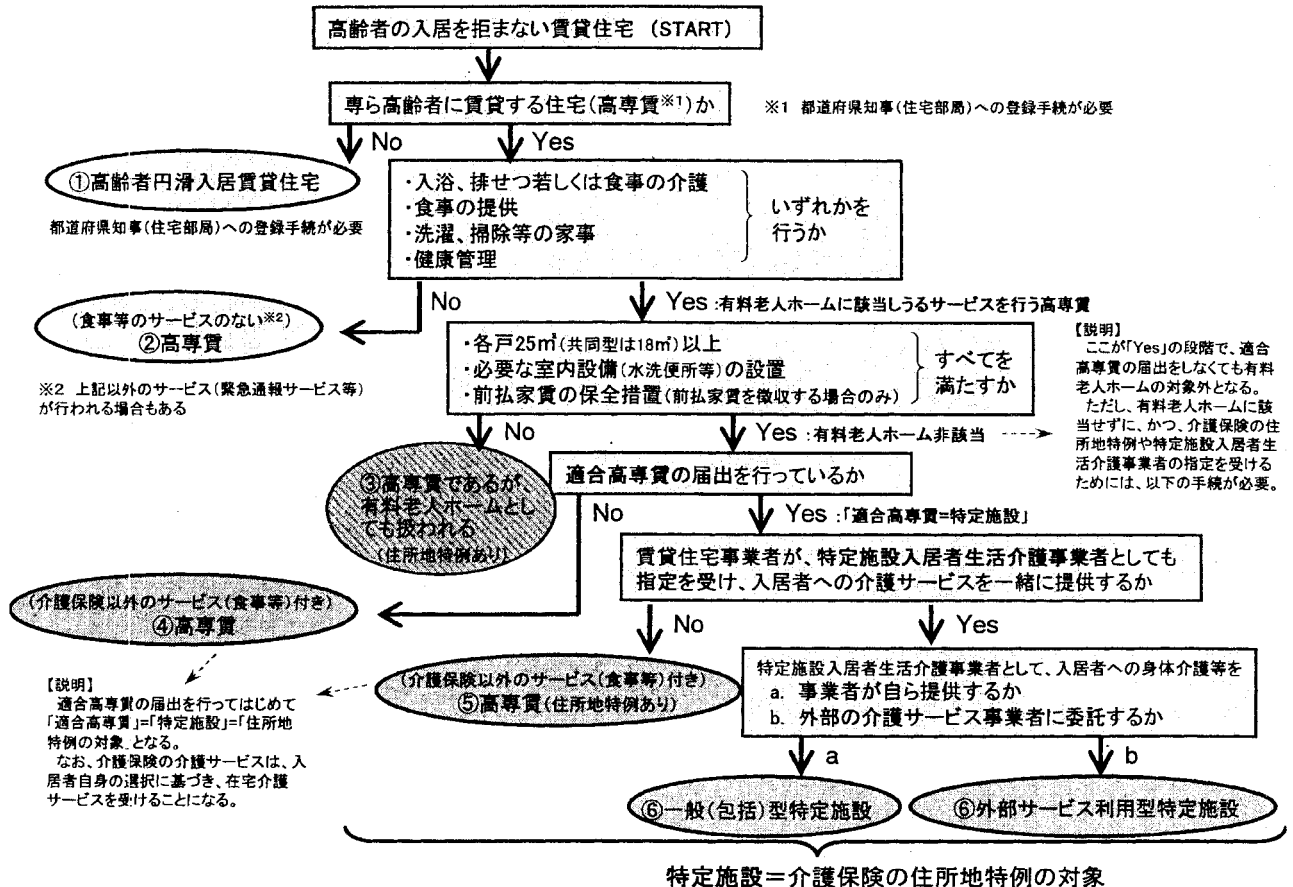
ニュータウン居住者の一斉高齢化、中心市街地の活力低下、過疎化の進

展など、地域が抱える課題は複雑化、多様化してきていることから、部局の枠を超えた総合的な取り組みが求められるようになってきている。国のレベルでも特定施設の適合高齢者専用賃貸住宅への対象拡大をはじめ、国土交通省との連携を進めてきたが、さらに、本年度より両省が共同し、モデル地域となる自治体とともに「在宅・長寿の我がまちづくり」の検討を行っているところである。

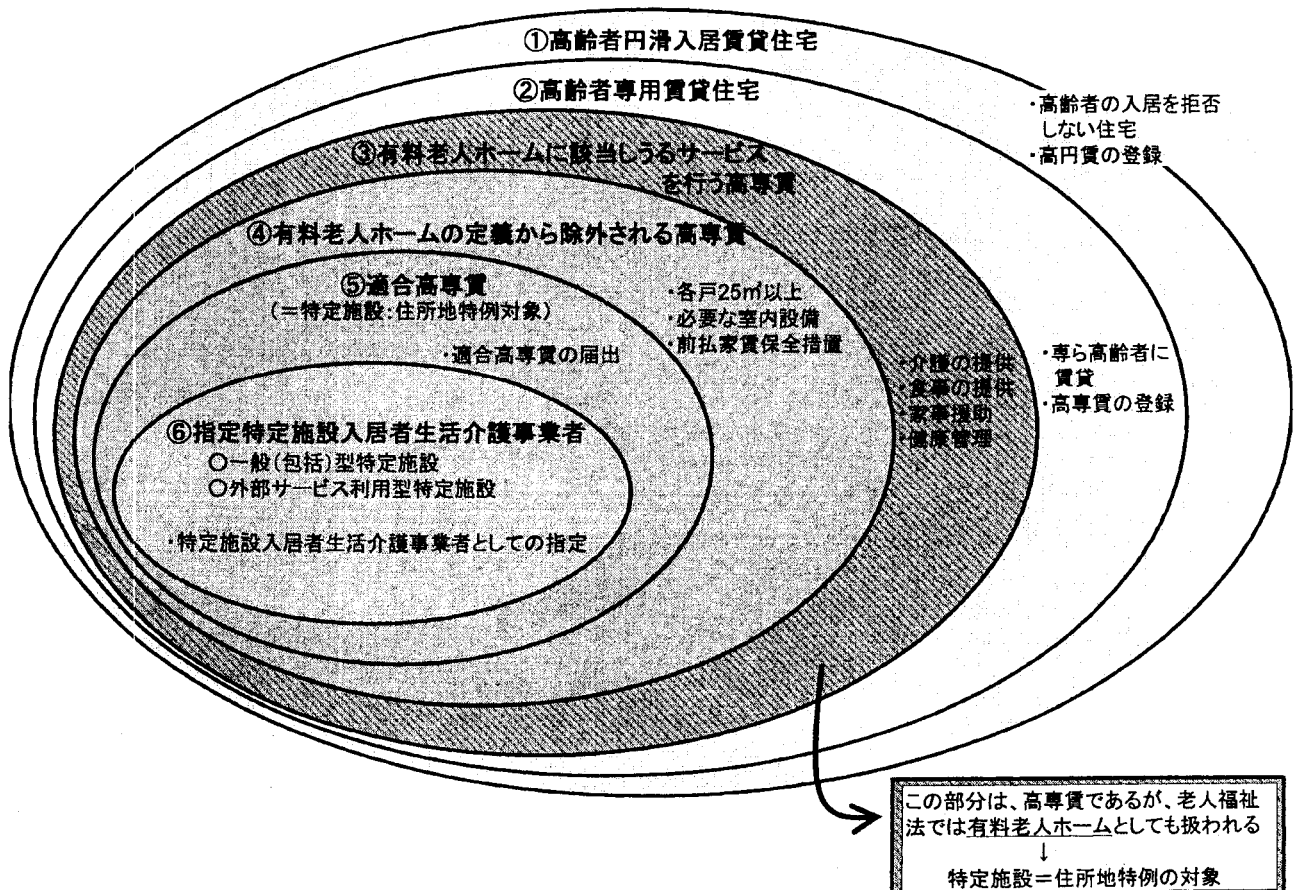
国土交通省が支援しているまちづくり交付金、地域住宅交付金でも、ハード整備だけでなく、自治体独自の提案事業に対して比較的柔軟に支援できるものとなっている。また、財政面以外でも、神戸市において、高齢化が進んだ公営住宅の空き住戸を「あんしんすこやかルーム」として見守り推進員の事務室とすることが特例的に認められるなど、成果が生まれ始めている。

支援する制度も柔軟になってきていることから、それぞれの地域で工夫を凝らした取り組みをお願いしたい。

高齢者向け賃貸住宅と特定施設の関係の整理(フロー図) (別紙1)



高齢者向け賃貸住宅と特定施設の関係の概念図



事業者の皆様へ

老人福祉法改正により

平成18年4月から

有料老人ホームの 対象が拡大しました



有料老人ホームに該当する場合には、
さまざまな手続きが必要になります。

詳しくは、裏面をご覧ください。



厚生労働省・〇〇県

「有料老人ホーム」の対象はこうに変わりました

有料老人ホームとは、老人福祉法第29条において、「老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供又はその他の日常生活上必要な便宜であって厚生労働省令で定めるものの供与（他に委託して供与をする場合及び将来において供与をすることを約する場合を含む。）をする事業を行う施設であって、老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う住居その他厚生労働省令で定める施設でないものをいう」と定義されています。

これまでは、人数が10人以上であること、食事の提供を行っていることが要件となっていました。老人福祉法の改正により、平成18年度から有料老人ホームの対象が拡大されました。

平成18年4月から

○人数要件：なし
(1人からでも対象になります)

○サービス要件：
次のいずれかを行っていること

- ① 食事の提供
- ② 介護の提供
- ③ 洗濯、掃除等の家事
- ④ 健康管理

※これらのサービスの提供を、(1)委託で行う場合や、(2)将来これらのサービス提供を行うことを約束する場合も該当します。

これまで

- 人数要件：
10人以上の高齢者を入居させていること
- サービス要件：
食事の提供をしていること



法律の改正

ただし、以下のものは有料老人ホームの対象から除外されています。

- ・老人福祉法で規定する老人福祉施設（特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームなど）
- ・認知症高齢者グループホーム
- ・サービス提供（①～④）を行う高齢者専用住宅のうち、一定以上の床面積等を有するもの

「有料老人ホーム」に該当する場合、諸手続きが必要です

- ・都道府県知事への設置届
(平成18年3月以前に業務を開始したものについても届出が必要です。)
- ・帳簿の作成と保存
- ・重要事項説明書の作成と情報開示
- ・入居一時金の保全措置（入居一時金を受領する場合のみ）
- ・有料老人ホームの類型表示 など

まず、下記部局までお問い合わせ下さい。

お問い合わせは

〇〇県〇〇部〇〇課 ××担当
〒000-0000 〇〇

TEL 〇〇〇-△△△-□□□□ (内××××)

(別紙2)

事 務 連 絡
平成19年1月29日

各都道府県有料老人ホーム主管課 御中

厚生労働省老健局振興課

有料老人ホームの一時金保全措置について

日頃より有料老人ホーム行政の推進に御協力を賜り感謝申し上げます。

平成18年4月1日以降新たに有料老人ホームの事業を行おうとする設置者は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第29条第5項に基づき、有料老人ホームの一時金について保全措置を講じなければならないとされております。これに関し、具体的な保全措置については、「厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置」（平成18年厚生労働省告示第266号。以下「告示第266号」という。）において、①銀行等の連帯保証、②親会社の連帯保証、③保険事業者との保証保険契約、④公益法人との保全契約、の4つの方法が定められておりましたが、さらに、平成18年9月8日付厚生労働省告示第482号で告示第266号を改正し、信託業務を営む金融機関との信託契約による方法を追加したところです。

これらの保全措置について、複数の照会が寄せられていることから、基本的な枠組みの例を作成しましたので、これらを参考として引き続き適切に指導を行っていただきますようお願いいたします。

1. 銀行等の連帯保証による方法及び保険事業者との保証保険契約による方法について

これらの方法について、想定される基本的な枠組みの例を作成したので、参考として下さい。（参考1）（参考2）

2. 信託業務を営む金融機関との信託契約による方法について

信託契約による方法に関し、想定される基本的な枠組みの例を作成するとともに、個別事案における要点について基本的な考え方をまとめましたので、参考として下さい。（参考3）

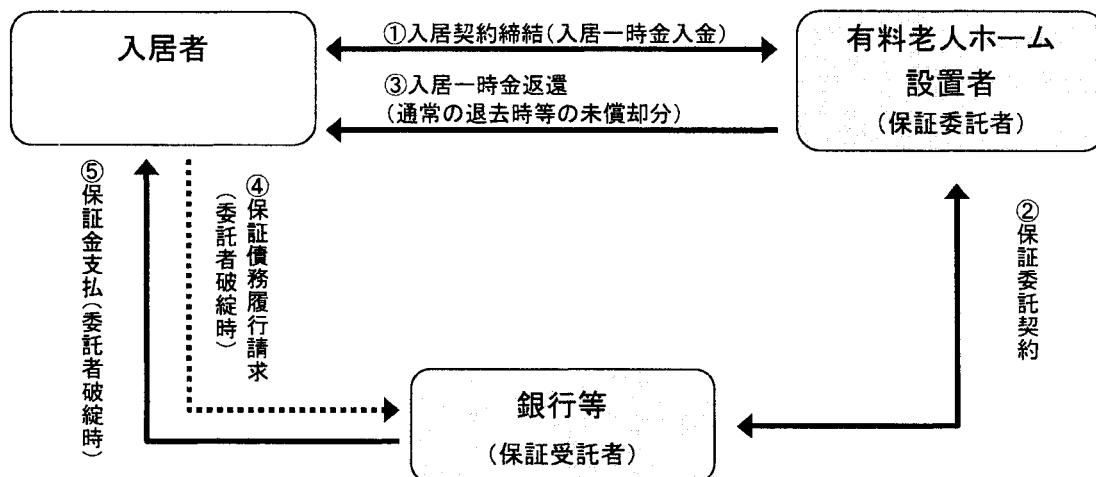
- （1）保全措置の義務付けは、あくまでも入居者保護の観点から、有料老人ホームの設置者が不測の事態に備えて講ずべきものであるということに鑑み、元本割れを引き起こすことがないよう安定的な運用（預貯金、国債等）を行うものであること（元本補てんの契約をしているものを除く。）。

- (2) 保全措置の趣旨は、有料老人ホームの設置者が返還債務を弁済しなければならなくなった場合に保全金額が入居者に確実に返還されるようにすることであり、このため、信託契約の受益者を入居者としてとっている。なお、この趣旨が満たされる限りにおいて、信託による収益部分については、入居者又は委託者（有料老人ホームの設置者）のいずれとしても差し支えないものであること。

(参考1)

銀行等の連帯保証による方法のイメージ

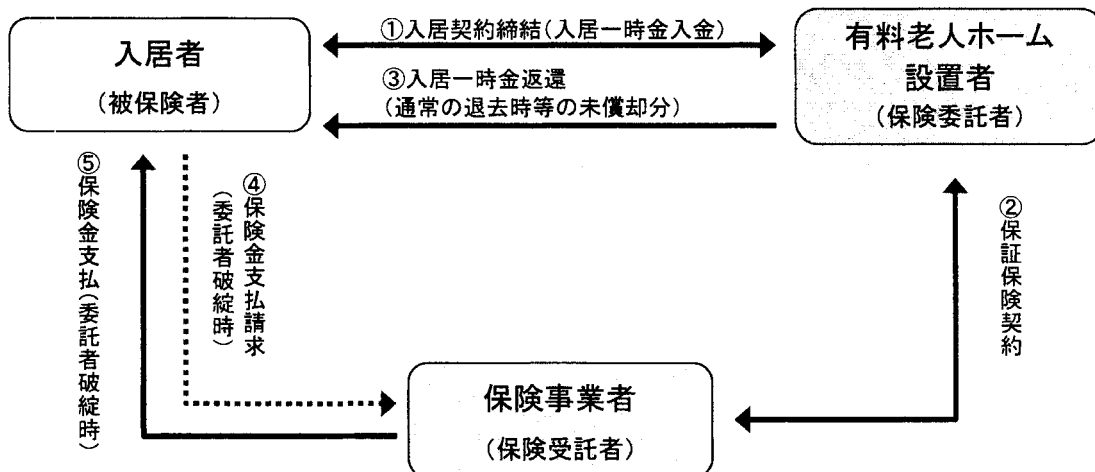
(これは、想定される基本的枠組みの1つの例であり、保全が図られる範囲においてこれ以外の構成もあり得る。)



(参考2)

保証保険契約による方法のイメージ

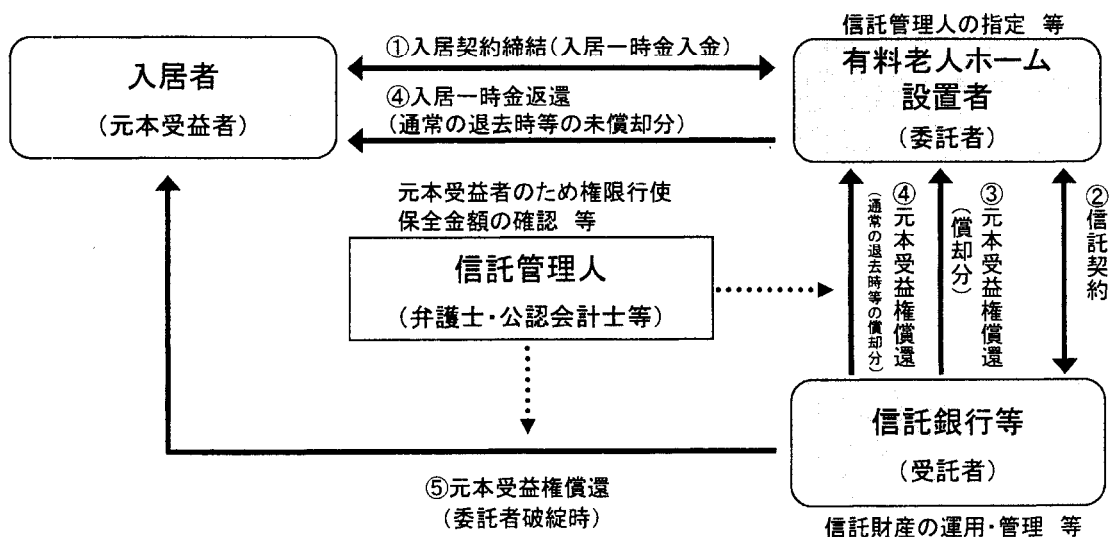
(これは、想定される基本的枠組みの1つの例であり、保全が図られる範囲においてこれ以外の構成もあり得る。)



(参考3)

信託契約による方法のイメージ

(これは、想定される基本的枠組みの1つの例であり、保全が図られる範囲においてこれ以外の構成もあり得る。)



16. 介護サービス情報の公表制度の適正な運用について

1 対象サービスの追加施行について

(1) 都道府県における準備

介護サービス情報の公表制度（以下「情報公表制度」という。）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（以下「省令」という。）第140条の29の規定において、制度の対象となるサービスを年々追加施行することとしており、平成19年度においては、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び介護療養施設サービスを追加施行することとしている。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19年2月下旬に予定しており、平成19年4月1日の施行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、適確に準備願いたい。

また、平成19年4月において施行しないサービスについては、平成21年度までにすべて施行する予定であるので、了知されたい。

(2) 調査員養成研修等について

各都道府県においては、対象サービスの追加施行に伴って、調査員養成研修の追加実施が必要となるので、次の点を踏まえ、適確に実施願いたい。

ア 調査員指導者養成研修の実施

追加施行する3サービスに係る調査員指導者養成研修については、社団法人シルバーサービス振興会に設置された介護サービス情報公表支援センター（以下「支援センター」という。）が実施主体となり、次の日程等で行われるので、調査員指導者候補者の派遣等に配慮願いたい。なお、当該研修の詳細については、支援センターからの連絡によることとなるので、念のため申し添える。

(第1回)

- ・日 程：平成19年3月5日（月）～6日（火）
- ・場 所：池袋サンシャイン文化会館501号室

(第2回)

- ・日 程：平成19年3月12日（月）～13日（火）
- ・場 所：池袋サンシャイン文化会館502号室

イ 調査員養成研修について

追加施行する3サービスに係る調査員養成研修については、各都道府県において、介護保険法施行規則第140条の41第2項の厚生労働大臣が定める基準に基づいて、都道府県内の調査事務の量等を踏まえ、必要な調査員数を確保できるよう計画的に実施願いたい。

また、原則すべての介護事業所における共通の情報を調査し公表する情報公表制度においては、公表情報の均質性の確保が極めて重要である。このため、都道府県においては、調査員の主観によって調査結果が異なる等の事案が生じることがないように、調査員養成研修の実施に当たっては、調査員の均質性の確保に十分に留意願いたい。

(3) 情報公表システムの改訂・配布

平成19年度における情報公表システムの改訂・配布については、支援センターにおいて鋭意取り組まれており、今後のスケジュールは次のとおりであるので、了知されたい。なお、当該システム改訂等の詳細については、支援センターからの連絡によることとなるので、念のため申し添える。

- ① 情報公表システム関係調査票の配布：4月上旬
- ② 調査票の集約支援ツールの配布：5月中旬
- ③ 公表システム本体改訂ソフトの配布：6月中旬

なお、平成20年度以降においては、当該システム改訂等のスケジュールを前倒し

する必要があると認識している。ついては、平成19年度に都道府県で行うモデル調査事業、支援センターで行うモデル調査事業結果の検証等について、それぞれ1か月程度の前倒しを検討しており、改めて連絡するので、了知願いたい。

2 事業運営ノウハウの蓄積と継続について

情報公表制度については、平成18年4月に新しい都道府県の自治事務として創設し、初年度においては、各都道府県において、制度の普及啓発、調査事務及び情報公表事務の実施、介護サービス情報の解釈と運用等に鋭意取り組まれたところである。このような事業運営ノウハウが都道府県の自治事務として蓄積され、継続されていくことが極めて重要であるので、各都道府県において実施体制、資料等の確保を適確に実施願いたい。

3 制度の適正運用について

各都道府県におかれては、制度施行2年度目に向けて、次の各事項に留意の上、適正な運用を行われたい。

(1) 事業運営の透明性の確保について

情報公表制度の事業運営に当たっては、介護事業者からの手数料を充てていることに鑑み、事業運営の透明性を確保するとともに、介護事業者、利用者等関係者の理解を深めていただく観点から、その運営状況について毎年度公表を行うことが望ましい旨、また、その際、公表を行うことが望ましい事項等について、平成19年1月29日付で事務連絡を行ったところであるので、各都道府県において適確な対応を願いたい。

(2) 手数料の検証、見直し等について

情報公表制度の初年度においては、手数料の水準の妥当性等について介護事業者からの疑義、意見等が多く寄せられたところである。このため、制度施行2年度目を迎えるに当たり、可能な限り調査事務等の実態を把握し、手数料の水準の妥当性等について検証し、対外的にも理解が得られる手数料となるような必要な条例の見直し等の

取り組みについて、平成18年11月10日の第2回全国「介護サービス情報の公表」制度担当者会議、平成19年1月15日の全国厚生労働関係部局長会議、平成19年1月29日付事務連絡等により連絡してきたところであるが、重ねて各都道府県における適確な対応を願いたい。

(3) 手数料に係る消費税の取扱いについて

情報公表制度における手数料に係る消費税については、制度施行後の平成18年5月17日付け事務連絡において、国税庁と協議の上、調査事務手数料は非課税であり、情報公表事務手数料は課税との取扱いとなることを連絡したところであるが、その後、改めて国税庁と協議した結果、いずれの手数料についても課税されない（消費税不課税）こととされ、制度施行当初の平成18年4月1日からの適用となったところであるので、各都道府県の実情に応じた適確な対応を願いたい。

3 制度の普及啓発について

情報公表制度については、情報の公表主体である介護事業者、情報の活用主体である利用者の理解が不可欠であることを踏まえ、制度の普及啓発を積極的に行うことが極めて重要である。

国においては、初年度の情報公表対象の9サービスの公表情報が全国的に概ね閲覧可能となる平成19年3月に、政府公報のテレビ番組を企画している。

また、支援センターにおいては、昨年来、パンフレット、チラシ等の作成支援や全国3か所でのシンポジウムの開催等の普及啓発を行ってきたところであるが、今般、公表情報に係る一般のアクセスの利便性の向上のため、各都道府県の協力を得ながら、支援センターのホームページを通じた各都道府県の情報公表システムへのリンクのためのサイトを構築しているところである。

各都道府県においては、引き続き、介護事業者に対して、制度の趣旨・目的、報告する介護サービス情報の内容、調査事務の性格・方法等についての普及啓発の積極的かつ丁寧な実施に尽力願いたい。また、公表情報は、利用者に活用されることが何より重要

であるので、市町村（保険者）等関係機関との連携のもとに、要介護者のいる世帯等への普及啓発にも積極的に取り組まれない。

4 外部評価制度との関係について

小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護については、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（指定基準）等の規定に基づいて、年に1回は外部評価を受けることとされているが、情報公表制度も平成21年度から適用とする予定である。

このため、平成21年度までに、利用者の選択に資する情報であって、客観的な事実情報の調査及び公表が可能な項目については、情報公表制度において公表することとし、外部評価制度の項目は、介護サービスの具体的な内容の評価に関わる項目とするなど、両制度の関係を調整していくこととしている。

5 「介護サービス適正実施指導事業（モデル調査事業）」について

平成19年度の本事業については、最大18種類の介護サービスを対象として実施する予定である。また、各都道府県においては、当該介護サービスの中からそれぞれ5サービス程度（協力介護事業所の総数15か所程度）を分担して担当していただくことを予定している。本事業は、各介護サービスに係る介護サービス情報（案）等の検証を行うとともに、協力介護事業所等を通じた制度施行前の普及啓発にも資する事業であるので、各都道府県において積極的に実施願いたい。

17. 事業者の指定更新制度の概要等について

1. 指定の更新に係わる事務手続き等について

- (1) 管下の事業者等に対し、指定の有効期間の満了に伴い指定の更新申請の事務手続きが必要となることを注意喚起されたい。

特に指定の更新制度を含めた事後規制については、指定及び更新の欠格事由、欠格事由の対象となる役員等の範囲、欠格事由が適用される介護サービスの指定の類型、指定の有効期間等の具体的な内容等については、理解が進んでいない状況が一部見受けられる。このため、別添のとおり、事業者団体向けに事後規制に係るリーフレットを作成したのでこれを活用いただき、さらなる周知をお願いしたい。

- (2) 事務処理に当たっては、平成20年3月末で事業者の指定の有効期間が満了することに伴い、同年4月までに更新を受ける事業者が多く、都道府県等における事務量が一時的に膨大となるため、平成19年度中の早い時期から対応が必要となることから、円滑な事務処理のため下記の点に留意しつつ、適切に対応されたい。

①指定の更新に必要な添付書類の一部省略について

既に指定申請の際に提出している書類と内容に変更がない場合は、都道府県等の判断により書類の提出を一部省略することができる扱いであること。

②指定の更新申請時における確認について

指定の更新は、指定事業者の基準の遵守状況を定期的に確認するものであるため、更新時においては指定申請の受け付けた際と同様に立入検査を行うことが原則であるが、更新時まで立入検査等で状況を把握している

場合等についてはこの限りではないので、各サービス及び事業者等の個別の事例に応じて適切に対応すること。

2. 指定の更新の欠格事由に係わる情報の把握について

- (1) 事業者等の指定の更新の欠格事由の対象者については、事業者のみならず、役員等も対象となり、事業者の指定取消を含めた指定の更新の欠格事由に係わる情報を把握することは、円滑な指定の更新の事務手続きを行う上で重要である。このため、昨年3月の全国介護保険担当課長ブロック会議でお示しした「介護保険事業者及び介護支援専門員管理システム」を活用いただくとともに、指定の取消処分を受けた事業者情報については、速やかに本システムに登録願いたい。

なお、本システムへの登録が個別の事情により未登録となっている自治体においては、当分の間、介護保険法に基づき指定の取消処分の公示を行った場合に、他の都道府県に周知するため、速やかに当該公示内容を振興課基準第一・二係に対してご報告願いたい。さらに、情報提供された公示内容については、当方から各都道府県を通じ、管下市町村に対して情報提供することとしているのでよろしく願います。

- (2) 事業者情報を把握するに当たっては、「介護保険事業者及び介護支援専門員管理システム」の活用しつつ、管下の市町村との連携を図る必要があり、下記の点について特に留意願いたい。

- ・ 管下の市町村と連携して地域密着型サービス等に係わる事業者の情報を随時収集して情報の共有化を図っていただきたい。
- ・ 管下の市町村の地域密着型サービスに係わる事業所情報も含め、事業者の指定の取消処分を行った場合には、速やかに本システムに登録願いた

い。

- ・ 他の都道府県からの指定の取消処分に係る情報について、本システムを通じて入手した場合には、管下の市町村にも速やかに周知願いたい。

介護保険法上の 事後規制について

- 介護サービスの質を確保するため、平成18年4月から介護保険法上の介護サービス事業に係わる事後規制のルールを改正しました。
- ルールに違反した場合、介護保険上のサービスを継続できなくなります。
- 今回、その概要をとりまとめましたので、国民の信頼の向上を図るという観点からも、内容を十分に理解いただき適切に対応していただきますようお願いします。

(厚生労働省老健局振興課)

1 事後規制の導入の背景

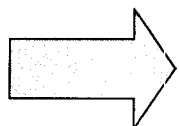
従前より「介護サービスの質を確保するため、事後規制の
ルールの整備が必要」という観点から以下のような指摘を
受けていました。

指摘1 「指定拒否の要件が不十分」

過去に不祥事を起こした事業者で再発が見込まれる場合であって
も、指定拒否が法律に明文化されておらず、指定権者である都道
府県が指定を拒否することができない。

(例示)

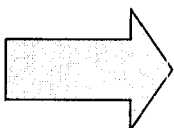
- ① A県で指定を取り消された事業者がB県で指定申請をしてきた場合
- ② 過去に指定を取り消された事業者が別法人で指定申請をしてきた場合



指定等の要件の見直し

指摘2 「指定の効力に期限がない」

一旦、指定を受けたら、指定の効力に期限がないので、介護サ
ービスの質を確保するために事業者が基準を遵守しているかを定期
的に確認するような仕組みがない。



指定の更新制の導入

対策1

指定等の要件の見直し (指定の欠格事由、取消事由の追加)

指定の欠格事由に該当した場合、指定を受けることはできません。また、取消事由に該当した場合、既に受けている指定を取り消されることがあります。

特に、事業者のみならず法人役員等についても下記の要件に該当する場合は同様の取り扱いになります。

例えば、新たに介護サービスの事業所を開設しようとする法人の役員の中に過去5年以内に指定の取消の処分を受けた事業者の役員がいれば、指定の欠格事由に該当し、指定を受けることができなくなります。

① 対象者を追加

・申請者（事業者）

追加

・申請者（事業者）

・法人役員
・管理者 等

② 要件を追加

・人員基準欠如

・設備、運営基準違反

追加

・人員基準欠如

・設備、運営基準違反

・禁錮以上の刑を受けて、その執行を終わるまでの者であるとき
・介護保険法その他保健医療福祉に関する法律により罰金刑を受けて、その執行を終わるまでの者であるとき
・指定取消から5年を経過しない者であるとき
・5年以内に介護保険サービスに関し、不当又は著しく不正な行為をした者であるとき

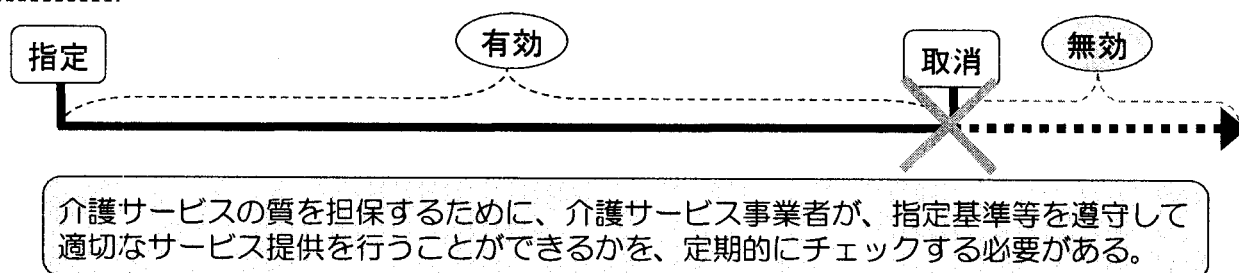
等

対策2

指定の更新制の導入

- ・ 指定の効力に有効期間（6年）が設けられました。
- ・ 基準に従って適切な事業の運営がされない場合や、過去に同一のサービスで指定の取消処分を受けた場合には、指定の更新が受けられないことがあります。
- ・ 更新の欠格事由は、指定の欠格事由と同様です。

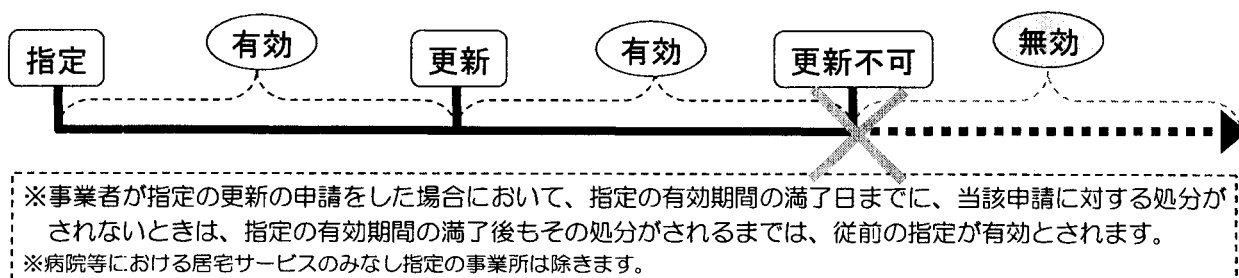
改正前 一度、指定を受けたら、指定取消されるまで指定は有効



改正後

指定の更新制の導入

一定期間（6年）毎に、指定の更新を受けなければ、指定の効力を失います



特に留意していただきたい点は、事業者（申請者）のみならず法人役員等についても指定の更新の欠格事由に該当する場合は指定の更新が受けられなくなる点です。

例えば、指定居宅サービス事業所を経営する法人の役員の中に過去5年以内に指定の取消の処分を受けた事業者の役員がいる場合、指定の更新の欠格事由に該当し、指定の更新を受けられず、介護保険上の指定居宅サービス事業の存続ができなくなります。

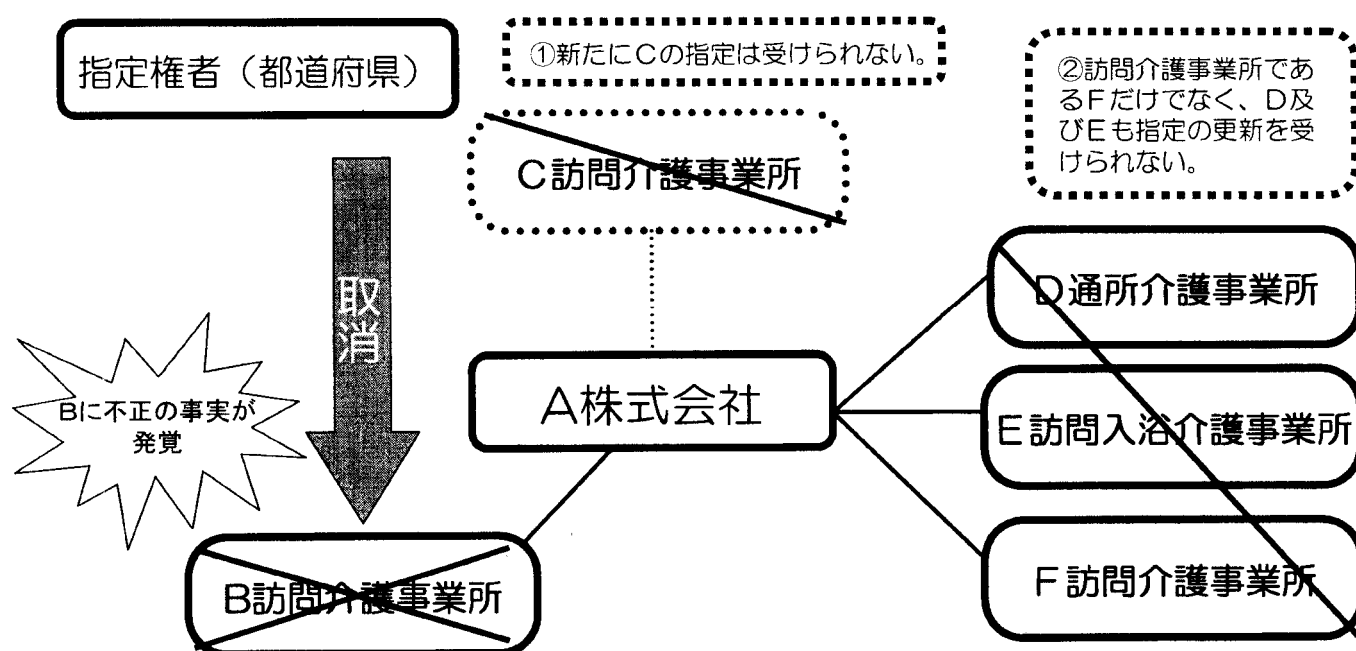
2 事後規制が適用される代表例について

- ① 介護サービス事業所を経営する法人が指定の取消処分を受けた場合、指定の欠格事由に該当するので、当該法人は、新たに指定を受けることができません。
- ② 上記の法人が複数の介護サービス事業所を経営する場合、指定の更新の欠格事由にも該当するので、傘下の介護サービス事業所が連座して指定の更新を受けることができません。
- ※ ①、②の際に適用される指定等の欠格事由は、原則として、同じ指定の類型（次ページ参照）の事業者が対象となります。

（具体例）

A株式会社が経営するB訪問介護事業所に不正の事実が発覚し、立入検査の結果、指定の取消処分を受けた場合、A株式会社は「指定取消から5年を経過しない者であるとき」という指定の欠格事由に該当するため、A株式会社は新たにC訪問介護事業所の指定を受けることができない。また、同様に、「指定取消から5年を経過しない者であるとき」という指定の更新の欠格事由にも該当するため、A株式会社が経営する同一の指定の類型であるD通所介護事業所、E訪問入浴介護事業所及びF訪問介護事業所もB訪問介護事業所の指定の取消処分から5年以内に指定の有効期間の満了を迎える場合、指定の更新を受けられず、事業の継続ができなくなる。

（イメージ図）



3 介護サービスの指定の類型について

下記の介護サービスの指定・許可の類型（◎印）ごとに指定・更新・取消等の規定が適用されます。

◎指定居宅サービス

【訪問サービス】

- 訪問介護 ○訪問入浴介護
- 訪問看護 ○訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導

【通所サービス】

- 通所介護 ○通所リハビリテーション

【短期入所サービス等】

- 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
- 福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売

◎指定介護予防サービス

【訪問サービス】

- 介護予防訪問介護 ○介護予防訪問入浴介護
- 介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防居宅療養管理指導

【通所サービス】

- 介護予防通所介護 ○介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス等】

- 介護予防短期入所生活介護
- 介護予防短期入所療養介護
- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 介護予防福祉用具貸与
- 介護予防特定福祉用具販売

◎指定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
- 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
- 地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護

◎指定地域密着型介護予防サービス

- 介護予防認知症対応型通所介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護

◎指定居宅介護支援

◎指定介護予防支援

◎指定介護老人福祉施設

◎介護老人保健施設

◎指定介護療養型医療施設

(参考)

介護保険上の事後規制についてのQ&A

1. 指定等の際に審査される事項・・・・・・・・・・	1
2. 役員等の範囲について・・・・・・・・・・	2
3. 欠格事由に該当する役員等がいる場合・・・・・・・・	3
4. 欠格事由である犯罪履歴について・・・・・・・・	4
5. 欠格事由である不正又は著しく不当な行為について・・・・・・・・	5
6. 指定の取消処分による指定の更新への影響①・・・・・・・・	6
7. 指定の取消処分による指定の更新への影響②・・・・・・・・	8
8. 指定の取消処分による指定の更新への影響③→社会福祉法人の場合・・・・・・・・	10
9. 指定の取消処分による指定の更新への影響④→医療法人の場合・・・・・・・・	12
10. 指定の取消処分による指定の更新への影響⑤→地域密着型サービスの場合・・	14
11. みなし指定の事業者の効力について・・・・・・・・	18
12. 指定・更新の欠格事由に該当する行政処分について・・・・・・・・	18

介護保険法上の事後規制についてのQ&A

1（指定等の際に審査される事項）

指定や更新の申請に際し、指定や更新が受けられない事由が追加されたそうですが、どのような点が追加されたのでしょうか。

（答）

従前は、事業者が事業の指定の基準を満たし、適正な事業運営が可能かどうかを審査しておりましたが、介護サービスの質を確保するという観点から不正の再発の防止のため、指定等の要件の見直しを行いました。具体的には、指定等の欠格事由の対象者に法人役員等を追加し、また、下記の要件を追加しました。

- ・ 禁錮以上の刑を受けて、その執行を終わるまでの者
- ・ 介護保険法その他保健医療福祉に関する法律により罰金刑を受けて、その執行を終わるまでの者
- ・ 指定取消から5年を経過しない者
- ・ 指定取消処分のお知らせ日から処分の日等までの間に事業廃止の届出を行い、その届出日から5年を経過しない者
- ・ 5年以内に介護保険サービスに関し、不当又は著しく不正な行為をした者

指定や更新の際に、これらに該当する者がいる場合は、新たな指定は受けられず、また、更新がされないため、指定の有効期間の満了とともに介護保険上の介護サービス事業を存続できなくなります。

2（役員等の範囲について）

事業者だけでなく、役員等が指定・更新の欠格事由に該当する場合にも指定・更新を受けられないとのことですが、「役員等」の具体的な範囲はどこまででしょうか。例えば、訪問介護事業所における管理者及びサービス提供責任者は「役員等」に含まれるのでしょうか。

（答）

介護サービス事業者の指定等における欠格事由・取消事由（指定取消から5年を経過しない者であるとき等）にある「役員等」の範囲については、次のとおりです。

「役員等」の範囲

① 法人でない病院等の場合は、医療法及び薬事法で規定されている管理者

② 法人である場合は、

A. 役員

イ 業務を執行する社員・取締役・執行役又はこれらに準ずる者

※「これらに準ずる者」とは具体的には

- ・ 合名会社、合資会社、合同会社では会社法で規定される社員
- ・ 株式会社では会社法で規定される取締役等
- ・ 社会福祉法人→ 社会福祉法で規定される役員
- ・ 医療法人→ 医療法に規定される役員 など

ロ 相談役、顧問等の名称を有するかどうかは問わず、イに掲げる者と同等以上の支配力を法人に対し有するものと認められる者

※相談役、顧問等といった実質上法人の経営に支配力を有する者が想定されますが、法人の経営に対しどの程度支配力を有しているかは、都道府県等において個別の事例に応じて適切に判断することになります。

B. その事業所を管理する者その他の政令で定める使用人

- ・ 事業所の管理者（基準省令等で規定される管理者と同じ）

従って、訪問介護事業所の管理者は、「役員等」の範囲に含まれますが、原則として、サービス提供責任者は含まれません。

3（欠格事由に該当する役員等がいる場合）

法人役員の1人が指定等の欠格事由に該当しても、法人として欠格事由に該当しなければ、指定や更新を受けられるのでしょうか。

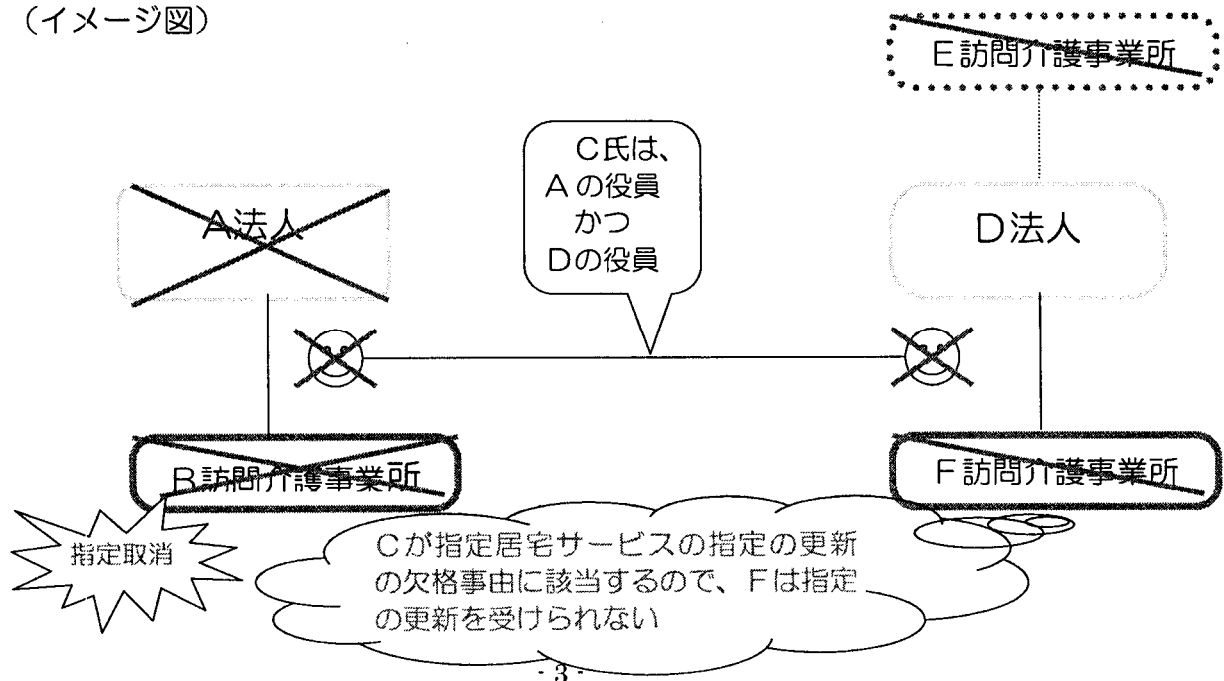
例えば、指定の取消処分を受けたB訪問介護事業所を経営していたA法人の役員であったC氏が、D法人の役員でもある場合、D法人は新たにE訪問介護事業所の指定を受けられるのでしょうか。また、D法人が経営しているF訪問介護事業所は指定の更新を受けられるのでしょうか。

（答）

B訪問介護事業所が指定の取消処分を受けた場合、A法人だけでなく、その役員であるC氏も指定の欠格事由である「指定取消から5年を経過しない役員等」に該当します。そのため、C氏が別のD法人の役員でもある場合、D法人は新たにE訪問介護事業所の指定を受けることはできません。

また、D法人の傘下であるF訪問介護事業所においても、例え不正の事実がなくても、B訪問介護事業所の指定の取消処分から5年以内に指定の有効期間の満了を迎える場合、同様にC氏が「指定取消から5年を経過しない役員等」という指定の更新の欠格事由に該当し、指定の更新を受けられませんので、指定の効力を失うこととなります。

（イメージ図）



4（欠格事由である犯罪履歴について）

指定・更新の欠格事由である「介護保険法その他保健医療福祉に関する法律により罰金刑を受けて、その執行を終わるまでの者」における「その他保健医療福祉に関する法律」とは、何を指すのでしょうか。

例えば、訪問介護事業所を経営する会社の役員が交通違反で罰金処分を受けた場合は、当該訪問介護事業所は指定の更新を受けられるのでしょうか？

（答）

下記の24の法律を指します。したがって、交通違反による罰金処分は、指定の更新の欠格事由となりません。なお、禁錮以上の刑については、法律の種類を問わず、欠格事由となります。

健康保険法・児童福祉法・栄養士法・医師法・歯科医師法・保健師助産師看護師法・歯科衛生士法・医療法・身体障害者福祉法・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律・社会福祉法・知的障害者福祉法・薬事法・薬剤師法・老人福祉法・理学療法士及び作業療法士法・老人保健法・社会福祉士及び介護福祉士法・義肢装具士法・精神保健福祉士法・言語聴覚士法・発達障害者支援法・障害者自立支援法・高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律

5（欠格事由である不正又は著しく不当な行為について）

指定の更新の欠格事由である「不正又は著しく不当な行為」とは具体的にどのようなケースが相当するのでしょうか。

指定の更新申請の際に都道府県等の指定権者が「不正又は著しく不当な行為をした」とであると判断した場合には指定の更新を受けられないのでしょうか。

（平成18年2月ブロック会議Q&A「問14」P944同旨）

（平成18年8月全国介護保険指導監査担当課長会議資料P95の7同旨）

（答）

指定の取消処分を受けていなくても、指定の更新に際し、「不正又は著しく不当な行為をした」と判断される場合には、指定の更新の欠格事由に該当するため、指定の更新を受けられません。これは都道府県等の指定権者において個別の事例に応じて適切に判断されることですが、具体例としては、改善命令に従わずに複数回に渡り指導等を受けているような場合などが該当すると考えられます。

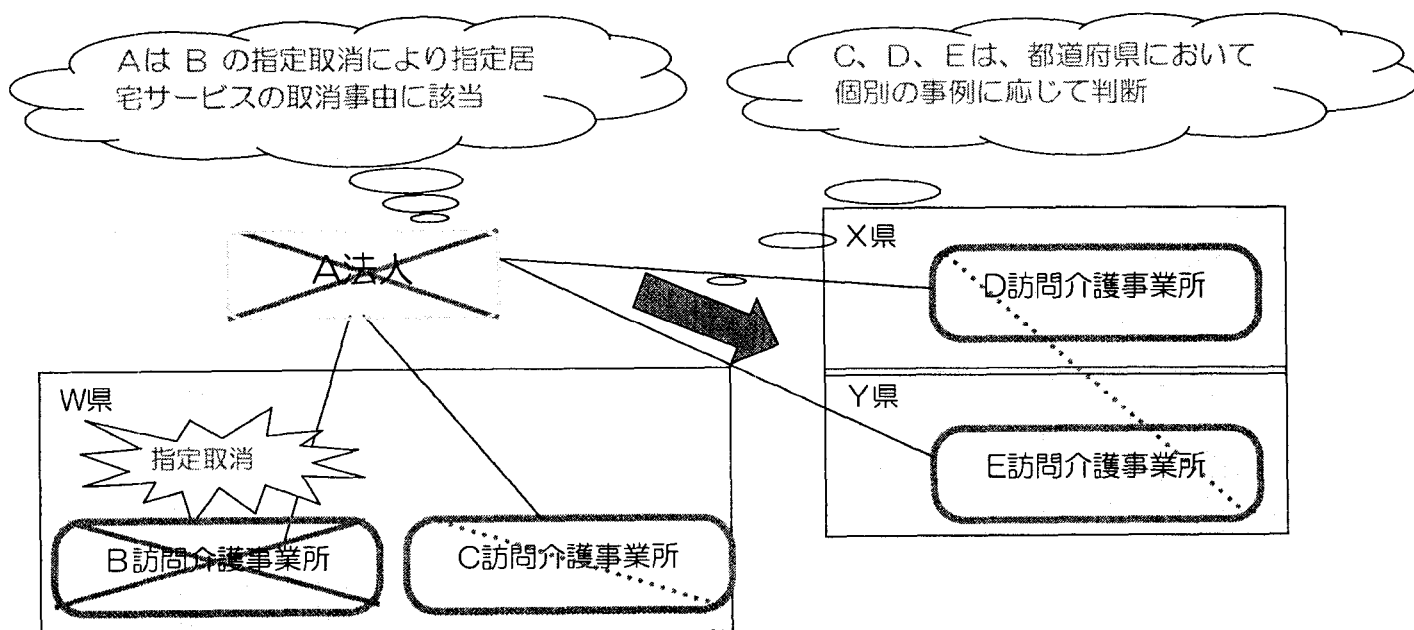
6（指定の取消処分による指定の更新への影響①）

複数の居宅サービス事業所を複数の県においてA法人が経営する場合において、
（１）例えば、B訪問介護事業所において不正の事実が発覚し、立入検査を受け
指定の取消処分を受けた場合、A法人が経営する同じ県のC訪問介護事業所及
び他県のD、E訪問介護事業所についても立入検査を受け、指定の取消の処分
を受けるのでしょうか。

（答）

B訪問介護事業所が指定の取消処分を受けると、A法人は「指定取消から5年を経過しない法人」という指定の取消事由に該当します。しかし、C訪問介護事業所を始めとした他の訪問介護事業所に対して、必ず立入検査が実施され、指定の取消処分が行われるのではなく、指定権者である都道府県等において個別の事例に応じて適切に判断した上で、処分が決定されます。例えば、B訪問介護事業所の不正がA法人の指示であるなど法人の関与があると考えられる場合などには、C、D、E訪問介護事業所において指定の有効期間の満了を待たずに、指定の取消処分を受ける場合があります。

（イメージ図）

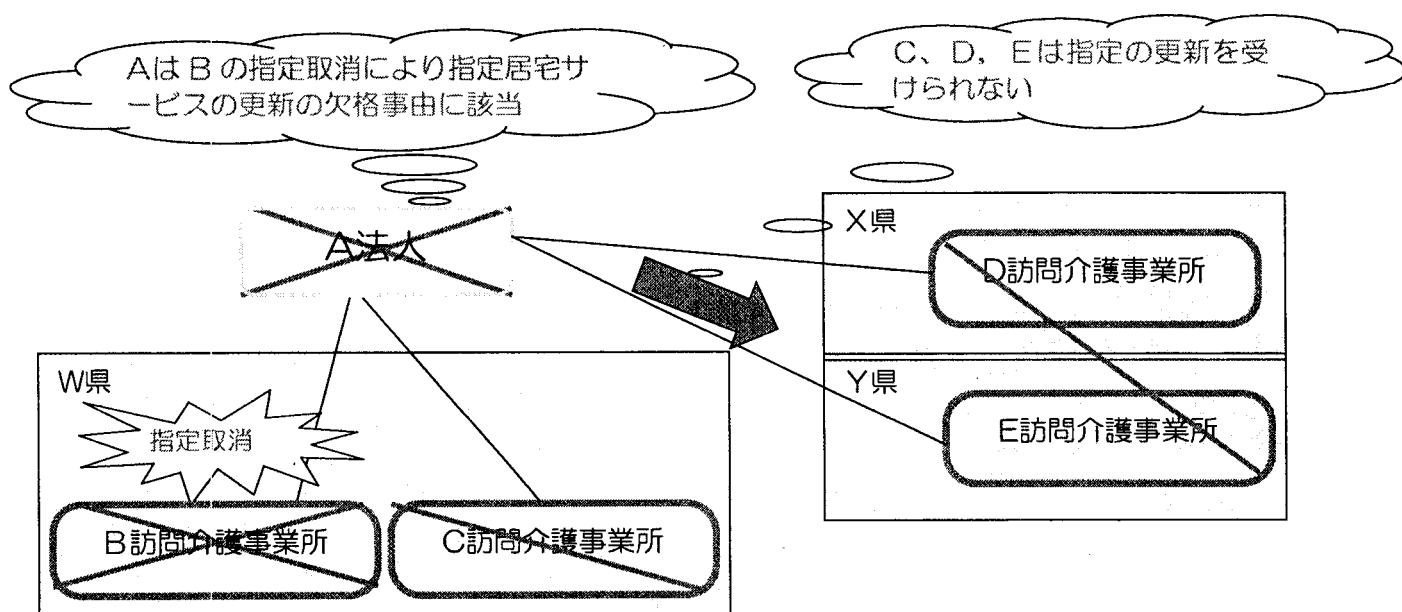


(2) 上記のケースでA法人が経営するC、D、E訪問介護事業所について、不正等の事実がなければ、C、D、E訪問介護事業所は指定の更新を受けられるのでしょうか。

(答)

A法人は、「指定取消から5年を経過しない法人」という指定の更新の欠格事由に該当し、C、D、E訪問介護事業所についても、例え不正の事実がなくても、B訪問介護事業所の指定の取消処分から5年以内に指定の有効期間の満了を迎える場合、指定の更新を受けられませんので、指定の効力を失うことになります。

(イメージ図)



7（指定の取消処分による指定の更新への影響②）

同じ建物内でA居宅介護支援事業所、B通所介護事業所及びC介護予防通所介護事業所の介護サービス事業を営んでいるD法人において、

- （１）例えば、A居宅介護支援事業所が指定の取消処分を受けた場合において、B通所介護事業所とC介護予防通所介護事業所についても立入検査を受け、指定の取消処分を受けるのでしょうか。

（答）

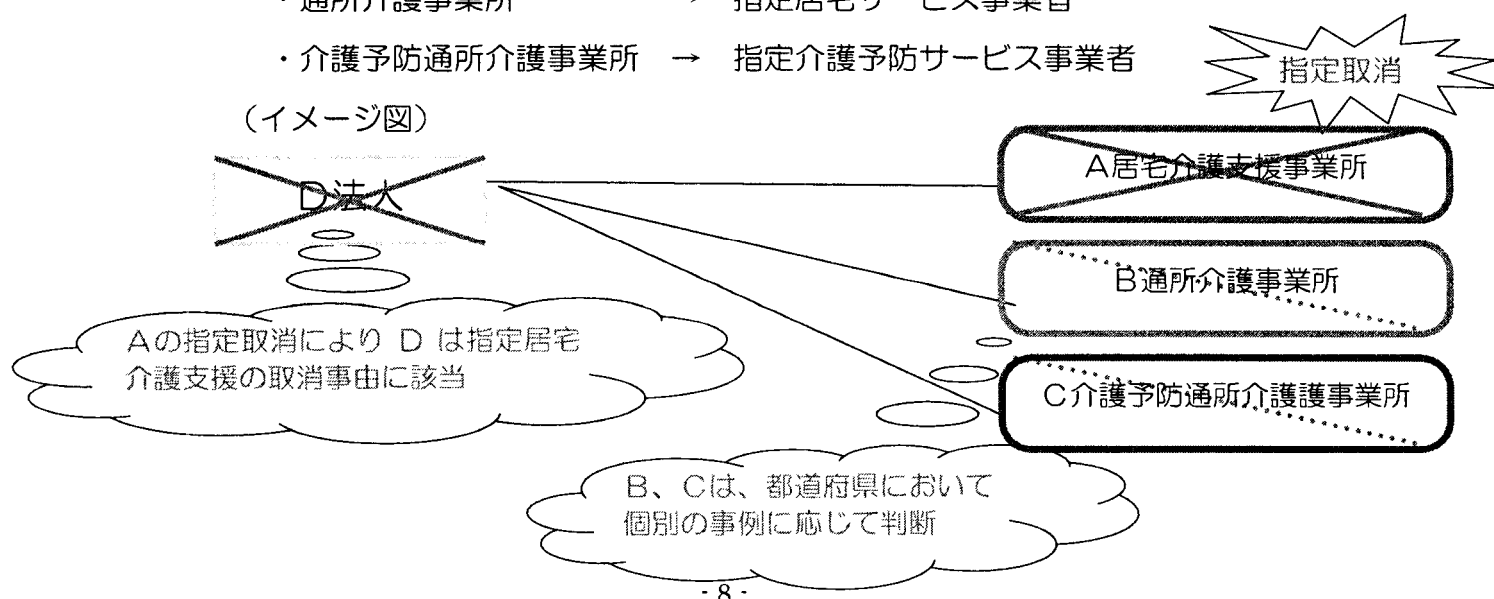
A居宅介護支援事業所が指定の取消処分を受けると、D法人は「指定取消から5年を経過しない法人」という指定の取消事由に該当しますが、B通所介護事業所及びC介護予防通所介護事業所は、居宅介護支援事業所とは、それぞれ別の指定の種類の事業であり、同じ建物で事業を実施しているからといって直ちに取消処分の対象となるわけではありません。

ただし、A居宅介護支援事業所の指定の取消の原因となった事実について、別の種類の指定であるB通所介護事業所とC介護予防通所介護事業所においても「不正又は著しい不当な行為をした」と判断しうるようなケースについては、指定の取消処分を受ける場合もあります。

※それぞれのサービスの指定の種類（詳細についてパンフレットの6頁参照）

- ・ 居宅介護支援事業所 → 指定居宅介護支援事業者
- ・ 通所介護事業所 → 指定居宅サービス事業者
- ・ 介護予防通所介護事業所 → 指定介護予防サービス事業者

（イメージ図）



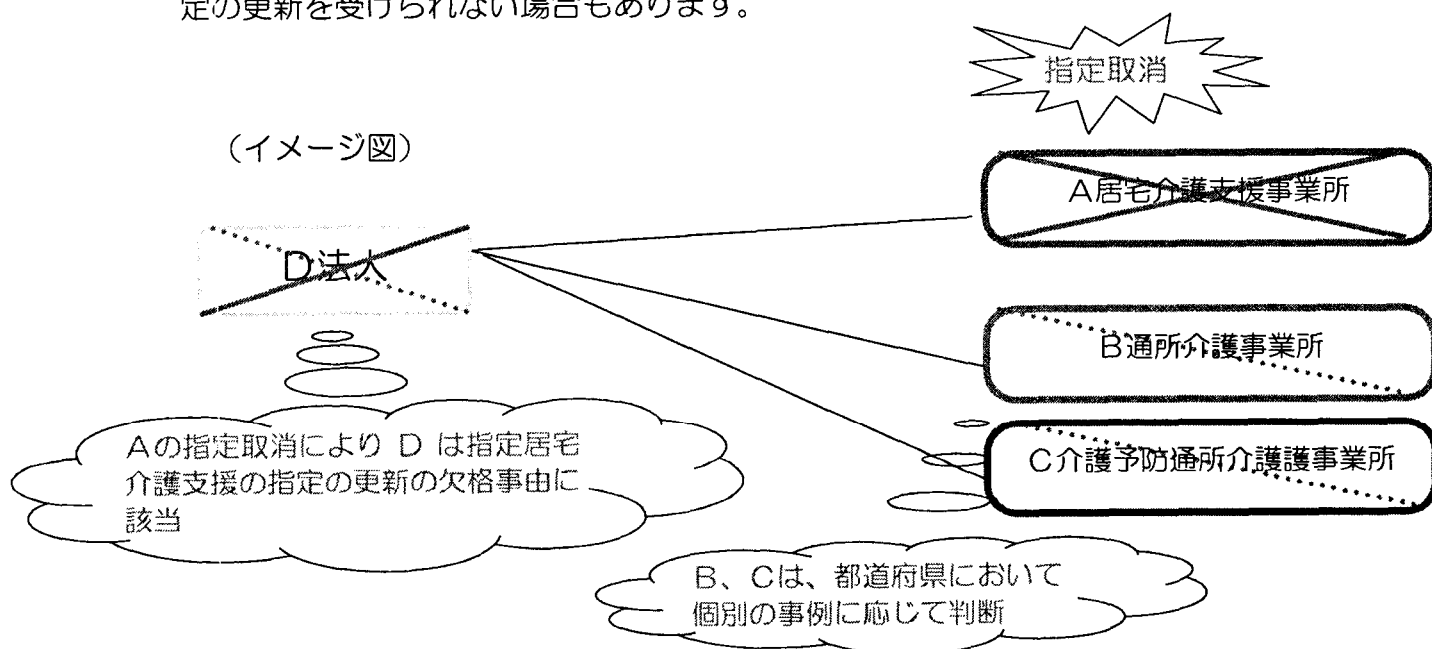
(2) 上記のケースでA居宅介護支援事業所が指定の取消処分を受けてから5年が経過しない間にB通所介護事業所とC介護予防通所介護事業所の指定の効力の有効期間が満了した場合、両事業所は指定の更新を受けられるのでしょうか。

(答)

D法人は指定の更新の欠格事由である「指定の取消から5年を経過しない法人」に該当しますが、B通所介護事業所及びC介護予防通所介護事業所は、それぞれの指定の種類の事業であり、直接的には指定の更新を受けられなくなるわけではありません。

ただし、A居宅介護支援事業所の指定の取消の原因となった事実について、別の種類の指定であるB通所介護事業所とC介護予防通所介護事業所においても「不正又は著しい不当な行為をした」と判断しうるようなケースについては、指定の更新を受けられない場合もあります。

(イメージ図)



8（指定の取消処分による指定の更新への影響③）→社会福祉法人の場合

複数の介護保険施設と居宅サービス等を経営する社会福祉法人Aにおいて、例えば、B介護老人福祉施設が指定の取消処分を受けた場合、サテライト施設であるC地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、B介護老人福祉施設に併設のD通所介護事業所、他県のE介護老人福祉施設、F介護老人保健施設については、指定・許可の更新を受けられるのでしょうか。

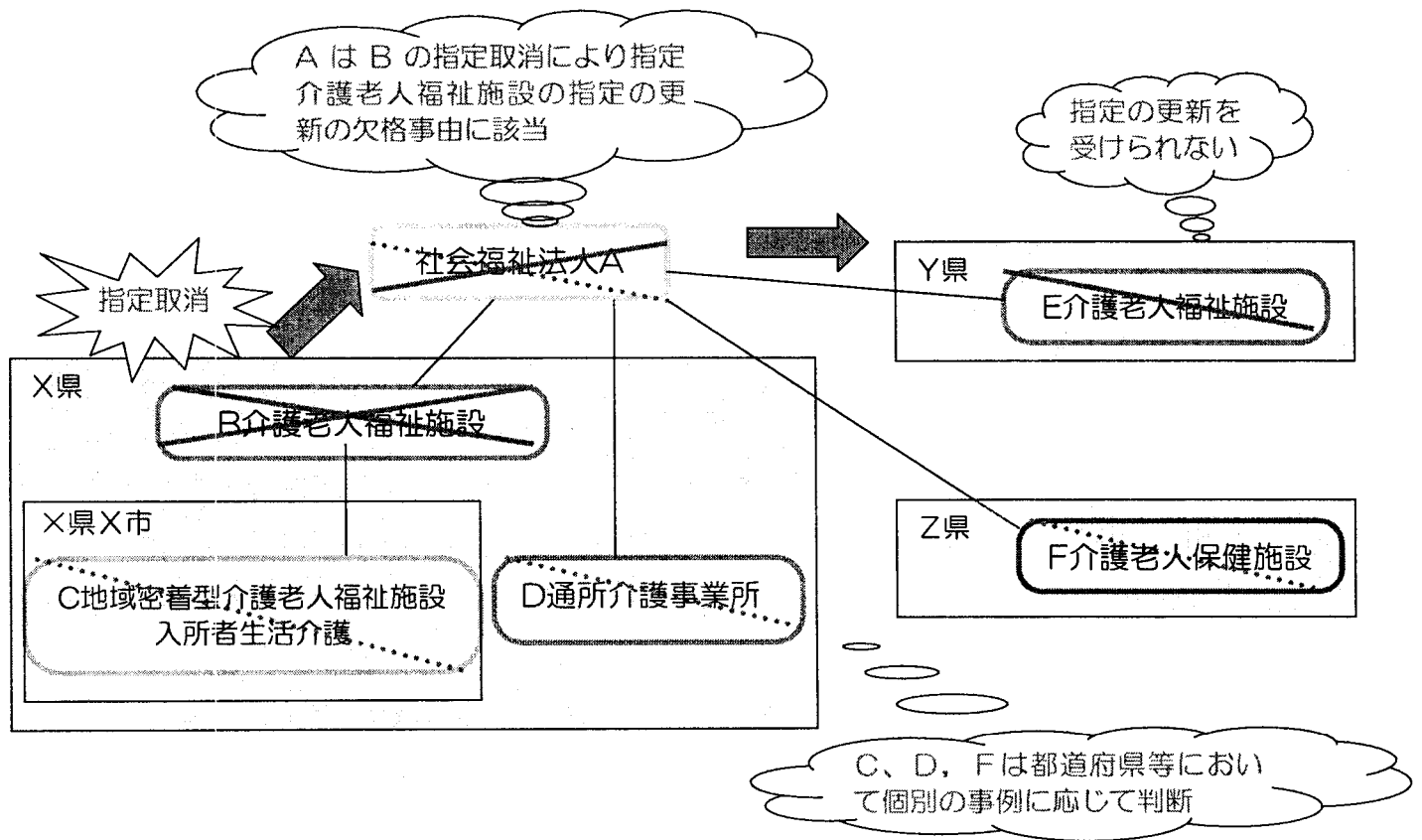
（答）

社会福祉法人Aは、B介護老人福祉施設の指定の取消処分により、「指定の取消から5年を経過しない法人」という指定の更新の欠格事由に該当するため、社会福祉法人Aが経営する他県のE介護老人福祉施設についても、例えば不正の事実がなくても、5年以内に指定の有効期間の満了を迎える場合、同じ規定により、指定の更新を受けられず、指定の効力を失うことになります。

B介護老人福祉施設のサテライト施設であるC地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、B介護老人福祉施設に併設のD通所介護事業所、及び他県にあるF介護老人保健施設については、介護老人福祉施設とは別の指定の類型であるため、直接的には指定・許可の更新を受けられなくなるわけではありません。

ただし、前問と同様にB介護老人福祉施設の指定の取消の原因となった事実について、別の類型である介護サービス事業においても「不正又は著しい不当な行為をした」と判断しうるようなケースについては、指定・許可の更新を受けられない場合もあります。

(イメージ図)



9（指定の取消処分による指定の更新への影響④）→医療法人の場合

D介護療養型医療施設、E介護老人保健施設、及びF通所リハビリテーション事業所（Eのみなし指定を受けた事業所）を営んでいる医療法人Aの理事であるB氏が別に診療所を開業し、C介護療養型医療施設を営んでいる場合に、C介護療養型医療施設に不正が発覚し、立入検査を受けた結果、指定の取消処分を受けた場合には、医療法人Aが営むD介護療養型医療施設、E介護老人保健施設、F通所リハビリテーション事業所は、指定・許可の更新を受けられるのでしょうか。

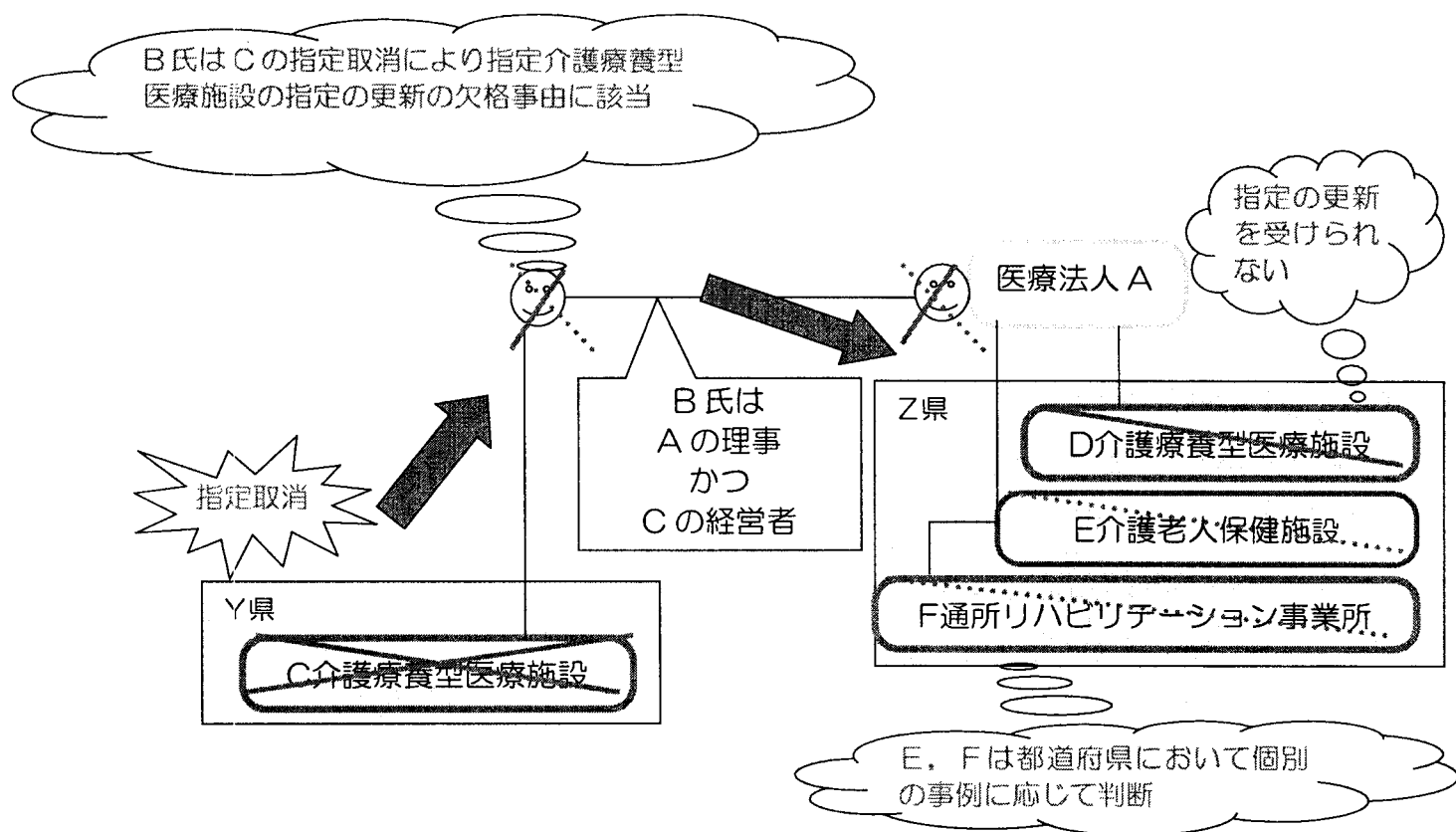
（答）

医療法人Aの理事であるB氏は、指定の更新の欠格事由である「指定の取消を受けてから5年間を経過しない役員等」に該当するので、医療法人Aは同じ指定の類型であるD介護療養型医療施設に関しては、例え不正の事実がなくても、5年以内に指定の有効期間の満了を迎える場合、同じ規定により、指定の更新を受けられず、指定の効力を失うことになります。

E介護老人保健施設とF通所リハビリテーション事業所については、問7と同様に別の指定・許可の類型であるので、直接的には指定・許可の更新を受けられなくなるわけではありません。

ただし、問7と同様にC介護療養型医療施設の指定の取消の原因となった事実について、別の類型である介護サービス事業においても「不正又は著しい不当な行為をした」と判断しうるようなケースについては、指定・許可の更新を受けられない場合もあります

(イメージ図)



10（指定の取消処分による指定の更新への影響⑤）→地域密着型サービスの場合

複数の市町村で地域密着型サービス事業所を経営するE法人においてX県x市のA認知症対応型共同生活介護事業所が指定の取消処分を受けた場合、同市のB認知症対応型共同生活介護事業所、Y県y市のC小規模多機能型居宅介護事業所については、同じ指定の類型であるために指定の更新は受けられなくなるのでしょうか。

（答）

地域密着型サービスについては、指定の取消の原因となった事実によって、地域密着型サービスの事業所の指定の更新を受けられない場合と、市町村長の判断により指定の更新を受けられる場合があります。（下表参考）

従って、B 認知症対応型共同生活介護事業所及び C 小規模多機能型居宅介護事業所については、A 認知症対応型共同生活介護事業所が取消の原因となった事由によってその取扱いが変わります。（後述の（１）、（２）のケースを参照）

指定の更新を受けられない場合の取消事由	市町村長の判断により指定の更新を受けられる場合の取消事由
① 事業者が、介護保険法その他国民の保健医療又は福祉に関する法律により罰金刑を受けて、その執行を終わるまでの者に該当するに至ったとき。 ② 事業者が、要介護者の人格を尊重するとともに、介護保険法又はこれに基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならないとの規定に違反したと認められるとき ③ 地域密着型介護サービス費の請求に関し不正があったとき。 ④ 事業者が、市町村から、報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、	① 事業者の役員等が次のいずれかに該当するに至ったとき。 ア 法第78条の9第2号から第5号までの規定により指定を取り消された法人において、当該取消の処分に係る聴聞の通知があった日前60日以内にその役員等であった者で当該取消の日から5年を経過しないもの イ アの期間内に事業の廃止の届出等をした法人において、アの通知の日前60日以内にその役員等であった者で当該届出等の日から5年を経過しないもの ② 事業者が、指定を行うに当たって付された

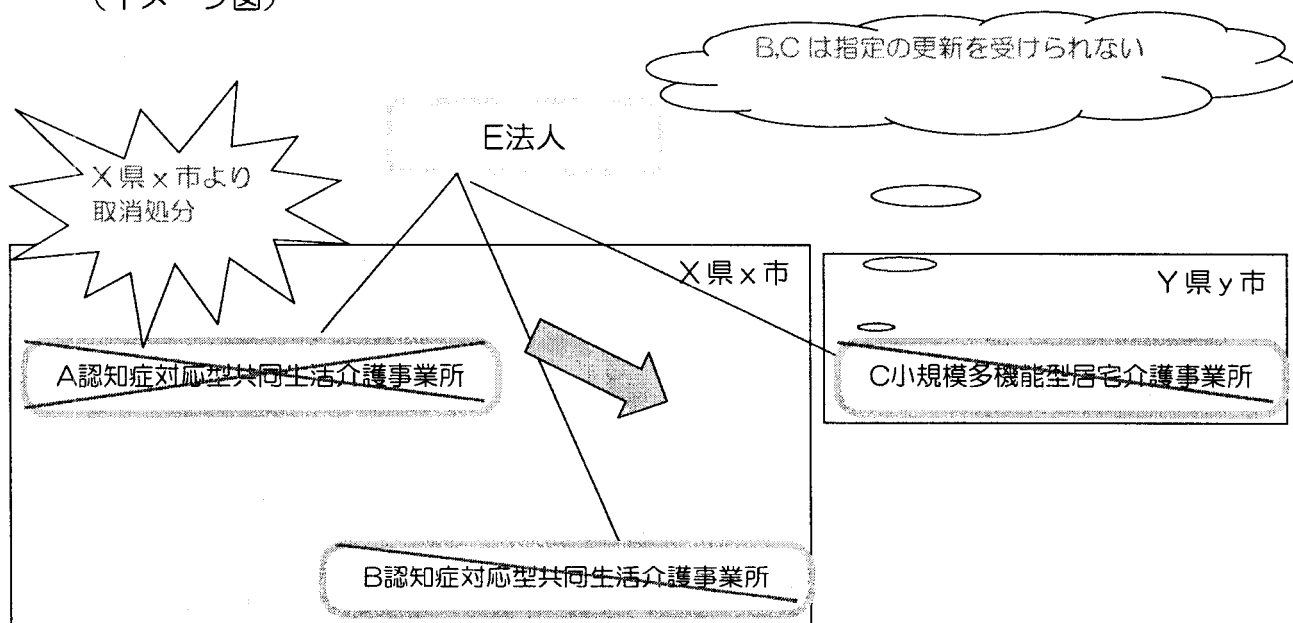
又は虚偽の報告をしたとき。 ⑤ 事業者又は事業所の従業者が、市町村から、出頭を求められてこれに応じず、質問に対して回答せず、虚偽の回答等をしたとき。 ⑥ 事業者が、不正の手段により指定を受けたとき。 ⑦ 事業者が、居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をしたとき。 など ※ 介護保険法第78条の2第4項参照	条件に違反したと認められるとき。 ③ 事業者が、事業所の従業者の知識若しくは技能又は人員について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」等を満たすことができなくなったとき。 ④ 事業者が、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」等に従って適正な指定地域密着型サービスの事業の運営をすることができなくなったとき。 ※ 介護保険法第78条の2第5項参照
--	---

(1) 上記のケースで例えば、A 認知症対応型共同生活介護事業所が不正な介護報酬の請求をして指定の取消処分を受けた場合に、B 認知症対応型共同生活介護事業所及び C 小規模多機能型居宅介護事業所は、指定の更新を受けられるでしょうか。

(答)

A 認知症対応型共同生活介護事業所が不正な介護報酬の請求をして指定の取消処分を受けたことは、指定の更新を受けられない場合の取消事由に該当するので、B 認知症対応型共同生活介護事業所及び C 小規模多機能型居宅介護事業所については、例え不正の事実がなくても、A 認知症対応型共同生活介護事業所の指定の取消処分から5年以内に指定の有効期間の満了を迎える場合、指定の更新を受けられませんので、指定の効力を失うことになります。

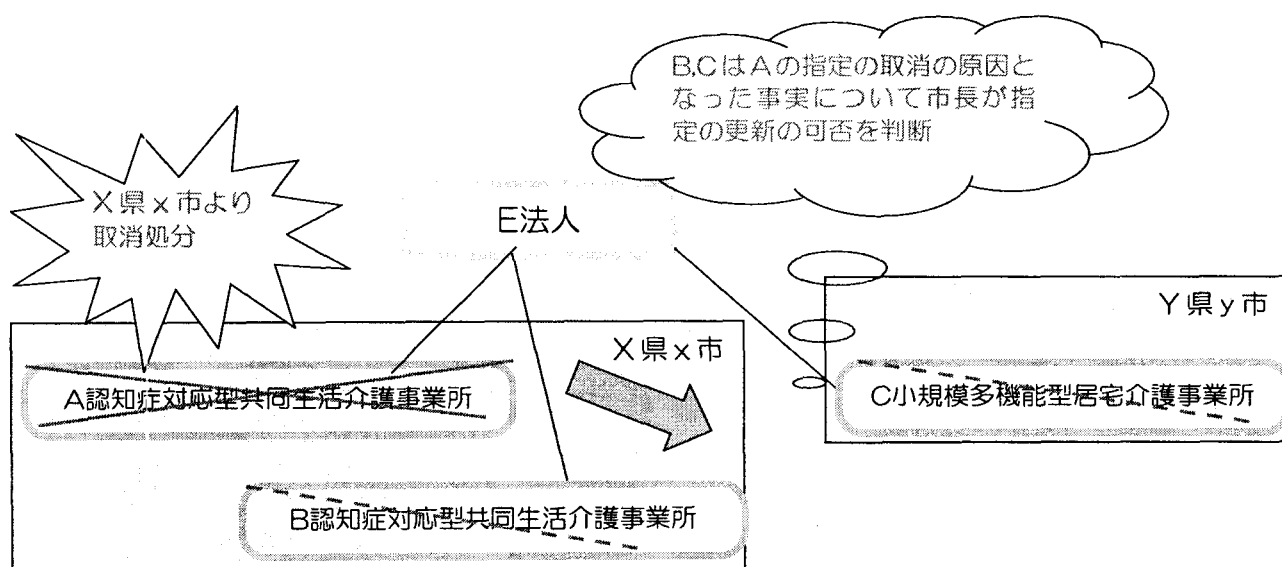
(イメージ図)



(2) 上記のケースで例えば、A 認知症対応型共同生活介護事業所が x 市から指定を受ける際に付された条件に違反して指定の取消処分を受けた場合に、B 認知症対応型共同生活介護事業所及び C 小規模多機能型居宅介護事業所は、指定の更新を受けられるでしょうか。

(答)

A 認知症対応型共同生活介護事業所が x 市から指定を受ける際に付された条件に違反して指定の取消処分を受けたことは、市町村長の判断により指定の更新が受けられる場合の取消事由に該当するので、B 認知症対応型共同生活介護事業所においては x 市が、また、C 小規模多機能型居宅介護事業所においては y 市が、個別の事例に応じて指定の更新の可否を判断することになります。



1 1（みなし指定の事業者の効力について）

介護保険法上の居宅療養管理指導のみなし指定を受けた診療所において、不正の事実が発覚し、立入検査の結果、指定の取消の処分を受けた場合、居宅療養管理指導のみなし指定の効力はどのような取り扱いになるのか教えてください。

（答）

みなし指定を受けている居宅療養管理指導が指定取消を受けた場合、当該診療所の開設者は処分を受けてから５年間、介護保険法の居宅療養管理指導のサービスを実施できません。居宅療養管理指導を再開する際には、処分から５年経過した後、改めて指定の申請を行う必要があります。

1 2（指定・更新の欠格事由に相当する行政処分について）

不正の事実が発覚し、都道府県等による立入検査の結果、指定の効力の全部又は一部停止の処分を受けた場合、指定の効力の有効期限の満了に伴い、指定の更新を受けられなくなるのでしょうか。その場合、介護サービス事業者は業務を行えなくなるのでしょうか。

（平成１８年８月全国介護保険指導監査担当課長会議資料Ｐ９４の４同旨）

（答）

指定の取消処分については、指定の欠格事由となりますが、指定の効力の全部又は一部停止の処分は欠格事由にはあたらず、直接的には指定の更新を受けられなくなるわけではありません。

ただし、都道府県等の指定権者が当該事実について「不正又は著しく不当な行為をした」と判断した場合はその限りではありません。

18. 訪問介護事業者等の労働基準関係法令遵守等について

- 訪問介護労働者に係る労働時間の把握、賃金の支払、就業規則の作成など労働基準法関係法令の遵守については、平成16年に労働基準局から「訪問介護労働者の法定労働条件の確保について」の通達が発出され、その周知徹底をお願いしてきたところである。
- しかしながら、全国労働基準監督機関において平成17年に社会福祉事業を行う2370事業場に対して監督指導を実施したところ、この内1770事業場において何らかの労働基準関係法令違反が認められ、違反率は74.7%（全産業の違反率66.3%）であった。特に労働時間、割増賃金及び就業規則等の違反が多く、依然として労働基準法令の遵守について問題がある事業者が多い状況が判明した。
- 法定労働条件を確保することは、安定的な事業運営や人材確保等の観点からも重要なことと考えており、これまでも老健局及び労働基準局が連携して、労働組合、民間の介護事業所等から賃金、労働時間など実態について聴取する等の取組を行ってきた。その結果、労働基準局から発出された「訪問介護労働者の法定労働条件の確保について」に示されている移動時間の取扱い等の個々の項目について、一部の介護事業者等に十分周知されていないことが判明したところ。
- こうした点を踏まえ今後においても更に、介護事業所・労働組合等の理解を深めるために通達を解説したパンフレットの活用による周知徹底の必要があるが、特に、移動時間の取扱いについては、移動時間を把握し賃金を支払っている介護事業者がある一方、移動時間を把握しているが当該時間については最低賃金以下の賃金を支払っている事例や移動時間を把握せずに賃金を支払っている事例等があったため、当該パンフレットの内容を充実させ、お示しすることとした。
- 併せて、各都道府県の訪問介護事業者等に対する労働基準関係法令遵守のための研修を行うなど労働基準関係法令の遵守について周知徹底を図っていくこととしている。
- なお、各都道府県で開催される市町村・事業者等に対する介護保険関係会議等において、都道府県労働局担当官から訪問介護事業者等に対する労働基準関係法令遵守のための説明を行う時間を設けること等により効率よく周知を図ることも有効であるので、積極的な取組をお願いする。なお、法令遵守に係る説明、資料提供等の協力については労働基準局から了解を得ているところである。

1. 訪問介護に係る介護報酬と労働基準法の勤務時間の関係について

訪問介護に係る介護報酬は、保険者と指定訪問介護事業者の間の関係において支払われるものであり、それには、移動時間等を含めた法定労働条件による人件費のほか、管理者や役員の報酬、光熱費や賃料など様々な事務所運営経費を始め、事業者として継続的な事業運営が適切に実施できる多様なコストを含むものとして定められている。

一方、訪問介護員等の賃金は、指定訪問介護事業所と労働者である訪問介護員等との労働契約に基づいて支払われるものであり、労働基準法等関係法令の遵守を前提として、労使の話し合いによりその賃金水準は決定される。

したがって、これらについては、基本的にその算定ルールは異なるものであり、賃金については、移動時間を含めた労働時間を基に算定されることとされているが、一方、介護報酬については、利用者宅におけるサービス提供時間を基に算定されることとされているといった違いがある。

2. 非定型的パートタイムヘルパー（いわゆる登録型ヘルパー）に関する移動時間の取扱い及びその把握等について

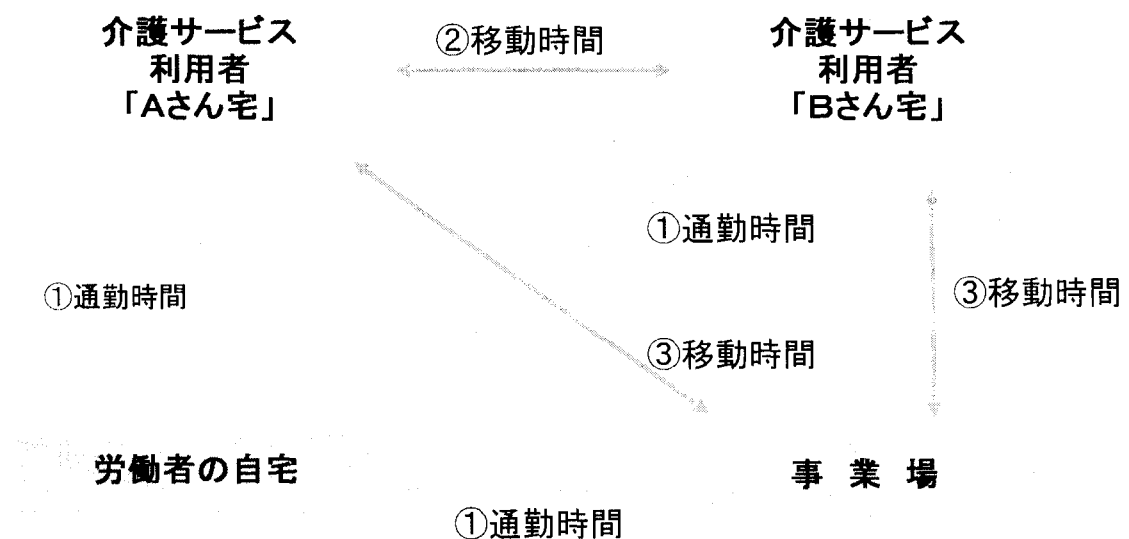
介護保険法に基づく訪問介護員等については、一般的には使用者の指揮監督下にあること等から、労働基準法第9条の労働者に該当するものとされており、労働基準法等関係法令に定められた各種法定労働条件を遵守しなければならない。この点については、平成16年8月27日付け基発第0827001号通知において、既に示されているところであるが、今般、労働基準局監督課から移動時間の具体的な取扱いも含めた「労働時間及びその把握について」（周知用パンフレットの修正案）をお示しするので、都道府県等におかれては、この内容に従った対応をお願いしたい。

◎ 労働時間及びその把握について

通達記の2の(2)

訪問介護の業務に直接従事する時間だけでなく、移動時間、業務報告書等の作成時間、待機時間及び研修時間についても、次のような場合には労働時間に該当し、使用者は適正にこれを把握する必要があります。

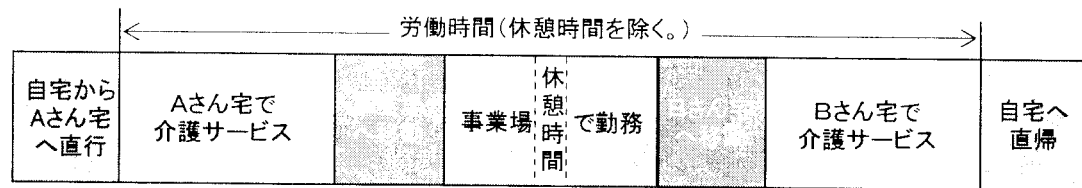
ア 移動時間



移動時間とは、事業場、集合場所、利用者宅の相互間を移動する時間をいい、この移動時間については、使用者が業務に従事するために必要な移動を命じ、当該時間の自由利用が労働者に保障されていないと認められる場合には、労働時間に該当します。なお、通勤時間(左の例では①)はここでいう移動時間に該当しません。

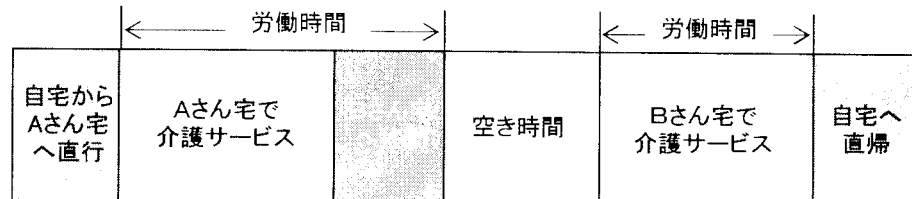
具体的には、指揮監督の実態により判断するものであり、例えば②及び③の移動時間であって、その時間が通常の移動に要する時間程度である場合には労働時間に該当するものと考えられます。

ケースA



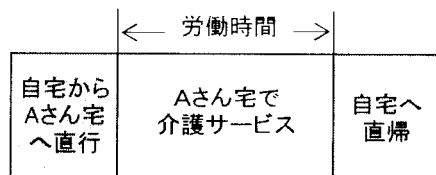
このケースでは、Aさん宅での介護サービス開始時刻から、Bさん宅での介護サービス終了時刻までの時間のうち、休憩時間を除いたものが労働時間となります。

ケースB



このケースでは、Aさん宅での介護サービス提供時間、Bさん宅への移動時間及びBさん宅での介護サービス提供時間が労働時間となります。移動時間はBさん宅への移動に要した時間であり、それ以外の「空き時間」については、その時間には労務に服する必要がなく、労働者に自由利用が保障されている限り、労働時間として取り扱う必要はありません(Aさん宅での介護サービス終了時刻からBさん宅での介護サービス開始時刻までの時間すべてを労働時間として取り扱う必要はありません。)。

ケースC



このケースでは、Aさん宅での介護サービス提供時間のみが労働時間となります。

Q1 訪問介護の業務に従事した時間に対して支払う賃金額と、移動時間に対して支払う賃金額は、異なってもよいですか。

A1 訪問介護の業務に直接従事する時間と、それ以外の業務に従事する時間の賃金水準については、最低賃金額を下回らない範囲であれば、労使の話し合いによって決定することは差し支えありません(通達記の2の(4)のイ)。

イ 業務報告書等の作成時間

業務報告書等を作成する時間については、その作成が介護保険制度や業務規定等により業務上義務づけられているものであって、使用者の指揮監督に基づき、事業場や利用者宅等において作成している場合には、労働時間に該当します。

ウ 待機時間

待機時間については、使用者が急な需要等に対応するため事業場等において待機を命じ、当該時間の自由利用が労働者に保障されていないと認められる場合には、労働時間に該当します。

エ 研修時間

研修時間については、使用者の明示的な指示に基づいて行われる場合は、労働時間に該当します。また、使用者の明示的な指示がない場合であっても、研修を受講しないことに対する就業規則上の制裁等の不利益な取扱いがあるときや、研修内容と業務との関連性が強く、それに参加しないことにより本人の業務に具体的に支障が生ずるなど実質的に使用者から出席の強制があると認められるときなどは、労働時間に該当します。

オ 労働時間の把握

使用者は、上記アからエまでの時間のうち労働時間に該当するものについては、適正にこれを把握する必要があります。把握方法については、使用者が自ら現認することや客観的な記録によることが原則ですが、それができない場合には労働者による自己申告であってもかまいません。自己申告による場合には、必要に応じ実態調査を実施するなどの措置が必要となります。

Q2 当社A事業場では、過去3ヶ月間にわたり移動時間を把握した結果、特別の事情がない限り、1回当たりの移動時間が15分を上回らないことが判明しました。そこで、A事業場においては、移動時間を15分と定め、移動1回当たり15分に相当する賃金を支払うこととし、15分を超えた場合には、超過した時間分の賃金を追加して支払うことを検討していますが、可能ですか。

A2 移動時間を含め労働時間を適切に管理することは使用者の責務であり、移動に要した時間を確認し、記録する必要があります。移動に係る賃金は、このようにして把握した労働時間に基づき算定するのが基本となります。

ご質問のように、事務処理の簡素化のため移動に係る賃金を定額制とすることは、実労働時間に基づき支払うべき賃金が定額を超える場合に超過分を支払うのであれば、労働者に不利益とはなりませんので、可能と考えられます。この場合、雇入通知書や就業規則でその旨を明示する必要があります。なお、定額制をとりいれても労働時間の把握は必要であるとともに、超過分を支払わないことは賃金の一部不払となることに留意してください。

(参考)

労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準

(平成13年4月6日付け基発第339号)

労働基準法においては、労働時間、休日、深夜業等について規定を設けていることから、使用者は、労働時間を適正に把握するなど労働時間を適切に管理する責務を有していることは明らかである。

しかしながら、現状をみると、労働時間の把握に係る自己申告制（労働者が自己の労働時間を自主的に申告することにより労働時間を把握するもの。以下同じ。）の不適正な運用に伴い、割増賃金の未払いや過重な長時間労働といった問題が生じているなど、使用者が労働時間を適切に管理していない状況もみられるところである。

こうした中で、中央労働基準審議会においても平成12年11月30日に「時間外・休日・深夜労働の割増賃金を含めた賃金を全額支払うなど労働基準法の規定に違反しないようにするため、使用者が始業、終業時刻を把握し、労働時間を管理することを同法が当然の前提としていることから、この前提を改めて明確にし、始業、終業時刻の把握に関して、事業主が講ずべき措置を明らかにした上で適切な指導を行うなど、現行法の履行を確保する観点から所要の措置を講ずることが適当である。」との建議がなされたところである。

このため、本基準において、労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置を具体的に明らかにすることにより、労働時間の適正な管理の促進を図り、もって労働基準法の遵守に資するものとする。

1 適用の範囲

本基準の対象事業場は、労働基準法のうち労働時間に係る規定の全部又は一部が適用される全ての事業場とすること。

また、本基準に基づき使用者（使用者から労働時間を管理する権限の委譲を受けた者を含む。以下同じ。）が労働時間の適正な把握を行うべき対象労働者は、いわゆる管理監督者及びみなし労働時間制が適用される労働者（事業場外労働を行う者にあつては、みなし労働時間制が適用される時間に限る。）を除くすべての者とする。

なお、本基準の適用から除外する労働者についても、健康保護を図る必要があることから、使用者において適正な労働時間管理を行う責務があること。

2 労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置

(1) 始業・終業時刻の確認及び記録

使用者は、労働時間を適正に管理するため、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、これを記録すること。

(2) 始業・終業時刻の確認及び記録の原則的な方法

使用者が始業・終業時刻を確認し、記録する方法としては、原則として次のいずれかの方法によること。

ア 使用者が、自ら現認することにより確認し、記録すること。

イ タイムカード、ICカード等の客観的な記録を基礎として確認し、記録すること。

(3) 自己申告制により始業・終業時刻の確認及び記録を行う場合の措置

上記(2)の方法によることなく、自己申告制によりこれを行わざるを得ない場合、使用者は、次の措置を講ずること。

ア 自己申告制を導入する前に、その対象となる労働者に対して、労働時間の実態を正しく記録し、適正に自己申告を行うことなどについて十分な説明を行うこと。

イ 自己申告により把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか否かについて、必要に応じて実態調査を実施すること。

ウ 労働者の労働時間の適正な申告を阻害する目的で時間外労働時間数の上限を設定するなどの措置を講じないこと。また、時間外労働時間の削減のための社内通達や時間外労働手当の定額払等労働時間に係る事業場の措置が、労働者の労働時間の適正な申告を阻害する要因となっていないかについて確認するとともに、当該要因となっている場合においては、改善のための措置を講ずること。

(4) 労働時間の記録に関する書類の保存

労働時間の記録に関する書類について、労働基準法第109条に基づき、3年間保存すること。

(5) 労働時間を管理する者の職務

事業場において労務管理を行う部署の責任者は、当該事業場内における労働時間の適正な把握等労働時間管理の適正化に関する事項を管理し、労働時間管理上の問題点の把握及びその解消を図ること。

(6) 労働時間短縮推進委員会等の活用

事業場の労働時間管理の状況を踏まえ、必要に応じて労働時間短縮推進委員会等の労使協議組織を活用し、労働時間管理の現状を把握の上、労働時間管理上の問題点及びその解消策等の検討を行うこと。

振興課資料

○ 介護輸送に係る法的取扱いについて

- 介護輸送に係る法的取扱いについては、平成 16 年 3 月 16 日付け事務連絡においてお示ししていたところであるが、平成 18 年の道路運送法の改正に伴い、平成 18 年 9 月 29 日付け事務連絡により「介護輸送に係る法的取扱いについて」により、新制度による取扱いについてお示したところである。

この取扱いにおいては、訪問介護事業者等が行う要介護者等の輸送については、道路運送法第 4 条又は第 43 条の許可を受けることが原則とされており、NPO 法人等については、新制度の道路運送法第 79 条に基づく登録を受けることができることとされている。

また、これらの許可又は登録を受けずに運送を行う訪問介護事業所については、介護報酬の対象としないこととされている。この報酬にかかる取扱いについては平成 19 年 9 月 30 日までは周知期間とされ、新制度について積極的に周知を図るとともに、周知期間中は前述の報酬にかかる取扱いは行わないこととされている。

- この改正道路運送法においては、NPO 法人等が自家用自動車を用いて有償運送を行う場合においては道路運送法第 79 条の登録を受ける必要があり、登録を受けるためには、市町村（又は都道府県）が主宰する「運営協議会」の議を経る必要があることとされている。

運営協議会のさらなる設置促進及び円滑な施行について、各地方運輸支局等においても各地方公共団体に対して必要な助言等支援を行われているが、各都道府県福祉部局におかれては、福祉有償運送部局と交通部局との連携を図り、運営協議会の設置促進に向けた積極的な支援等をお願いしたい。

- なお、今回の改正道路運送法に基づく登録を受ける際の参考となる資料をお示しするので、各都道府県において福祉有償運送を運用される際の参考とされたい。

（参考資料）

参考資料 1 介護輸送に係る法的取扱いについて（平成 18 年 9 月）

参考資料 2 「NPO 等の方々が行う自家用自動車を用いた有償旅客運送については「登録」が必要となります。」（改正道路運送法リーフレット）

参考資料 3 「道路運送法等の一部を改正する法律」

参考資料 4 地方運輸支局の担当窓口一覧

参考資料 5 運営協議会の設置状況について

介護輸送に係る法的取扱いについて

平成 1 8 年 9 月
国土交通省自動車交通局旅客課
厚生労働省老健局振興課
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

介護輸送に係る法的取扱いについては、平成16年3月に整理し、運用してきたところであるが、今般、道路運送法等の一部を改正する法律（平成18年法律第40号。以下「改正法」という。）が本年10月1日から施行されることに伴い、新たに以下の通り整理することとした。

1. 訪問介護について

- ① 訪問介護事業者等が行う要介護者等の輸送については、道路運送法（昭和26年法律第183号）第4条又は第43条の事業許可（一般又は特定）によることを原則とする。
- ② NPO法人その他道路運送法施行規則（昭和26年運輸省令第75号）第48条に定める法人等は、一定の手続き、条件の下で、道路運送法第79条に基づく登録を受けることができる。
- ③ 訪問介護員等が自己の車両で要介護者等を有償で運送する場合については、一定の手続き、条件の下で、道路運送法第78条第3号に基づく許可を受けることができる。
- ④ 訪問介護サービス等に連続して移送を行う場合は、道路運送法上の許可又は登録を求めることとし、これらを受けずに運送を行う訪問介護事業所については、介護報酬の対象としないものとする。

なお、障害者（児）福祉サービスに係る自家用自動車を使用した有償旅客運送についても、上記①～④の方針に沿って具体的な取扱いを行うものとする。

2. 施設介護について

施設介護事業者（デイサービス、ショートステイの事業者を含む。）が行う要介護者等の送迎輸送については、自家用輸送であることを明確化するとともに、輸送の安全の確保・向上の観点から、運行管理体制の確保、道路運送法の許可を受けた旅客自動車運送事業者への送迎輸送の外部委託等を促進する。

また、障害者自立支援法の改正により、デイサービス事業の廃止や短期入所事業の送迎加算が廃止されたことに伴う障害福祉サービス事業者等に係る送迎輸送の取扱いについては、引き続き検討することとする。この場合において、当該送迎輸送に対して市町村が従来の送迎加算の範囲内の額（利用者負担分を含む。）を給付する

場合には、当分の間、「自家輸送」として取り扱うこととし、自家用輸送であることを明確化するとともに、輸送の安全の確保・向上の観点から、運行管理体制の確保、道路運送法の許可を受けた旅客自動車運送事業者への送迎輸送の外部委託等を促進する。

3. 周知期間について

福祉有償運送に係る改正法による改正後の道路運送法（以下「新法」という。）の円滑な運用を確保するための体制整備や、新法第79条の登録制度の仕組み等について各地方公共団体、事業者等の関係者への周知徹底を図るため、国土交通省と厚生労働省は、改正法施行後1年間の周知期間を設け、当該登録制度の運用のための体制整備や広報等を協力して積極的に行うものとする。

当該周知期間においては、各地方公共団体、関係事業者に対する説明会の開催や当該登録制度に関するガイドブック等の地方公共団体の担当者への配布などを通じて、計画的かつ効果的に当該登録制度の理解の深化を促進することとする。

なお、当該周知期間内においては、新法第79条の登録の対象となるNPO等については、登録取得に向けた環境整備及び指導等を実施することとし、その上でやむを得ない理由により登録を受けることができないものについては、これに係る行政処分及び刑事告発は行わないものとするとともに、上記1.④の取扱いについては、当該NPO等に適用しないものとする。

**NPO等の方々が行う自家用自動車を用いた
有償旅客運送については「登録」が必要となります。**

**平成18年10月1日に改正道路運送法が施行され、自家用自動車
を使用して有償にて旅客の移送サービスを行っている又は行おうと
するNPO等の方々は、サービスを行う地域を所管する運輸支局長
等の行う登録を受ける必要があります。**

登録の種類

福祉有償運送

【福祉有償運送とは】

NPO等が実費の範囲内であり営利
とは認められない範囲の対価によっ
て、自家用自動車を使用して行う原
則ドア・ツー・ドアの個別輸送サー
ビス

【運送対象旅客の範囲】

身体障害者、要介護者、要支援者 等

会員制

過疎地有償運送

【過疎地有償運送とは】

過疎地域において、NPO等が実
費の範囲内であり営利とは認めら
れない範囲の対価によって、自家
用自動車を使用して行う輸送サー
ビス

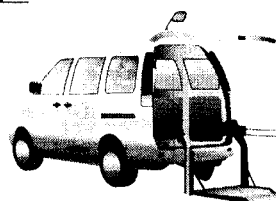
【運送対象旅客の範囲】

過疎地域の住民及びその親族 等

会員制

◇ 登録を受けることができる者は以下に限定されております。

- NPO、市町村、公益法人、農業協同組合、消費生活協同組合、
医療法人、社会福祉法人、商工会議所、商工会



登録までの流れ

- ① 地域の関係者からなる **運営協議会** にて有償運送の必要性、対価等を協議

※運営協議会の主宰者は市町村等各地方公共団体となります。

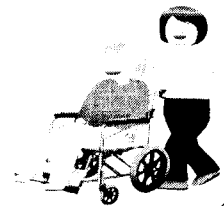
合 意

- ② 有償運送を行う地域を所管する 運輸支局 に対して **登録の申請**

※申請に必要な書類等については、各運輸支局に対してお問い合わせ下さい。

運輸支局における審査

- 運営協議会において協議が調っているか。
- 当該有償運送の実施に必要な自動車の保有がなされているか。
もしくは保有する計画があるか。
- 必要な要件を備えた運転者の確保がなされているか。
- 運行管理体制及び整理管理体制が適切に確保されているか。
- 事故発生時の連絡体制が適切に確保されているか。
- 計画車両の全てが任意保険等に加入しているかもしくは加入
する計画があるか。 等



審査クリア

登 録

自家用有償旅客運送を行うことができます！！

詳しくは
所管する運輸支局の輸送部門に
お問い合わせ下さい。

道路運送法等の一部を改正する法律

○ 道路運送法の一部改正

近年、過疎化が進行し少子高齢化が進展する中で、「どこでも、だれでも、自由に、使いやすく」というユニバーサルデザインの考え方を踏まえた交通政策の展開が求められている。このため、現在各地で導入されつつあるコミュニティバス、乗合タクシー、市町村バス、NPO等によるボランティア有償運送などの新たな運送サービスが、地域の多様なニーズに的確に対応しつつ、安全・安心なものとして提供されるための措置を講じる。

1. コミュニティバス、乗合タクシー等の普及促進

改正内容

○ 多様な乗合旅客のニーズへの柔軟な対応を可能に

デマンドバスや乗合タクシーといった定期定路線以外の乗合旅客の運送についても「乗合事業」の許可でサービス提供が可能に

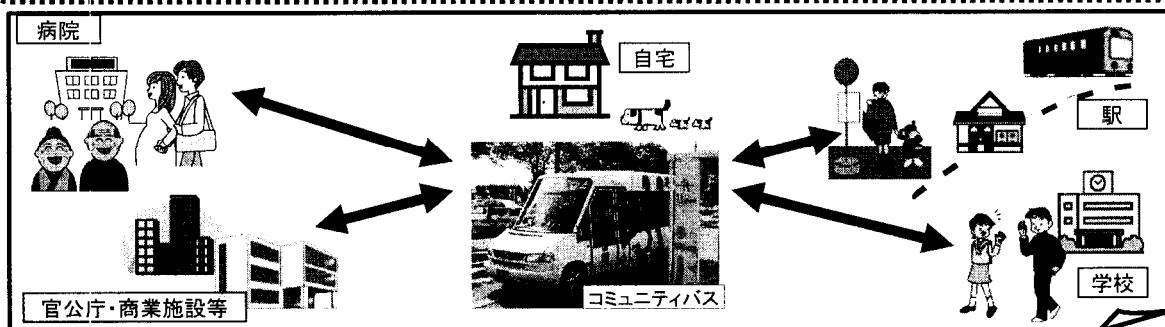
○ 地域のニーズに応じた運賃・料金の設定・変更が可能に

地方公共団体、地域住民等地域の関係者の合意がある場合には、上限認可が不要となり、ニーズに応じた柔軟な運賃設定が可能に



乗合タクシー

地域住民との協働により、地域のニーズに柔軟に対応した
コミュニティバスや乗合タクシー等の普及を促進



2. 市町村バスやNPOによるボランティア有償運送の制度化

改正内容

○ 市町村バスやNPOによるボランティア有償運送を可能とする制度を創設(登録制)

過疎地における住民の生活交通や移動制約者の移動手段など、バス・タクシー事業者によることが困難であり、地方公共団体、バス・タクシー事業者、地域住民等地域の関係者が必要と合意した場合、市町村、NPO等による運送サービス提供を可能に

過疎地の生活交通や要介護者・身体障害者等の移動制約者の移動を確保



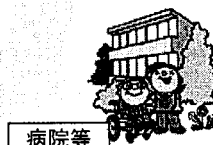
NPO等



市町村バス



自宅



病院等



地域の多様なニーズに的確に対応した安全・安心な
運送サービスを提供し、活力ある地域社会を実現

運輸支局担当窓口一覧

運輸局	運輸支局担当窓口	電話番号
北海道	札幌運輸支局 輸送・監査担当	(011) 731-7167
	函館運輸支局 輸送・監査担当	(0138) 49-8863
	旭川運輸支局 輸送・監査担当	(0166) 51-5272
	室蘭運輸支局 輸送・監査担当	(0143) 44-3012
	釧路運輸支局 輸送・監査担当	(0154) 51-2521
	帯広運輸支局 企画輸送・監査担当	(0155) 33-3286
	北見運輸支局 企画輸送・監査担当	(0157) 24-7631
東北	青森運輸支局 輸送・監査担当	(017) 739-1502
	岩手運輸支局 輸送・監査担当	(019) 638-2155
	宮城運輸支局 輸送・監査担当	(022) 235-2515
	秋田運輸支局 企画輸送・監査担当	(018) 863-5813
	山形運輸支局 企画輸送・監査担当	(023) 686-4712
	福島運輸支局 輸送・監査担当	(024) 546-0343
関東	茨城運輸支局 輸送・監査担当	(029) 247-5244
	栃木運輸支局 企画輸送・監査担当	(028) 658-7011
	群馬運輸支局 企画輸送・監査担当	(027) 263-4440
	埼玉運輸支局 輸送・監査担当	(048) 624-1032
	千葉運輸支局 輸送・監査担当	(043) 242-7335
	東京運輸支局 輸送・監査担当	(03) 3458-9233
	神奈川運輸支局 輸送・監査担当	(045) 939-6801
	山梨運輸支局 企画輸送・監査担当	(055) 261-0880
北陸信越	新潟運輸支局 輸送・監査担当	(025) 285-3124
	富山運輸支局 輸送・監査担当	(076) 423-6618
	石川運輸支局 輸送・監査担当	(076) 291-7853
	長野運輸支局 輸送・監査担当	(026) 243-4603
中部	福井運輸支局 輸送・監査担当	(0776) 34-1600
	岐阜運輸支局 輸送・監査担当	(058) 279-3714
	静岡運輸支局 輸送・監査担当	(054) 261-2898
	愛知運輸支局 輸送・監査担当	(052) 351-5312
	三重運輸支局 輸送・監査担当	(059) 234-8411

運輸局	運輸支局担当窓口	電話番号
近畿	滋賀運輸支局 企画輸送・監査担当	(077) 585-7253
	京都運輸支局 輸送・監査担当	(075) 681-9765
	大阪運輸支局 輸送・監査担当	(072) 822-6733
	神戸運輸監理部 兵庫陸運部 輸送・監査担当	(078) 453-1104
	奈良運輸支局 企画輸送・監査担当	(0742) 61-7823
	和歌山運輸支局 輸送・監査担当	(073) 422-2138
中国	鳥取運輸支局 輸送・監査担当	(0857) 22-4110
	島根運輸支局 輸送・監査担当	(0852) 37-1311
	岡山運輸支局 輸送・監査担当	(086) 273-2113
	広島運輸支局 輸送・監査担当	(082) 233-9167
	山口運輸支局 輸送・監査担当	(083) 922-5336
四国	徳島運輸支局 輸送・監査担当	(088) 641-4811
	香川運輸支局 企画輸送・監査担当	(087) 882-1357
	愛媛運輸支局 輸送・監査担当	(089) 956-1563
九州	高知運輸支局 輸送・監査担当	(088) 866-7311
	福岡運輸支局 輸送・監査担当	(092) 673-1191
	佐賀運輸支局 企画輸送・監査担当	(0952) 30-7271
	長崎運輸支局 輸送・監査担当	(095) 839-4747
	熊本運輸支局 輸送・監査担当	(096) 369-3155
	大分運輸支局 輸送・監査担当	(097) 558-2107
	宮崎運輸支局 輸送・監査担当	(0985) 51-3952
	鹿児島運輸支局 輸送・監査担当	(099) 261-9192
沖縄	沖縄陸運事務所 輸送・監査担当	(098) 877-5140

運営協議会設置状況及び許可団体数・車両数

1. 福祉有償運送

○福祉有償運送の運営協議会 開催状況

	設置地域	設置数
平成15年度末 (特区制度)	世田谷区、大和市、三水村、小海町、松阪市(旧飯高町)、枚方市、岡山県、菊池市、玉名市、熊本県他関係10市町村	10地域
平成16年度末	歌登町、富良野町、福地村、七戸町、八戸市、阿見町、高崎市、佐倉市、大網白里町、岬町、練馬区、板橋区、神奈川県、輪島市、中川村、丸岡町、雄踏町、山崎町、島根町、高知市 他	32地域
平成17年度末	宮城県、栃木県、大阪府、愛媛県、佐賀県、岩手県(両磐地域)、東京都(多摩地区)、岐阜県(西濃地区9市町)、滋賀県(湖北地域)、札幌市、青森市、つくば市、名古屋市 他	437地域
平成18年9月末現在	羽幌町、つがる市、土浦市、小松市、江南市、京都市、雲南市、日南市 他	497地域
平成18年10月末現在	須賀川市、柏崎市、北山村、福岡市 他	502地域
平成18年11月末現在	印旛村、御殿場市、裾野市・長泉町・清水町	505地域

○福祉有償運送の許可団体数・車両数

	許可団体数	車両数 (うちセダン)
平成17年度末	1,264	7,795 (4,491)
平成18年10月末現在	2,125	12,639 (6,933)

2. 過疎地有償運送

○過疎地有償運送の運営協議会 開催状況

	設置地域	設置数
平成17年度末	知内町、五霞町、福知山市、愛媛県 他	43地域
平成18年9月末現在	川西町、日南市、北郷町 他	46地域

※10月、11月に新たに設置した地域は、無い

○過疎地有償運送の許可団体数・車両数

	許可団体数	車両数
平成17年度末	31	321
平成18年10月末現在	40	360

○ 高齢者の生きがいと健康づくりについて

(1) 事業の重要性

高齢者の生きがいと健康づくり事業は、高齢期における健康で生きがいのある生活を維持するための社会参加や健康づくり等の各種活動を振興する上で、重要な役割を担っている。

高齢者自身がその能力を生かしつつ意欲や目標を持って継続的に生活機能の維持・向上のための活動を積極的に進めることが必要であり、地域において取り組まれている高齢者の社会参加、社会貢献、健康づくりなどの自助・共助の活動が、今後益々推進されることが期待される。厚生労働省としても地域社会等において、豊かな経験と知識・技能を生かし、高齢者の生きがいと社会参加の促進を図るため、地域支援事業の任意事業のその他の事業である「高齢者の生きがいと健康づくり推進事業」により、引き続き支援していくこととしている。

(2) 老人クラブについて

老人クラブは、その活動指針である「老人クラブ21世紀プラン」に基づき、「健康、友愛、奉仕」の「全国三大運動」とともに、地域を豊かにする活動等をそれぞれの地域において推進しており、このような自助・共助の活動は明るく活力ある超高齢社会を構築するうえで、大きな役割が期待されるものである。

老人クラブ活動については、自分自身の生きがいと健康づくりを進めることにより、高齢者の生活意欲の向上や介護予防に資するとともに、友愛訪問など地域におけるひとり暮らし高齢者等の心と生活の支援を図る活動等、さらには児童の見守り活動など地域で新たに期待される役割も生じており、地域福祉を推進する観点から、厚生労働省として、引き続き支援していくこととしている。

各都道府県・指定都市・中核市においては、都道府県・指定都市・市老人クラブ連合会とも十分な連携を図り、老人クラブの活動に対して一層御配慮願いたい。

また、市町村老人クラブ連合会及び単位老人クラブが行う事業についても、高齢者自身が主体となる活動等が、より効果的に展開できるよう、管内市町村に対し、積極的な指導及び助言を願いたい。

なお、事業内容等については昨年と同様となっているところではあるが、各都道府県において所要の財源措置等を図ることにより、老人クラブ活動のより一層の促進を図られたい。

(3) 「都道府県明るい長寿社会づくり推進機構」について

高齢者の生きがいと健康づくりの推進を図るためには、都道府県明るい長寿社会づくり推進機構が中心となり、関係団体、機関の参加、協力のもと、高齢者の社会活動の振興に積極的に取り組んでいく必要がある。

また、当該事業は、交付税措置されているところであり、今後も引き続きその事業推進に支障が生じないよう各都道府県において所要の財源措置等の御配慮を願いたい。

(4) 全国健康福祉祭（ねんりんピック）の開催について

高齢者を中心とする国民の健康保持・増進、社会参加、生きがいの高揚等を図り、ふれあいと活力ある長寿社会の形成に寄与することを目的として開催している全国健康福祉祭を、平成19年度は茨城県において開催（平成19年11月10日(土)～11月13日(火)）することとしている。

また、開催地が決定又は内定している自治体にあつては、今後、開催期日等の内容を決定する際には、例年、介護支援専門員実務研修受講試験を10月の第3又は第4日曜日に実施していること等を勘案のうえ、日程等を調整されたい。

ア いばらき大会に対する選手等の派遣

全国健康福祉祭の趣旨である高齢者の社会参加、健康づくり及び地域間、世代間の交流を積極的に推進するため、選手等の派遣にあたっては、都道府県明るい長寿社会づくり推進機構等とも十分な連携を図りながら、各イベントにおける参加者の裾野を広げられるよう広報に努めるなど御配慮願いたい。

なお、選手募集については、「第20回全国健康福祉祭いばらき大会の概要（参考資料1）」を参照されたい。

イ いばらき大会における「長寿社会・私の主張」等の作品募集

全国健康福祉祭の一環として、「長寿社会・私の主張」、「長寿社会・小学生作文」及び「長寿社会・小学生の絵」の募集の協力依頼については、別途通知（参考資料2）したところであるが、管内関係機関への周知及びリーフレットの配布についてご協力いただくとともに、できる限り多くの作品が出品されるよう御配慮願いたい。

ウ 地域における高齢者のスポーツ・文化活動等の推進

全国健康福祉祭の目的、理念を地域に浸透させ、健康増進、文化活動の推進を図る観点から、各地方自治体においても、地域の実情に応じた地方版ねんりんピックの開催など、引き続き、健康・生きがいつくりに対する積極的な取組について御配慮願いたい。

エ 第20回全国健康福祉祭いばらき大会（ねんりんピック茨城2007）

- ・テーマ さわやかな 長寿の風を 茨城に
- ・期 日 平成19年11月10日(土)～11月13日(火)
- ・会 場 水戸市をはじめ21市町
- ・今後の開催予定
 - 第21回（平成20年度） 鹿児島県
 - 第22回（平成21年度） 北海道、札幌市
 - 第23回（平成22年度） 石川県
 - 第24回（平成23年度） 熊本県
 - 第25回（平成24年度） 宮城県、仙台市

オ 開催地の内定について

第26回（平成25年度）から第29回（平成28年度）の開催地については、以下のとおり内定したので、関係機関等へ周知願いたい。

- 第26回（平成25年度） 高知県
- 第27回（平成26年度） 栃木県
- 第28回（平成27年度） 山口県
- 第29回（平成28年度） 長崎県

(参考資料 1)

○第20回全国健康福祉祭いばらき大会の概要

選手の募集を行う種目を中心に記載したものであり、全国健康福祉祭全般の詳細については、別途大会実行委員会から送付される「開催要領」を参照願いたい。

1 会 期 平成19年11月10日(土)～11月13日(火)

2 募集チーム数等

(1) スポーツ交流大会

種 目	参加資格	募 集 チ ー ム 数 等	参加費	募 集 方 法
卓 球	60歳以上	1チーム8人以内 (監督1、選手6[男3・女3]、登録選手8以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	1人 1,000円	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦
テ ニ ス	同 上	1チーム9人以内 (監督1、選手6[男4・女2]、登録選手8以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	同 上	同 上
ソフトテニス	同 上	1チーム9人以内 (監督1、選手6[男3・女3]、登録選手8以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	同 上	同 上
ソフトボール	同 上	1チーム15人以内 ※チームは男性で編成 (監督1、選手9、登録選手15以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	同 上	同 上
ゲートボール	同 上	1チーム9人以内 (監督1、選手5[女2～4]、登録選手8以内) 各道府県・政令指定都市：3チーム、都：6チーム	同 上	同 上
ペ タ ン ク	同 上	1チーム4人以内 (監督1、選手3[女1以上]、登録選手4以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	同 上	同 上
ゴ ル フ	同 上	1チーム3人 (ハンディキャップ25以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	1人 1,000円 (一般は別途)	同 上
マ ラ ソ ン	高齢者：60歳以上 一般：45歳以上	高齢者の部 各道府県・政令指定都市：6人、都：12人 (3km・5km・10km 各2人、都は各4人) * 一般は別途定める	1人 1,000円 (一般は別途)	同 上 及 び 一般は公募
弓 道	60歳以上	1チーム8人以内 (監督1、選手5[女1以上]、交替選手2以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	1人 1,000円	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦
剣 道	同 上	1チーム8人以内 (監督1、選手5、交替選手2以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	同 上	同 上

* 茨城県の募集チーム数等は別途定める。

(2) ふれあいスポーツ交流大会

種 目	参加資格	募 集 チ ー ム 数 等	参加費	募 集 方 法
グラウンドゴルフ	60歳以上	各道府県・政令指定都市：6人、都：12人	1人 1,000円	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦
オリエンテーリング	高齢者：60歳以上 一般：50歳以上	高齢者の部 1チーム3人 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム * 一般は別途定める	1人 1,000円 (一般は別途)	同 上 及 び 一般は公募
なぎなた	60歳以上	1チーム5人以内 (監督1、選手3、登録選手4以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	1人 1,000円	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦

* 茨城県の募集チーム数等は別途定める。

種 目	参加資格	募 集 チ ー ム 数 等	参加費	募 集 方 法
太 極 拳	60歳以上	1チーム6～7人 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	1人 1,000円	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦
ソフトテニス	同 上	1チーム9人以内 (監督1、選手8 [男女各3以上]、登録選手8以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	同 上	同 上
サ ッ カ ー	同 上	1チーム20人以内 (監督1、選手11、登録選手19以内)	同 上	同 上
水 泳	同 上	各道府県・政令指定都市： 8人 [男4・女4] 都：16人 [男8・女8]	1人 1,000円	同 上
ダンススポーツ	高齢者：65歳以上 一般：60歳以上	高齢者の部 1チーム9人以内：(監督1、スタンダード・ラテン の部各2組以内) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム * 一般は別途定める	1人 1,000円 (一般は別途)	同 上 及 び 一般は公募
ターゲット・ バードゴルフ	60歳以上	各道府県・政令指定都市：4人、都：8人	1人 1,000円	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦

* 茨城県の募集チーム数等は別途定める。

(3) 福祉・生きがい関連イベント

種 目	参加資格	募 集 チ ー ム 数 等	参加費	募 集 方 法
囲 碁	60歳以上	1チーム3人 (男2・女1) 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	1人 1,000円	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦
将 棋	同 上	1チーム3人 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	同 上	同 上
俳 句	高齢者：65歳以上 一般：60歳以上 当日：60歳以上	募集句：高齢者の部・一般の部 (全国公募) 当日句：当日参加者から募集 ※1人2句以内 (囃目) の投句	無 料	事前公募 及 び 当日募集
民 謡	60歳以上	各道府県・政令指定都市：1人、都：2人	1人 1,000円	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦
オ セ ロ	高齢者：65歳以上 一般：60歳以上	高齢者の部 1チーム3人 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム * 一般は別途定める	1人 1,000円 (一般は別途)	同 上 及 び 一般は公募
健康マージャン	60歳以上	1チーム4人 各道府県・政令指定都市：1チーム、都：2チーム	1人 1,000円	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦
美 術 展	60歳以上	・日本画の部 ・洋画の部 ・彫刻の部 ・工芸の部 ・書の部 ・写真の部 各道府県・政令指定都市：各部2点、都：各部4点	無 料	各都道府県 ・政令指定 都市の推薦

* 茨城県の募集チーム数等は別途定める。

3 参加申込

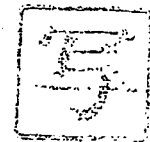
平成19年6月14日 (木) から7月13日 (金) の期間に、各都道府県・政令指定都市の所管部局を通じて大会実行委員会へ申し込むこと。(別途、開催要領で定める。)

* 俳句の募集句については、平成19年4月2日 (月) から5月31日 (木) までである。

4 参 考

60歳以上：昭和23(1948)年4月1日以前に生まれた人

(参考資料 2)



老振発 第 1218001 号
平成18年12月18日

都道府県
各 全国健康福祉祭主管部(局)長 殿
指定都市

厚生労働省老健局振興課長



第20回全国健康福祉祭いばらき大会における「長寿社会・私の主張」等
コンクール作品募集について

全国健康福祉祭（ねんりんピック）の推進につきましては、平素より格別の御協力を
いただき、厚く御礼申し上げます。

今般、第20回全国健康福祉祭いばらき大会における「長寿社会・私の主張」、「長寿
社会・小学生作文」及び「長寿社会・小学生の絵」コンクールの作品募集を別紙要綱の
とおり実施するため、関係機関へリーフレットを配布することといたしました。

つきましては、貴管内の関係機関への周知及びリーフレットの配布について、御協力
方よろしく願いいたします。

なお、リーフレットについては、別途、財団法人長寿社会開発センターから送付する
ことといたしておりますので申し添えます。

担 当 老健局振興課 主任調査員 室伏 学

生きがい係 小口未知時

電 話 03-5253-1111（内線3935）

E-mail murofushi-manabu@mhlw.go.jp

「長寿社会・小学生作文」「長寿社会・小学生の絵」コンクール募集要綱

1. 趣 旨

近年、子どもたちとお年寄りの接する機会が少なくなっておりますが、子どもたちにとって、お年寄りの持つ豊富な知識・技能・経験を知ることは、とても大切なことです。

「全国健康福祉祭（ねんりんピック）」は、長寿社会のあり方について、各世代の人々がともに考える機会を提供するとともに、健康づくりについての意識の啓発、スポーツレクリエーション活動の振興、高齢者の社会参加活動の促進を図るための全国的な祭典として開催されるものです。

本年は、平成19年11月10日（土）から13日（火）までの4日間、「さわやかな 長寿の風を 茨城に」をテーマに、第20回全国健康福祉祭いばらき大会（ねんりんピック茨城2007）を開催いたしますが、その一環として、小学生を対象に、お年寄りとの交流をテーマとした「長寿社会・小学生作文」「長寿社会・小学生の絵」を募集します。

2. 主 催

厚生労働省 茨城県 （財）長寿社会開発センター

3. 後 援

（株）共同通信社 （財）児童健全育成推進財団
（社福）全国社会福祉協議会 （財）全国老人クラブ連合会
（社福）テレビ朝日福祉文化事業団 （社）日本新聞協会
（社）日本図書館協会 （社）日本ペンクラブ

4. 協 賛

（財）フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団

5. 募集要領

（1）「長寿社会・小学生作文」コンクール

- ①テーマ 「おじいちゃん おばあちゃん」
- ②内 容 祖父や祖母、曾祖父や曾祖母、あるいは近所のお年寄りとの交流を通じて学んだことや思ったことであって、小学生らしい視点を感じられる心とむ内容であるもの。表題は自由。（同居・別居等の条件はなく、また、過去の出来事や記憶に基づくものでも結構です。）
- ③資 格 平成19年4月（新学期）現在、小学1年生から6年生までの児童
- ④規 格 縦書き 400字詰め原稿用紙3枚以内
（ワープロ原稿は20字×20行の縦書きとします。）
- ⑤記載事項 応募用紙に①表題、②氏名（フリガナ）、③生年月日、④年齢、⑤小学校名、⑥学年（新学期）、⑦自宅住所、⑧電話番号、⑨本コンクールを知ったきっかけを記載の上、作品に添付。（学校単位で取りまとめの上応募の際には、学校連絡先、ご担当者名を明記。）
- ⑥締め切り 平成19年4月30日（月）（当日消印有効）
- ⑦賞 厚生労働大臣賞 1編（副賞 図書カード 30,000円分）

茨城県知事賞	1 編(副賞 図書カード 20,000 円分)
(財) 長寿社会開発センター理事長賞	1 編(副賞 図書カード 20,000 円分)
審査委員特別賞、佳作	若干

(2) 「長寿社会・小学生の絵」コンクール

- ①テーマ 「おじいちゃん おばあちゃん」
- ②内 容 祖父や祖母、曾祖父や曾祖母、あるいは近所のお年寄りがいきいきと活動している姿や、子どもと交流している姿など「おじいちゃん おばあちゃん」のテーマにふさわしい温かみを感じられるもの。表題は自由。(同居・別居等の条件はなく、また、過去の出来事や記憶に基づくものでも結構です。)
- ③資 格 平成 19 年 4 月(新学期)現在、小学 1 年生から 6 年生までの児童
- ④規 格 画用紙四つ切り (540mm×381mm)
- ⑤記載事項 画用紙の裏面に、①表題、②氏名(フリガナ)、③小学校名、④学年(新学期)、⑤生年月日、⑥年齢、⑦自宅住所、⑧電話番号、⑨本コンクールを知ったきっかけを記載の上、作品に貼付。(学校、塾等で取りまとめの上応募の際には、学校、塾等の連絡先、ご担当者名を明記。)
- ⑥締め切り 平成 19 年 4 月 30 日(月)(当日消印有効)
- ⑦賞

厚生労働大臣賞	1 編(副賞 図書カード 30,000 円分)
茨城県知事賞	1 編(副賞 図書カード 20,000 円分)
(財) 長寿社会開発センター理事長賞	1 編(副賞 図書カード 20,000 円分)
審査委員特別賞、佳作	若干

6. 審査委員

(1) 「長寿社会・小学生作文」コンクール

- ・ 阿刀田 高(小説家・文化庁文化審議会会長)
- ・ 落合 恵子(作家・子どもの本の専門店 クレヨンハウス代表)
- ・ 金平 輝子(元東京都副知事)
- ・ 原田 暁(社会保障問題評論家、元NHK解説委員)
- ・ 藤原 房子(ジャーナリスト)
- ・ 富澤 正夫((財)長寿社会開発センター専務理事)

(2) 「長寿社会・小学生の絵」コンクール

- ・ 絹谷 幸二(日本芸術院会員、東京芸術大学教授)
- ・ 木島 俊介(共立女子大学教授)
- ・ 田沼 武能((社)日本写真家協会会長)
- ・ 茨城県在住美術専門家

7. 応募上の注意事項

- ① 応募作品は未発表のものに限ります。
- ② 応募は一人一編に限ります。
- ③ 入賞作品の全ての権利は、(財)長寿社会開発センターに帰属します。(作品の展示やポスター等での使用の他、当センターが認めた関係団体誌上等での使用があります。)
- ④ 応募作品(「長寿社会・小学生作文」)は返却いたしません。作品控えは各自でお持ち下さい。

「長寿社会・小学生の絵」に応募され、作品の返却を希望する方は、書きア

ドレスよりお申し込みください。(返却希望の場合は送料等をご負担いただきます。)

<http://www.nenrin.or.jp> (19年8月より受付予定。)

8. 入賞発表

発表は、平成19年7月下旬です。入賞者の方に直接通知いたします。また、下記ホームページ及び誌上に掲載する予定です。

- ・財団法人 長寿社会開発センターホームページ
- ・ねんりんピック茨城2007 ホームページ
- ・「月刊福祉」(社会福祉法人 全国社会福祉協議会発行)
- ・「全老連」(財団法人 全国老人クラブ連合会発行)
- ・「WAM」(独立行政法人 福祉医療機構発行)
- ・「ひょうひょう」(財団法人 長寿社会開発センター発行)

9. 表彰式

厚生労働大臣賞、茨城県知事賞、(財)長寿社会開発センター理事長賞の各受賞者に対して、ねんりんピック開催期間中の平成19年11月11日(日)、結城市民文化センター「アクロス」(茨城県結城市)において実施します。

なお、審査委員特別賞及び佳作については、ねんりんピック終了後、表彰状、副賞を送付します。

10. 入選作品集の作成

各入選作品は冊子にまとめた上、入賞者・関係者に送付します。

11. 作品の展示

「長寿社会・小学生の絵」については、入賞作品及び茨城県内応募作品のうち一次審査通過作品を、大会期間中(11月10日～13日)、「つくば国際会議場」(つくば市)において展示します。

12. 個人情報の取り扱い

応募作品に係る個人情報については、応募者本人の同意(応募者が未成年の場合はその保護者の同意)がある場合を除き、作品の審査、応募者との連絡、賞品等の発送及び作品の展示並びに入選作品に関する報道機関等への発表並びに作品集、全国健康福祉祭総合プログラム・公式記録集及び入賞者作品の当センターホームページ等への収載以外の目的で使用することはありません。

また、作品審査作業等において、事務を当センター以外の者に委託する場合には委託業務に必要な範囲内でそのものに提供することがあります。

13. 応募作品の送付先及びお問い合わせ先

〒105-8446 東京都港区虎ノ門3-8-21 虎ノ門33森ビル8階

財団法人 長寿社会開発センター「長寿社会・私の主張」等コンクール事務局

TEL 03-5470-6753 (企画振興部振興課)

○ 福祉用具及び住宅改修について

1. 福祉用具専門相談員指定講習について

- 福祉用具専門相談員指定講習については、平成18年4月1日より、事業所の所在地を管轄する都道府県において、事業所ごとに指定することとされました。当該事務移管に伴い、指定申請の手続き等については、当分の間、従来の国の定める指定要綱において実施することも可能とされておりますが、その手続き及び要件等を各都道府県の判断に委ねることとされた趣旨を踏まえると、国の定める政省令等に基づき、各都道府県が地域の実情に合わせた実施要綱を作成することが望ましいものと考えております。
- また、厚生労働省では、来年度当初に、今年度の事業者数、受講者数の把握、実施要綱に関する情報収集を予定しておりますので、その準備方よろしくをお願いします。

2. 住宅改修の適正な運用について

- 介護保険における住宅改修については、平成18年4月1日より、事前申請制度の導入を行ったところです。制度導入後は、従来の事後申請であれば対処が困難であった悪質な事業者による（保険給付として適当でない）住宅改修の防止や利用者の身体の状態からは適当ではない住宅改修の防止も可能となったところです。
- したがって、都道府県においては、「利用者保護」の観点から、引き続き、（財）住宅リフォーム・紛争処理支援センターにおけるリフォーム相談窓口の活用や利用者への幅広い情報提供を図るなど、その適切な対応をお願いします。

○ 離島等サービス確保対策事業について

本事業は、介護保険サービスの確保が困難な離島や山間等の過疎地域において、当該地域の特性に応じた施策を実施することにより、介護保険サービス提供体制の充実を図ることを目的として実施しているところである。

本事業は、離島等を対象として、事例としてお示ししている対策検討委員会の運営等に限らず、サービスの確保においては、さまざまな検討方法が考えられるので、本事業の対象と思われる事業案やご要望等があつて、判断に迷われる場合、積極的に当課までご相談いただき、離島等における介護サービス供給体制の確保にご活用願いたい。

対象地域（「厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他の地域の

基準」（平成１１年３月３１日厚生省告示９９号）

- ・ 離島振興法第２条第１項の規程により指定された離島振興対策実施地域
- ・ 奄美群島振興開発特別措置法第１条に規定する奄美群島
- ・ 山村振興法第７条第１項の規定により指定された振興山村
- ・ 小笠原諸島振興開発特別措置法第２条第１項に規定する小笠原諸島
- ・ 沖縄振興特別措置法第３条第３号に規定する離島
- ・ 厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他の地域の

基準第６号の規定に基づき厚生労働大臣が定める地域

住宅のバリアフリー改修促進税制の創設（所得税、固定資産税）

1. 高齢者等が安心して快適に自立した生活を送ることのできる環境の整備を促進し、高齢者等の居住の安定の早期確保を図るため、以下のバリアフリー改修工事を行った場合の特例措置を創設する。

i) 廊下の拡幅 ii) 階段の勾配の緩和 iii) 浴室改良 iv) 便所改良 v) 手すりの設置
vi) 屋内の段差の解消 vii) 引き戸への取替え工事 viii) 床表面の滑り止め化

○所得税

・平成19年4月1日から平成20年12月31日までの間に、一定の者^{※1}が自己の居住の用に供する家屋についてバリアフリー改修工事を含む増改築等工事を行った場合、現行の住宅リフォーム・ローン減税制度と、新設される以下の制度が選択できる。

【住宅のバリアフリー改修促進税制】

(ア) バリアフリー改修工事に係る借入金（200万円まで）：

年末残高の2%を5年間所得税額から控除

(イ) (ア) 以外の増改築等に係る借入金：

年末残高の1%を5年間所得税額から控除

(ただし、控除対象となる(ア)及び(イ)における借入金額の上限は合計1,000万円。)

※1 a) 50歳以上の者、b) 要介護又は要支援の認定を受けている者、c) 障害者、
d) b) 若しくはc) に該当する者又は65歳以上の者のいずれかと同居している者

【現行の住宅リフォーム・ローン減税と住宅のバリアフリー改修促進税制の比較】

	住宅リフォーム・ローン減税		住宅のバリアフリー改修促進税制
控除率	1～6年目：1.0% 7～10年目：0.5%	1～10年目：0.6% 11～15年目：0.4%	2.0% (バリアフリー改修工事以外の部分は1.0%)
控除期間	10年間 ^{※2}	15年間 ^{※2}	5年間
ローンの限度額	19年居住：2,500万円 20年居住：2,000万円		200万円(バリアフリー改修工事相当分) 1,000万円(増改築等工事全体)
ローンの償還期間要件	10年以上		5年以上
工事費要件	100万円超		30万円超 (補助金等をもって充てる部分を除く)
死亡時一括償還	対象外		対象

※2 平成19年・20年については、三位一体改革による税源移譲に伴う住宅ローン減税の効果を確保するため、控除期間を10年間とする現行制度と控除期間を15年間とする特例措置との選択適用を可能とする措置が講じられている。

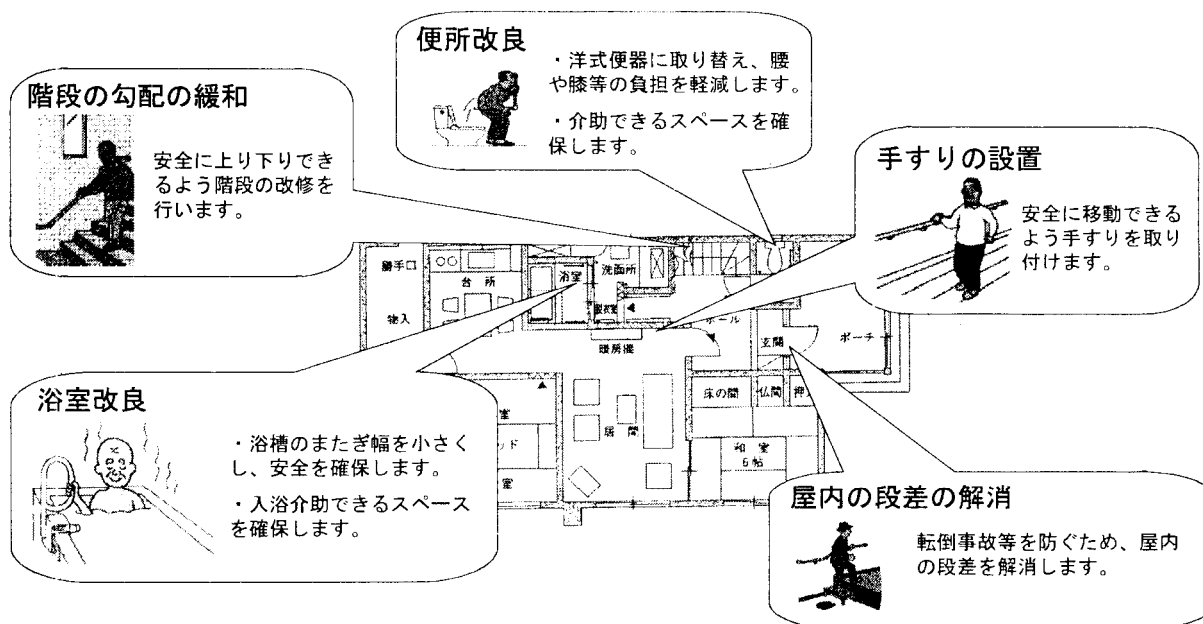
- ・現行の住宅リフォーム・ローン減税の対象となる増改築等の範囲に、上記 i)～viii) のバリアフリー改修工事を追加する。

○固定資産税

平成19年4月1日から平成22年3月31日までの間に、平成19年1月1日以前から存していた家屋のうち一定の者^{※3}が居住するもの（賃貸住宅を除く。）についてバリアフリー改修工事を行い、当該改修工事に要した費用から補助金等をもって充てる部分を除いた費用が30万円以上の場合、当該家屋に係る翌年度分の固定資産税額（100㎡相当分までに限る。）を1／3減額する。

※3 α)65歳以上の者、β)要介護又は要支援の認定を受けている者、γ)障害者

【バリアフリー改修工事の具体例】



2. ローンを活用しない住宅のバリアフリー改修促進税制については、与党税制改正大綱において、引き続き検討を行うこととされた。

平成19年度与党税制改正大綱（抄）

「住宅のバリアフリー改修促進税制については、今後の適用状況を踏まえつつ、高齢者等の安心・安定した居住環境の確保や税制としての適切な支援のあり方等の観点から、今後、引き続き検討を行う。」

(担当)
国土交通省住宅局
住宅総合整備課企画係
電話 03-5253-8111
(内線39-336)

老人保健課關係

19. 介護予防事業の円滑な推進に向けて

(1) 特定高齢者の候補者及び決定者の選定の基準の見直しについて

① 特定高齢者の把握の状況等

○ 平成18年度より全国の市町村で行われている介護予防事業については、介護予防特定高齢者施策の対象となる特定高齢者の把握が進まない等の理由により、必ずしも十分な実施が図られていないという状況にある。

○ こうした状況を踏まえ、厚生労働省においては、

① 「介護予防事業の実施状況の調査結果と特定高齢者把握のための効果的な取組の分析（平成18年9月1日時点の調査）」

② 「介護予防事業（地域支援事業）の効果的な取組に向けて～成果を上げるための7つのポイント～」

等の作成を通じて、各都道府県に対し管内市町村への周知、適切な支援をお願いするとともに、

特定高齢者の候補者の該当基準、決定者の該当基準について、その要件の見直しを検討している（平成19年4月施行予定）旨をお知らせしたところである。

（いずれも平成18年12月27日付 厚生労働省老健局老人保健課 事務連絡）

○ 昨年12月には、改めて介護予防事業の実施状況について各市町村に対し調査を行い、昨年11月末時点における実施状況を把握し、現在分析を行っているところ。

② 見直しの検討状況、今後のスケジュールについて

○ 厚生労働省では、

① 介護予防事業の実施状況（平成18年11月末時点）（(2)参照）

② 自治体関係者、有識者の意見（参考1参照）

等を踏まえ、特定高齢者の候補者及び決定者の選定の基準について見直しを検討しているところであり、

③ 2月27日の「介護予防継続的評価分析等検討会」の議論を踏まえ、見直しの内容を確定したいと考えている。

○ 今後のスケジュール（予定）は、次のとおり。

- ・ 2月27日 「介護予防継続的評価分析等検討会」の開催
（特定高齢者の候補者及び決定者の選定基準の検討）
- ・ 3月上旬 保健事業実施要綱の改正（案）の周知
※改正後の保健事業実施要綱は平成19年度予算成立後速やかに発出予定
- ・ 3月中旬 介護予防担当者説明会の開催
- ・ 4月1日 施行

③介護予防事業の実施に当たっての留意点

○ 介護予防特定高齢者施策においては、

- ① 生活機能の低下が疑われる高齢者に的確にアプローチして基本チェックリストを実施すること
- ② 決定された特定高齢者が確実に介護予防事業に参加することが重要であり、市町村におけるこれらの適切な実施の支援方策等についても検討を行っているところ。

○ また、介護予防事業の実施に当たっては、

- ① 介護予防特定高齢者施策（ハイリスクアプローチ）と介護予防一般高齢者施策（ポピュレーションアプローチ）を適切に組み合わせること
- ② 多くの高齢者が介護予防の重要性を理解して実際に介護予防事業に参加すること
が地域全体として介護予防の効果を上げるために重要であることに十分に留意されたい。

(2) 介護予防事業の実施状況の調査結果（平成18年11月末時点：暫定速報値）について

① 介護予防事業の実施状況の調査の概要

【調査内容】 介護予防事業の実施状況

【集計対象】 平成19年1月15日までに回答のあった

44都道府県1,718市町村（特別区含む）

【調査期間】 平成18年4月1日～11月30日の8ヶ月間の実施状況

【調査方法】 平成18年12月25日付事務連絡により、都道府県を経由して調査を依頼

② 集計結果（暫定速報値）

	人 数	65歳以上人口に占める割合 (%)
65歳以上人口	23,392,239	—
基本チェックリストを実施した者の数	5,343,651	約 22.84
特定高齢者候補者数	273,796	約 1.17 (※5)
特定高齢者数	104,670 (※2)	約 0.45 (※6)
介護予防特定高齢者施策への参加者数 (※1)	33,711 (※3) (※4)	約 0.14 (※7)

※1 通所型介護予防事業への参加者、訪問型介護予防事業への参加者の合計
（重複して参加している者が重複している可能性がある）

※2 生活機能評価の未受診等により特定高齢者か否かが未確定の候補者数
24,455 人

※3 介護予防特定高齢者施策への参加・不参加が未確定の特定高齢者数 36,607 人

※4 特定高齢者施策以外の介護予防事業に参加している特定高齢者数 10,382 人

※5 基本チェックリストを実施した者のうち特定高齢者候補者となった割合 約 5.12 %

※6 特定高齢者候補者のうち特定高齢者となった割合 約 38.23 %

※7 特定高齢者のうち介護予防特定高齢者施策に参加した割合 約 32.21 %

（参考）平成18年9月1日時点調査と平成18年11月30日時点調査の比較

	18年9月1日までの累積	18年11月30日までの累積
特定高齢者候補者率	少なくとも 0.71 %	1.17 %
特定高齢者決定者率	0.21 %	0.45 %

（注）9月調査においては、累積の候補者数は調査項目として設けていなかったため、9月1日時点の候補者率と同日までの累積の決定者率を加えて 0.71%としている。

③今後の予定

- 2月27日の介護予防継続的評価分析等検討会において、介護予防事業の実施状況の調査結果（平成18年11月30日時点の調査）のまとめを公表予定。

(3) 継続的評価分析支援事業への参加について

- 介護予防（予防給付・介護予防特定高齢者施策）の効果の分析については、継続的分析支援事業（市町村事業、国 10/10 補助）の実施市町村における詳細なデータを基に、厚生労働省が継続的評価分析等事業を実施して行うこととしている。
- 継続的評価分析支援事業への市町村の参加については、平成19年度からでも可能であるので、都道府県におかれては、管内市町村への情報提供及び実施市町村の積極的な推薦についてお願いします。

特定高齢者の選定等に関する主な意見等

自治体関係者

- ・ 特定高齢者数が想定数を大幅に下回り、事業実施に支障をきたしている。
- ・ 選定の判断に関する基準が厳しく、該当する者は、要支援、要介護の者である場合も多い。
- ・ なるべく多くの者をサービスの対象とできるよう、選定基準の緩和を検討すべき。
- ・ 口腔機能の向上の選定基準については、候補者が決定者となる率が極端に低い。
- ・ 医師の判定「医療を優先する」「生活機能の著しい低下有り」「生活機能の著しい低下無し」の表現がわかりにくい。
- ・ 特定高齢者である可能性のある者については、各自治体の判断で行ってもよいのではないかな。

等

有識者等

- ・ 運動器の機能向上においては、全項目に該当しない者でも機能の低下があり、介護予防事業の対象とすべき者が多い。
- ・ 血清アルブミン値 3.5 g/dl の者は、在宅生活者においては非常に稀ではないか。
- ・ 「口腔内の衛生状態不良」と「嚥下機能低下（反復唾液嚥下テストで問題あり）」は、異なる状態像であり、どちらか一方のみの所見でも口腔ケアを必要とされる。決定時に両者を満たすことを必須にする必要はないのではないかな。

等

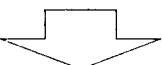
介護予防継続の評価分析等検討会構成員名簿

石田 光広	稲城市福祉部高齢福祉課長
植田 耕一郎	日本大学歯学部教授
大川 弥生	国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長
大久保 一郎	筑波大学大学院教授
大淵 修一	東京都老人総合研究所介護予防緊急対策室長
坂元 昇	川崎市健康福祉局医務監
杉山 みち子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授
鈴木 隆雄	東京都老人総合研究所副所長
高橋 紘士	立教大学コミュニティ福祉学部教授
竹澤 良子	滋賀県野洲市市民健康福祉部長
丹後 俊郎	国立保健医療科学院技術評価部長
辻 一郎	東北大学大学院教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター健康開発監

介護予防事業(地域支援事業)の効果的な取組に向けて ～成果を上げるための7つのポイント～

1. 特定高齢者の把握について

基本健康診査で基本チェックリストを実施していますが、特定高齢者に該当する方はあまりいません。



ポイント①

効率的かつ効果的な特定高齢者の把握は、

①「多くの方をチェックできる基本健康診査ルート」

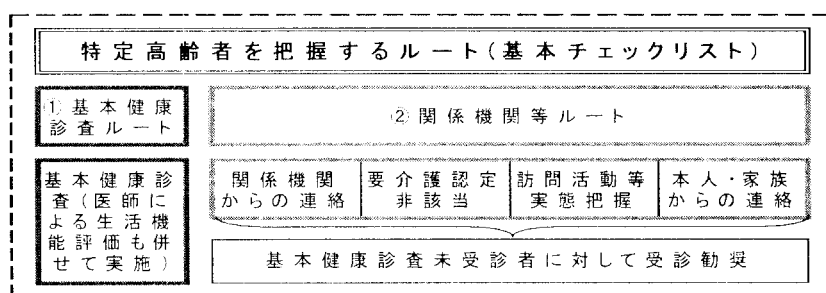
②「特定高齢者の可能性の高い関係機関等ルート」

の組合せが重要です。

○基本健康診査に併せて実施する方法は、多くの高齢者をスクリーニングする方法として効率的ですが、受診者は自立した方が多いので、特定高齢者に該当する割合は低い傾向にあります。

○特定高齢者である可能性の高い基本健康診査未受診者等については、医療関係団体等の関係団体や地域包括支援センター、保健師等と連携することにより把握することが効率的かつ効果的です。

○各市町村は、両者を組み合わせた把握事業を行う必要があります。



特定高齢者の把握が進んでいる自治体はどのような取組をしているのですか？



ポイント②

特定高齢者の把握が進んでいる自治体は、関係団体との連携等に積極的に取り組んでいます。

○具体的には、次のような取組に積極的に取り組んでいます。

- ・ 特定高齢者把握事業の担当窓口の設置、周知
- ・ 医療関係団体等の関係団体との連携
- ・ 地域包括支援センターとの連携
- ・ 保健師等の訪問活動との連携

※ 詳細は「介護予防事業の実施状況の調査結果と特定高齢者把握のための効果的な取組の分析」を参照して下さい。

○各市町村は、地域の実情を踏まえて関係団体との連携等に取り組む必要があります。

特定高齢者の把握でその他に工夫することはありますか？

ポイント③

特定高齢者の把握担当部局と要介護認定の担当部局の連携が重要です。

具体的には各市町村が、

- 1) 要支援認定の申請者に向けて、特定高齢者施策の説明をするとともに、基本チェックリストの実施を促すなど、介護予防事業の周知を行い、
- 2) 認定審査会に対しても、特定高齢者施策を説明し、要介護認定が非該当の者であっても、必要な場合には特定高齢者として適切なサービスが受けられることを周知していただくことが重要です。

地域包括支援センターが行う特定高齢者把握事業は地域支援事業交付金の対象となりますか？

ポイント④

特定高齢者の把握事業は地域支援事業交付金の対象です。

○特定高齢者把握事業は地域包括支援センターが受託できる事業であり、委託費は地域支援事業交付金の対象です。（法施行規則第140条の50）

○新たに受託できることとなる介護予防事業の普及啓発事業等をあわせて実施することにより、一層効果的な把握事業の実施が可能となります。

〔 地域包括支援センターが上記事業を受託した場合の運営費は、包括的支援事業費＋把握事業等＋介護報酬となります。 〕

2. 介護予防事業の実施について

特定高齢者が少なく介護予防事業の開催は難しい状況です。
特定高齢者の方から「友達と一緒に参加したい」という声を聞きますが、特定高齢者施策と一般高齢者施策を同じ会場でできますか？

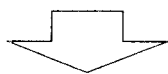
ポイント⑤

特定高齢者施策と一般高齢者施策は同じ会場で実施できます。

○特定高齢者と一般高齢者が一緒に参加できるようにするなど、市町村の創意工夫が可能です。

○この場合でも、特定高齢者の方には、介護予防ケアプランの作成、モニタリングの実施等は必要です。

国の定める基本チェックリストの該当基準では特定高齢者が十分集まらないので、市町村が独自に該当基準を定めて介護予防事業を実施してもよいですか？



ポイント⑥

一般高齢者施策は、市町村独自の基準で介護予防事業の対象者を決め、事業を実施することは可能です。

○一般高齢者施策は、市町村独自の基準で介護予防事業の対象者を決め、事業を実施することは可能です。

○特定高齢者施策と適切に組み合わせて、地域の実情に応じた効果的な介護予防事業を展開することも可能です。

3. 介護予防の効果について

介護予防の効果は、特定高齢者施策だけで考えるのですか？



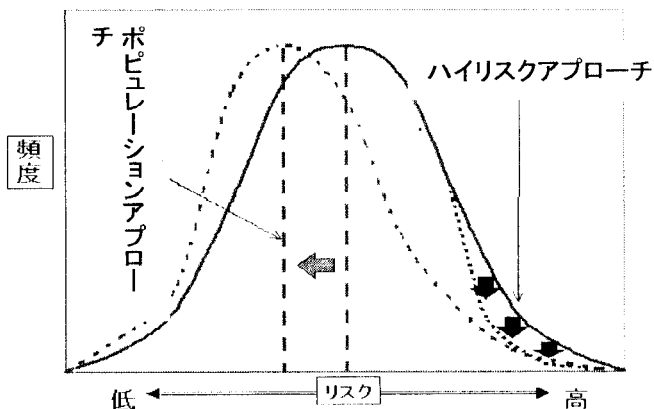
ポイント⑦

介護予防一般高齢者施策も含めて介護予防の効果を考える必要があります。

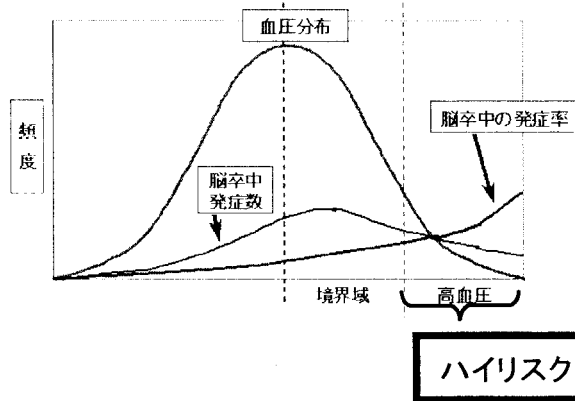
○介護予防の効果は、介護予防特定高齢者施策（ハイリスクアプローチ）と介護予防一般高齢者施策（ポピュレーションアプローチ）で効果を考えます。

○両施策を適切に組み合わせて効果的な介護予防事業を展開することが重要です。

「ハイリスクアプローチ」と「ポピュレーションアプローチ」



(例 脳卒中の場合)



介護予防事業の活性化を目指して

課 題

全国の市町村で行われている介護予防事業について、その対象となる特定高齢者が適切に把握されず、改正介護保険法で創設された「介護予防システム」が十分に機能していないという問題が生じています。
この問題を解決するため、以下のことを改善していきます。

対策1.

特定高齢者を把握するための基本チェックリストの参加者を増やします。

(1) 基本チェックリストの参加者を増やすためには、基本健康診査との連携のほかに、

- ①特定高齢者把握事業の相談窓口の設置、周知
- ②医療関係団体等の関係団体との連携
- ③地域包括支援センターとの連携
- ④保健師等の訪問活動との連携

などが効果的です。

※詳細は、「介護予防事業の実施状況の調査結果と特定高齢者把握のための効果的な取組の分析」を参照してください。

(2) さらに、参加者を増やすためには、特定高齢者の把握担当部局と要介護認定の担当部局との連携が重要です。

具体的には、各市町村が、

- ①要介護認定の申請者に向けて、特定高齢者施策の説明をするとともに、基本チェックリストの実施を促すなど、介護予防事業の周知を行い、
- ②認定審査会に対しても、特定高齢者施策を説明し、要介護認定が非該当の方であっても、必要な場合には特定高齢者として適切なサービスが受けられることを周知することが重要です。

(3) 国は、こうした効果をあげている先駆的な自治体の取組について市町村に情報提供していきます。

対策2.

特定高齢者の把握基準の要件見直しを検討します。

特定高齢者の把握状況や関係者の御意見などを踏まえ、

- ①基本チェックリストに係る特定高齢者（候補者）の該当基準
 - ②特定高齢者（決定者）の決定基準
- について、要件の見直しを検討します。（平成19年4月施行予定）

対策3.

地域の実情に応じた、特定高齢者施策と一般高齢者施策とを組合わせた市町村の介護予防事業を可能とします。

- （1）一般高齢者施策は、市町村独自の基準で対象者を決めることが可能です。特定高齢者施策と適切に組合せて、地域の実情に応じた、効果的な介護予防事業を展開することも可能です。
- （2）特定高齢者施策と一般高齢者施策は、同じ会場で実施することを可能とします。高齢者同士が一緒に参加できるようにするなど、市町村の創意工夫が可能になります。

対策4.

特定高齢者把握事業を行う地域包括支援センターの体制整備を支援し、より効果的な特定高齢者の把握を目指します。

- （1）特定高齢者把握事業は、現在でも地域包括支援センターが受託できますが、当該センターが委託できる業務を緩和し、介護予防に係る普及啓発や地域活動を支援する事業などを受託することができるようになります。
- （2）これらの事業をあわせて実施することにより、特定高齢者の把握についても一層効果的な業務の実施が可能となります。
- （3）また、これらの事業は地域支援事業交付金の対象となることから、受託した場合、当該センターの体制整備も図られることとなります。

対策5.

介護予防事業に効果をあげている先駆的な自治体の取組や介護予防プログラムをすべての市町村に対し、積極的に情報提供し、市町村を支援します。

引き続き、介護予防事業に効果をあげている先駆的な自治体の取組や介護予防プログラムをすべての市町村に対し、積極的に情報提供し、市町村を支援します。

継続的評価分析支援事業への参加について

継続的評価分析支援事業(市町村事業、国10/10補助)への市町村の参加は平成19年度からでも可能です。

介護予防の効果の分析について

- 介護予防(新予防給付・特定高齢者施策)の効果の分析については、継続的評価分析支援事業の実施市町村における詳細なデータを基に、厚生労働省が継続的評価分析等事業において行うこととしています。
- 本事業においては、①介護予防サービスを受けた高齢者の心身の状態や活動状況の変化の分析及び②介護予防の費用に対する効果の分析を行うこととしています。

市町村		継続的評価分析支援事業
	報告対象	〈予防給付〉〈特定高齢者施策〉
	報告内容	高齢者の心身の状態や活動状況等のデータ
報 告		
厚生労働省		継続的評価分析等事業
	分析対象	〈予防給付〉〈特定高齢者施策〉
	分析内容	○心身の状態や活動状況の変化の分析 ○費用に対する効果の分析
	分析データ	継続的評価分析支援事業の実施市町村からの 高齢者の心身の状態や活動状況等のデータ
	分析	介護予防継続的評価分析等検討会において実施
	活用データ	既存の各種データ(介護給付費実態調査等)

(参 考) 介護保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項(検討)

政府は、法律の施行後3年を目途として、予防給付及び地域支援事業について、その実施状況等を勘案し、費用に対するその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。

継続的評価分析支援事業について

参加するメリット

- ① 利用者の心身の状態や活動状況の変化が一目で分かります。
 <要支援状態等の区分、基本チェックリスト、運動器の機能向上の推移等>

DATE			3/31	6/30	9/30	12/31
例 プログラム内容	実施回数／月		1回	1回	1回	2回
	実施時間／回		30m－1H	30m－1H	1H－2H	30m－1H
	実施方法	グループ体操				
		マシンによる筋力増強訓練				
		マシンによらない筋力増強訓練			*	*
		持久性訓練				
		日常生活動作に関わる訓練				
		レクリエーション・ゲーム	*	*		
		その他				
	片足立ち	40 30 20 10 00 秒				

- ② ケアマネジメントの際、ご利用者等に状態の改善状況を分かりやすく説明でき、予防効果の理解も深まります。
- ③ 個人毎の記録票だけでなく、各地域包括支援センターにおける介護予防の取組効果が簡単に把握できます。
- ④ 費用対効果のデータについて、国が参加市町村毎に分析し、お知らせします。
- ⑤ 各市町村において、データを活用し、様々な介護予防の効果や費用対効果の分析が可能となります。

各市町村における事業実施の概要

○調査対象 各市町村内の1地域包括支援センター

○事業費用 国の10/10補助

※ 地域包括支援センターの本来事務に支障を来さよう、調査、データ入力を行う人件費等も補助対象となっています。

平成18年度 継続的評価分析支援事業実施市町村

2月19日現在

	都道府県名	市町村名
1	北海道	北広島市
2	青森	鶴田町
3	岩手	矢巾町
4	宮城	仙台市
		涌谷町
5	秋田	横手市
6	山形	酒田市
7	福島	西会津町
		浪江町
		北塩原村
8	茨城	水戸市
		土浦市
9	栃木	大田原市
10	群馬	草津町
11	埼玉	和光市
		小鹿野町
12	千葉	本埜村
13	東京	八王子市
14	神奈川	秦野市
		茅ヶ崎市
15	新潟	胎内市
16	富山	富山市
		砺波市
17	石川	珠洲市
18	福井	
19	山梨	北杜市
20	長野	東御市
		上田市
21	岐阜	大垣市
22	静岡	御殿場市
		静岡市
23	愛知	豊橋市
		高浜市
24	三重	玉城町
25	滋賀	安土町

	都道府県名	市町村名
26	京都	京都市
		亀岡市
27	大阪	田尻町
28	兵庫	神戸市
		篠山市
29	奈良	王寺町
30	和歌山	那智勝浦町
		橋本市
31	鳥取	米子市
32	島根	隠岐の島町
		東出雲町
		邑南町
		知夫村
33	岡山	真庭市
34	広島	尾道市
35	山口	岩国市
		周南市
		田布施町
36	徳島	小松島市
37	香川	宇多津町
38	愛媛	松山市
		久万高原町
39	高知	中芸広域連合
40	福岡	北九州市
41	佐賀	多久市
42	長崎	長崎市
43	熊本	山鹿市
		美里町
		長洲町
44	大分	大分市
		竹田市
45	宮崎	高原町
46	鹿児島	曾於市
		南種子町
		中種子町
47	沖縄	
	計	69

20. 要介護認定の適正な運営について

(1) 要介護認定における地域差の現状

- 要介護認定率（要介護認定者／高齢者人口）については、地域の高齢化率や介護サービスの事業量等の影響を受けるものであり、地域間の比較については慎重に評価する必要があるが、軽重度変更率（注）については、基本的には全国でほぼ同様の結果になることが期待される項目であり、下記の地域差の状況を踏まえると、地域差の是正を図っていく必要があるものと考えられる。

（資料1～3参照）

（注）軽重度変更率

- ◆ 訪問調査の結果等に基づく一次判定（コンピューター判定）の結果と二次判定（介護認定審査会における審査判定）の結果を比較したときに、軽度又は重度に要介護状態等区分を変更した割合。

〈軽重度変更率の地域差〉

◆ 重度変更率 全国平均 20.1%

最大値：31.0%（宮城県） 最小値：8.8%（奈良県） 差：22.2%

◆ 軽度変更率 全国平均 7.4%

最大値：17.2%（鳥取県） 最小値：3.3%（福井県） 差：13.9%

平成19年1月時点報告集計（平成18年4月～平成19年1月までの累積件数）

(2) 認定調査及び審査判定の適正化

- 介護保険制度における要介護認定については、認定調査員による訪問調査の結果等をもとに、各市町村において設けられている介護認定審査会において審査判定がなされているところであり、認定調査及び介護認定審査会の審査判定について、適正化及び平準化を図ることができれば、地域差の是正にもつながるものと考えている。

- このため、平成19年度予算（案）においては、

- ① 各市町村の認定調査における中核的な役割を担い、職場内において他の認定調査員に対する適切な指導等を行う「調査指導員」を養成するとともに（調査指導員養成研修事業）
- ② 各市町村からの派遣要請に基づき、適正な審査判定を徹底するため、要介護認定に精通した者を介護認定審査会に派遣し、技術的助言を行う事業の実施（要介護認定適正化事業）

等に必要な予算を計上したところであり、具体的な実施方法等については、今後確定していくこととしているが、円滑な施行が可能となるよう逐次状況をお示ししていく予定である。

- また、厚生労働省においては、各都道府県及び市町村において、要介護認定の適正化及び平準化に係る取組を行う際に活用していただくことを目的としたマニュアルや審査判定事例集等といった参考指標等の作成も行っているところであり、引き続き、要介護認定等の適正化及び円滑化に資する仕組みを検討していくこととしている。
- なお、各都道府県及び市町村においても、
 - ① 認定支援ネットワークの報告集計等を活用することにより、管内市町村及び合議体ごとの軽重度変更率等の格差に係る実態を把握し、その要因分析に基づく対策を講じるとともに
 - ② 認定調査員や介護認定審査会委員等を対象とし、要介護認定に係る必要な知識・技能の習得等を目的とした「認定調査員等研修事業」の充実等を行うことにより、一層の要介護認定等の適正化及び平準化に係る取組を実施していただきたい。

(3) 特定高齢者の把握担当部局との連携

- 要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進する観点から、平成18年4月より地域支援事業において介護予防事業が実施されているところであるが、特定高齢者の決定者数、候補者数については低調であり、その要因の一つとして、要介護認定の担当部局と特定高齢者の把握担当部局の連携不足を指摘する意見がある。
- すなわち、本来、介護予防特定高齢者施策で対応すべき高齢者について、
 - ① 市町村から当該高齢者に対し、介護予防特定高齢者施策等について十分な情報提供がされておらず、要支援認定の申請がされる一方
 - ② 各市町村から介護認定審査会に対し、介護予防特定高齢者施策等について十分な情報提供がなされていないため、何らかのサービス提供を行う必要があるとの観点等から、当該高齢者が要支援者として認定されている場合が相当あるのではないかという指摘があるところである。
- なお、要介護・要支援認定における重度変更率についても、一次判定で「非該当」となった者において、介護認定審査会における二次判定で重度変更された件数が約7割となっており、他の要介護状態等区分と比べ大きくなっているという現状も見受けられている。

(参考) 要介護状態等区分別の軽重度変更率

要介護認定における重度変更率を見ると、一次判定で「非該当」と判定された者の重度変更率は約7割となっており、他の要介護状態区分等の2～3割と比べて大きくなっている。

(単位：件)

		二次判定		
		軽度変更率	一次判定と同じ区分	重度変更率
一次判定	非該当		28.1%	71.9%
	要支援1	1.1%	64.4%	34.5%
	要介護1相当	8.2%	77.0%	14.8%
	要介護2	7.4%	73.5%	19.1%
	要介護3	6.3%	74.0%	19.7%
	要介護4	13.3%	69.7%	17.0%
	要介護5	12.9%	87.1%	

平成19年1月時点報告集計（平成18年4月～平成19年1月までの累積件数）

※詳細については（資料4）参照

○ 各市町村における要介護認定の担当部局におかれては、特定高齢者の把握担当部局と連携を図りつつ、

① 要支援認定が非該当の者であっても、必要な場合には特定高齢者として適切なサービスが受けられることを介護認定審査会に対し説明し、引き続き適正な認定審査を行っていただくとともに

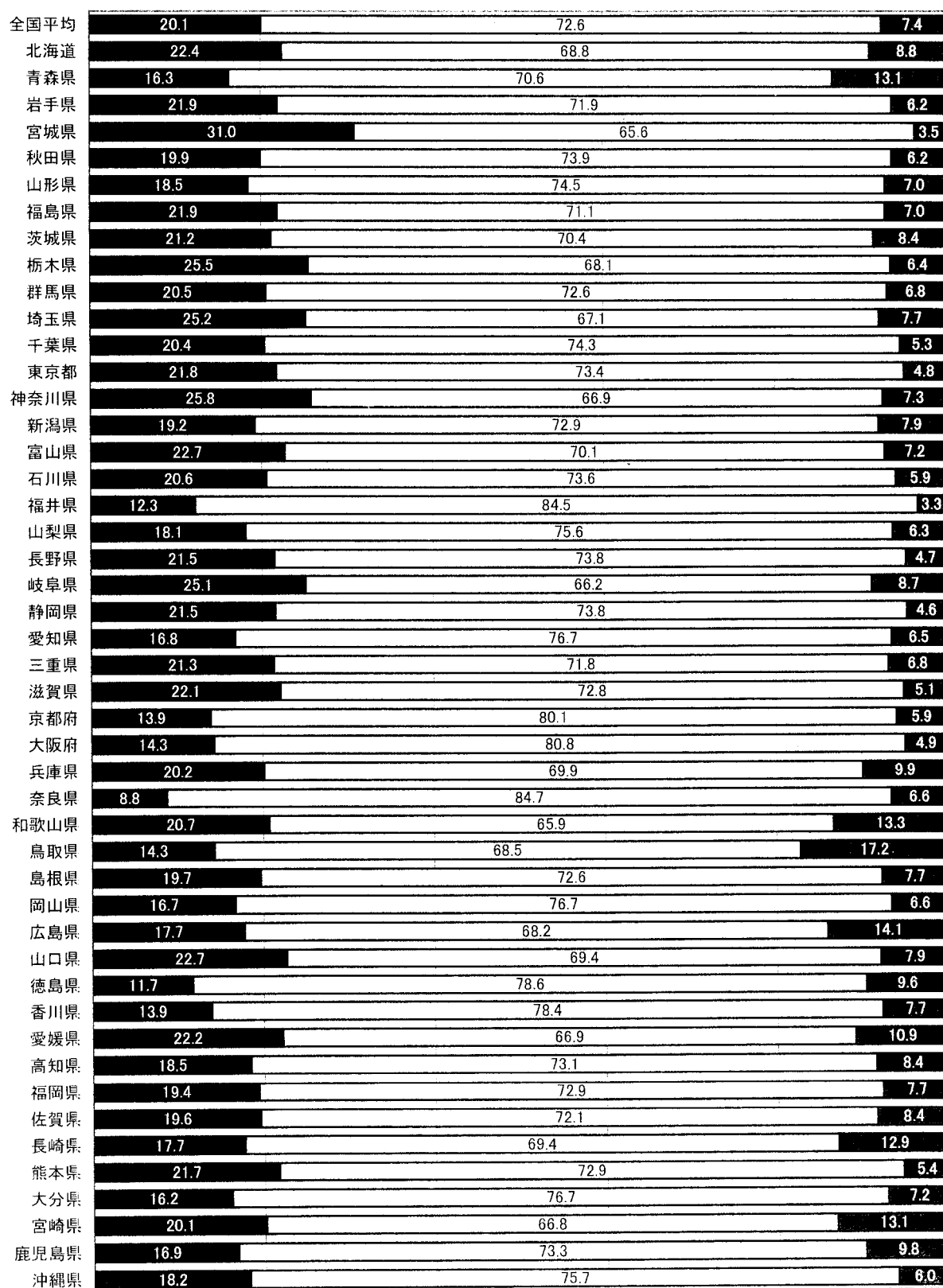
② 要支援認定の申請者には、特定高齢者施策の説明をするとともに、基本チェックリストの実施を促す

等、介護予防事業の周知に努めていただきたい。

都道府県の軽重度変更率

-非該当から要介護5の総集計-

平成19年1月時点報告集計(平成18年4月～平成19年1月までの累積件数)

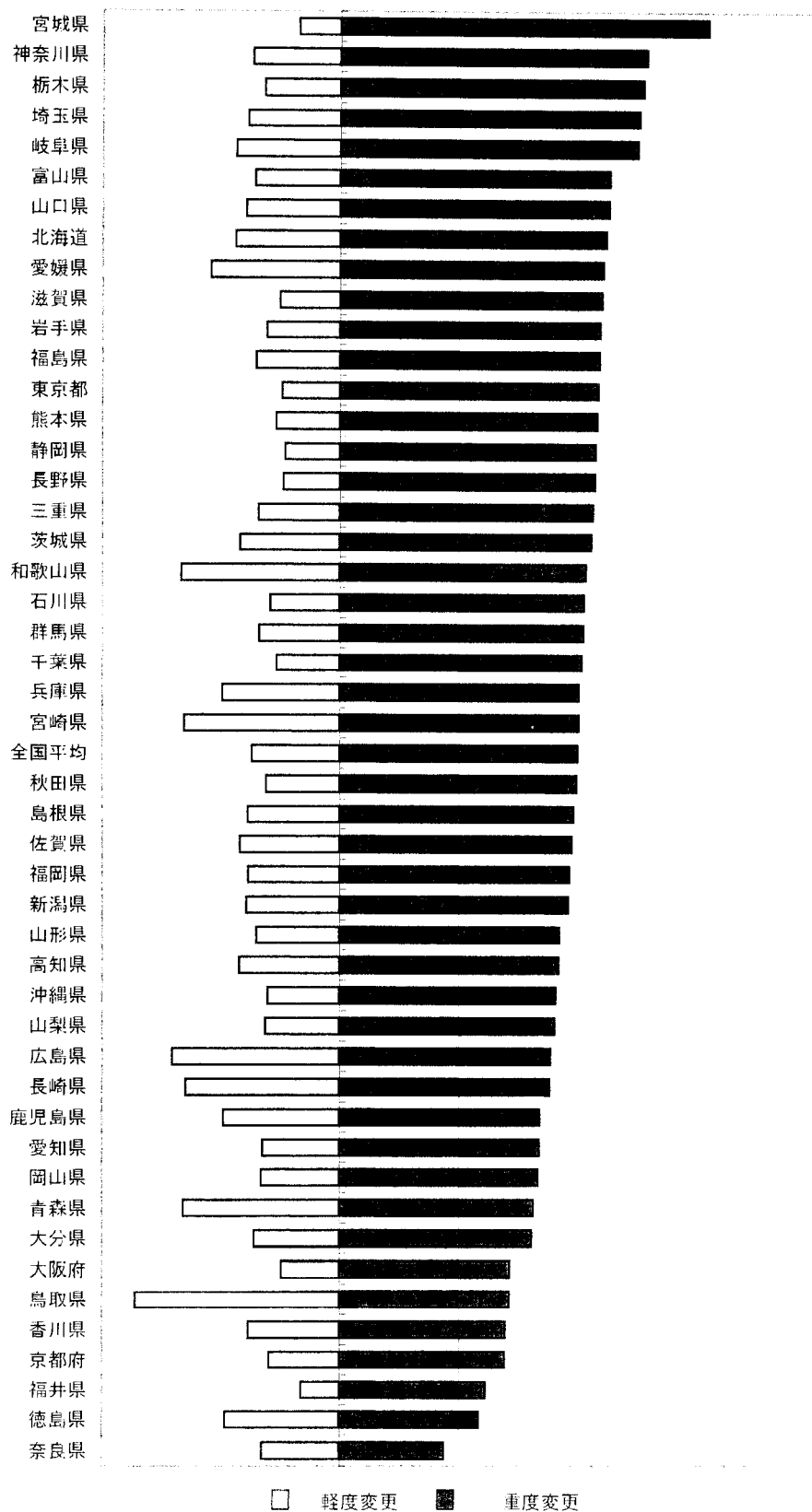


■ 軽度変更 □ 変更なし ■ 重度変更

軽重度変更率の地域差（重度変更率順）

-非該当から要介護5の総集計-

平成19年1月時点報告集計（平成18年4月～平成19年1月までの累積件数）



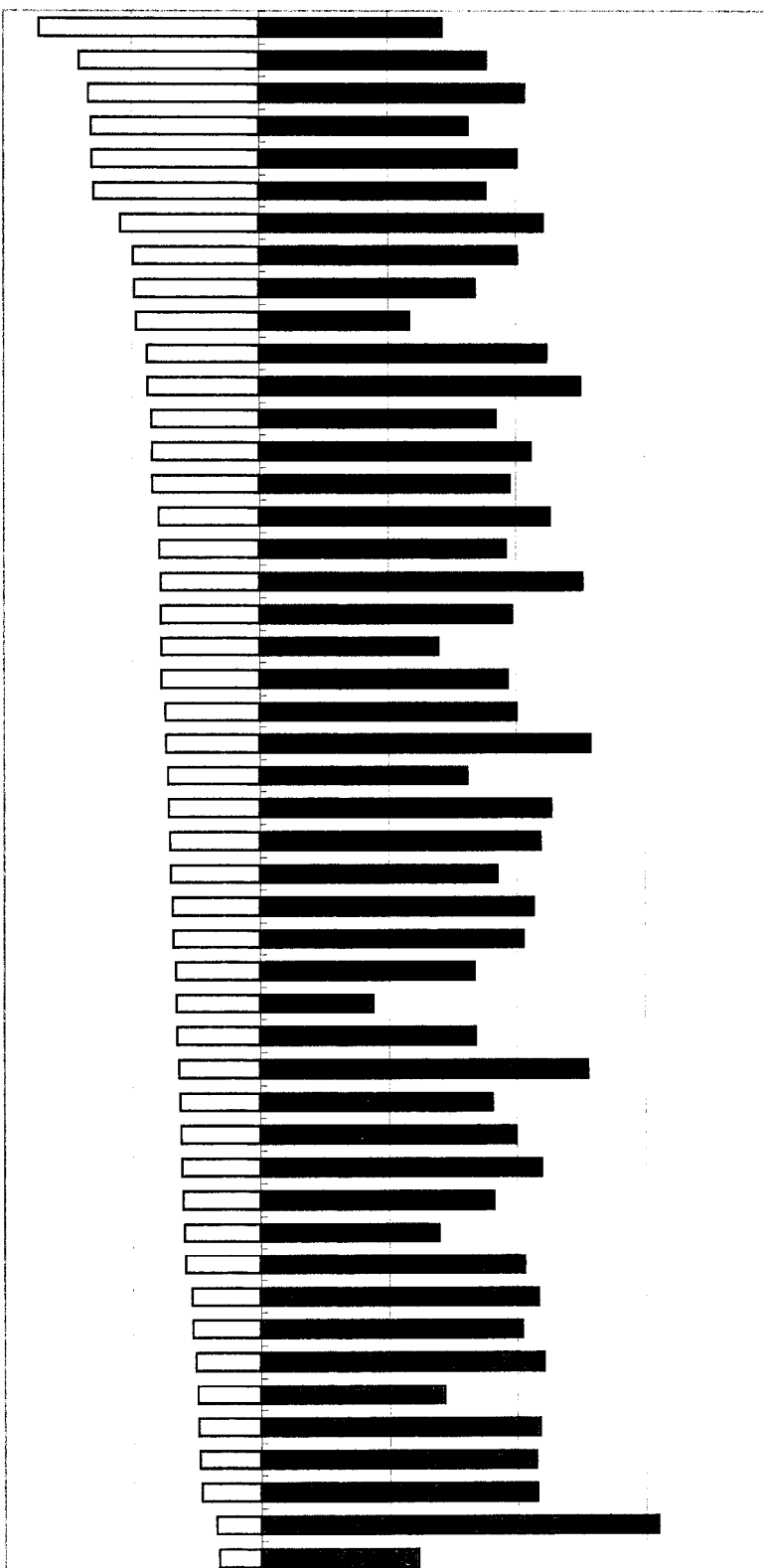
	軽度変更	重度変更
宮城県	3.5	31.0
神奈川県	7.3	25.8
栃木県	6.4	25.5
埼玉県	7.7	25.2
岐阜県	8.7	25.1
富山県	7.2	22.7
山口県	7.9	22.7
北海道	8.8	22.4
愛媛県	10.9	22.2
滋賀県	5.1	22.1
岩手県	6.2	21.9
福島県	7.0	21.9
東京都	4.8	21.8
熊本県	5.4	21.7
静岡県	4.6	21.5
長野県	4.7	21.5
三重県	6.8	21.3
茨城県	8.4	21.2
和歌山県	13.3	20.7
石川県	5.9	20.6
群馬県	6.8	20.5
千葉県	5.3	20.4
兵庫県	9.9	20.2
宮崎県	13.1	20.1
全国平均	7.4	20.1
秋田県	6.2	19.9
島根県	7.7	19.7
佐賀県	8.4	19.6
福岡県	7.7	19.4
新潟県	7.9	19.2
山形県	7.0	18.5
高知県	8.4	18.5
沖縄県	6.0	18.2
山梨県	6.3	18.1
広島県	14.1	17.7
長崎県	12.9	17.7
鹿児島県	9.8	16.9
愛知県	6.5	16.8
岡山県	6.6	16.7
青森県	13.1	16.3
大分県	7.2	16.2
大阪府	4.9	14.3
鳥取県	17.2	14.3
香川県	7.7	13.9
京都府	5.9	13.9
福井県	3.3	12.3
徳島県	9.6	11.7
奈良県	6.6	8.8

軽重度変更率の地域差（軽度変更率順）

-非該当から要介護5の総集計-

平成19年1月時点報告集計（平成18年4月～平成19年1月までの累積件数）

鳥取県
広島県
和歌山県
青森県
宮崎県
長崎県
愛媛県
兵庫県
鹿児島県
徳島県
北海道
岐阜県
高知県
茨城県
佐賀県
山口県
新潟県
埼玉県
島根県
香川県
福岡県
全国平均
神奈川県
大分県
富山県
福島県
山形県
三重県
群馬県
岡山県
奈良県
愛知県
栃木県
山梨県
秋田県
岩手県
沖縄県
京都府
石川県
熊本県
千葉県
滋賀県
大阪府
東京都
長野県
静岡県
宮城県
福井県

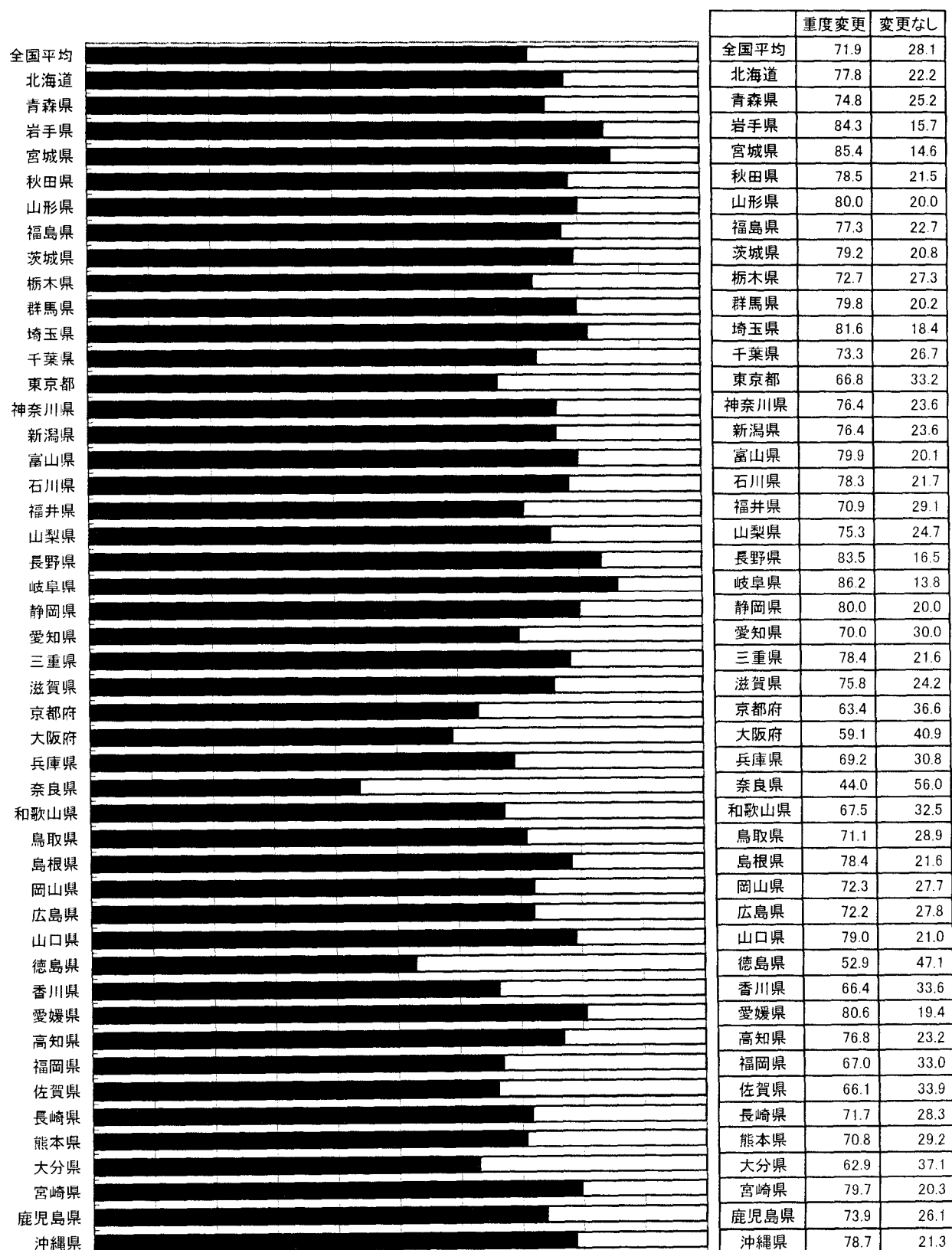


□ 軽度変更 ■ 重度変更

	軽度変更	重度変更
鳥取県	17.2	14.3
広島県	14.1	17.7
和歌山県	13.3	20.7
青森県	13.1	16.3
宮崎県	13.1	20.1
長崎県	12.9	17.7
愛媛県	10.9	22.2
兵庫県	9.9	20.2
鹿児島県	9.8	16.9
徳島県	9.6	11.7
北海道	8.8	22.4
岐阜県	8.7	25.1
高知県	8.4	18.5
茨城県	8.4	21.2
佐賀県	8.4	19.6
山口県	7.9	22.7
新潟県	7.9	19.2
埼玉県	7.7	25.2
島根県	7.7	19.7
香川県	7.7	13.9
福岡県	7.7	19.4
全国平均	7.4	20.1
神奈川県	7.3	25.8
大分県	7.2	16.2
富山県	7.2	22.7
福島県	7.0	21.9
山形県	7.0	18.5
三重県	6.8	21.3
群馬県	6.8	20.5
岡山県	6.6	16.7
奈良県	6.6	8.8
愛知県	6.5	16.8
栃木県	6.4	25.5
山梨県	6.3	18.1
秋田県	6.2	19.9
岩手県	6.2	21.9
沖縄県	6.0	18.2
京都府	5.9	13.9
石川県	5.9	20.6
熊本県	5.4	21.7
千葉県	5.3	20.4
滋賀県	5.1	22.1
大阪府	4.9	14.3
東京都	4.8	21.8
長野県	4.7	21.5
静岡県	4.6	21.5
宮城県	3.5	31.0
福井県	3.3	12.3

要介護状態等区分別の軽重度変更率（一次判定が「非該当」のケース）

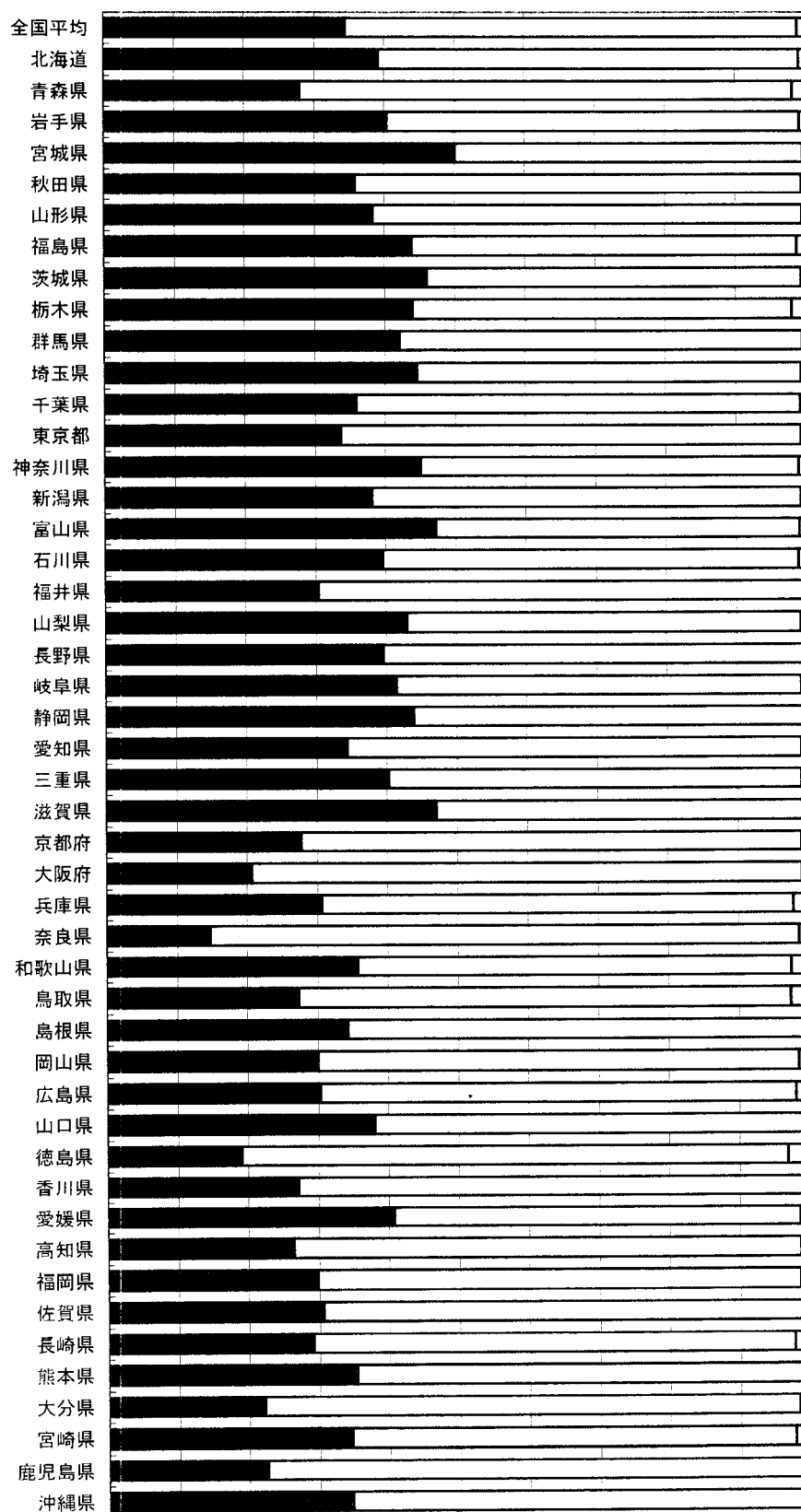
平成19年1月時点報告集計（平成18年4月～平成19年1月までの累積件数）



■ 重度変更(非該当→要支援1以上) □ 変更なし

要介護状態等区分別の軽重度変更率（一次判定が「要支援1」のケース）

平成19年1月時点報告集計(平成18年4月～平成19年1月までの累積件数)



	重度変更	変更なし	軽度変更
全国平均	34.5	64.4	1.1
北海道	39.2	60.0	0.8
青森県	28.0	70.2	1.7
岩手県	40.4	58.8	0.8
宮城県	50.1	49.6	0.3
秋田県	35.9	63.6	0.5
山形県	38.4	61.2	0.4
福島県	44.0	54.9	1.2
茨城県	46.1	53.3	0.6
栃木県	44.0	54.0	1.9
群馬県	42.2	57.4	0.4
埼玉県	44.6	54.8	0.6
千葉県	35.9	63.3	0.7
東京都	33.7	65.6	0.7
神奈川県	45.2	53.8	1.0
新潟県	38.1	61.1	0.7
富山県	47.3	51.8	1.0
石川県	39.7	59.2	1.1
福井県	30.5	69.1	0.5
山梨県	43.0	56.1	0.9
長野県	39.7	60.1	0.2
岐阜県	41.5	57.7	0.8
静岡県	43.9	55.7	0.3
愛知県	34.5	64.7	0.8
三重県	40.3	58.8	0.8
滋賀県	47.1	52.1	0.8
京都府	27.8	71.3	0.9
大阪府	20.8	78.4	0.9
兵庫県	30.8	67.2	2.1
奈良県	14.8	83.9	1.4
和歌山県	35.7	61.8	2.4
鳥取県	27.3	70.1	2.6
島根県	34.3	64.8	0.9
岡山県	30.0	68.6	1.4
広島県	30.4	67.7	1.9
山口県	38.1	60.8	1.0
徳島県	19.1	77.8	3.1
香川県	27.2	71.8	1.0
愛媛県	40.8	57.8	1.3
高知県	26.5	72.3	1.2
福岡県	29.9	68.7	1.4
佐賀県	30.6	68.7	0.7
長崎県	29.2	68.6	2.2
熊本県	35.5	63.8	0.7
大分県	22.3	76.2	1.5
宮崎県	34.7	63.2	2.1
鹿児島県	22.6	76.1	1.2
沖縄県	34.8	64.6	0.6

■ 重度変更(要支援1→要支援2以上) □ 変更なし □ 軽度変更(要支援1→非該当)

要介護状態等区分別の軽重度変更率

(資料4)

(単位:件)

		二 次 判 定									
		非該当	要支援		要介護					合計	
			1	2	1	2	3	4	5	件数	割合
一 次 判 定	非該当	33,325	59,298	7,448	17,428	1,180	59	7	3	118,748	3.6%
		28.1%	49.9%	6.3%	14.7%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	要支援1	5,651	345,562	65,304	108,588	10,694	463	10	2	536,274	16.3%
		1.1%	64.4%	12.2%	20.2%	2.0%	0.1%	0.0%	0.0%	100.0%	
	要介護1相当	1,412	88,917	417,950	431,523	152,626	10,179	205	6	1,102,818	33.5%
		0.1%	8.1%	37.9%	39.1%	13.8%	0.9%	0.0%	0.0%	100.0%	
	要介護2	27	532	10,441	21,920	329,186	82,964	2,642	45	447,757	13.6%
		0.0%	0.1%	2.3%	4.9%	73.5%	18.5%	0.6%	0.0%	100.0%	
	要介護3	25	13	206	762	25,484	307,938	75,973	5,689	416,090	12.7%
		0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	6.1%	74.0%	18.3%	1.4%	100.0%	
要介護4	15	3	9	50	1,696	44,077	240,276	58,670	344,796	10.5%	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	12.8%	69.7%	17.0%	100.0%		
要介護5	16	0	1	5	100	3,953	37,384	280,356	321,815	9.8%	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	11.6%	87.1%	100.0%		
合計	40,471	494,325	501,359	580,276	520,966	449,633	356,497	344,771	3,288,298	100.0%	
	1.2%	15.0%	15.2%	17.6%	15.8%	13.7%	10.8%	10.5%	100.0%		

平成19年1月時点報告集計(平成18年4月～平成19年1月までの累積件数)

2 1. 要介護認定実態調査等の実施について

(1) 要介護認定実態調査事業

- 平成18年4月の介護保険制度改正において、要介護認定についても、「新たな予防給付」の創設や要介護認定事務の一部見直しが行われたところであるが、当該改正等を踏まえ、各市町村における要介護認定の実施体制及び実施状況を調査及び分析することにより、今後の制度改正等に係る基礎資料を得ることを目的とした要介護認定事務等に係る実態調査を実施するところである。
- なお、本事業の実施については、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、近日中に厚生労働省老健局老人保健課長通知「平成18年度要介護認定実態調査事業について（依頼）」を発出する予定しているが、各都道府県におかれては、その円滑な実施に向けて管下の市町村に対する技術的助言等よろしくご配慮願いたい。

(2) 高齢者介護実態調査事業

- 介護保険制度における要介護認定基準については、「介護にかかる手間」を最も客観的な指標としてとらえ、公平・公正かつ客観的に判定できるよう、全国一律に設定されているものであるが、現行制度において使用している一次判定ロジックについては、平成13年の高齢者介護実態調査の結果に基づき構築されたものである。
- 前回調査（平成13年）から5年以上が経過し、サービスの質やサービスのあり方に関する考え方の変化等を介護保険制度の給付の前提となる要介護認定における一次判定ロジックに反映させることが、給付費の増加がみられる現状においても、制度の信頼性を高めつつ、その持続可能性を担保するためにも必要である。
- このため、要介護認定調査検討会での検討を踏まえた調査票等により、現行の要介護認定の導入・改定の際に行った高齢者介護実態調査よりも調査項目を拡げて心身の状況や介護の手間の状況等を調査し、新たな要介護認定手法の検討に資することを目的とした調査を実施しているところである。
- また、高齢者介護実態調査の分析結果に基づき、要介護認定調査検討会の検討内容等を踏まえ、最新の知見に基づく新たな一次判定ロジック（案）を構築する予定であるが、当該一次判定ロジック（案）に基づく一連の要介護認定業務を試行的に実施し、その信頼性及び実効性を検証すべく、平成19年度の後半を目途に「要介護認定モデル事業」を実施する予定としている。

(参考) 平成19年度要介護認定モデル事業(案)

実施主体: 都道府県及び市町村(特別区、一部事務組合及び広域連合を含む)

予算額(案): 介護保険事業費補助金 345,206千円(補助率10/10)

- なお、要介護認定モデル事業の実施市町村については、各都道府県から3市町村程度の推薦をもとに、合計約140市町村にて実施する予定であり、各都道府県の推薦依頼及び介護保険事業費補助金の実施要綱等を含めた詳細については、円滑な施行が可能となるよう逐次状況をお示ししていく予定であり、各都道府県におかれては、実施市町村の推薦等、円滑な実施に資するための協力をよろしくお願いします。

(参考) 想定される要介護認定に係る施行準備スケジュール(案)

平成18年度: ・「高齢者介護実態調査」(1分間タイムスタディ調査)の実施。【実施中】

↓

平成19年度: ・調査結果を集計・分析することにより、新たな一次判定ロジック(案)を構築
・「要介護認定モデル事業(第一次)」の実施(約140市町村対象)

↓

平成20年度: ・前年度事業の結果を踏まえ、一次判定ロジック(案)の修正検討(予定)
・「要介護認定モデル事業(第二次)」の実施(全市町村対象)

22. 老人保健事業等について

(1) 老人保健事業の今後の方向について

老人保健法に基づく医療等以外の保健事業（以下「老人保健事業」という。）については、先般の医療制度改革において「老人保健法」を「高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療法」という。）」に改正したことに伴い、生活習慣病予防の観点からの取組については、

- ① 老人保健事業として実施してきた基本健康診査等について、平成20年度から、
 - ア 40歳から74歳までの者については、高齢者医療法に基づく特定健康診査及び特定保健指導として、医療保険者にその実施を義務づけることとしており、また、
 - イ 75歳以上の者については、後期高齢者医療広域連合に努力義務が課されている保健事業の一環として、健康診査を実施する方向で検討が進められている。
- ② また、これまで老人保健事業として実施してきた歯周疾患検診、骨粗鬆症検診等については、平成20年度から健康増進法に基づく事業として、市区町村が引き続き実施することとされたところである。

また、老人保健事業のうち、介護予防の観点からの取組については、介護予防を中心とする高齢者に対するサービスを強化するため、一昨年の介護保険法の改正において地域支援事業を創設し、平成18年4月から介護予防事業の実施を市区町村に義務付け、この事業の中で実施しているところである。

さらに、現在、老人保健事業における基本健康診査の一環として実施している生活機能評価については、平成20年度からは地域支援事業における介護予防事業において実施することとしているところである。

なお、生活機能評価の実施に当たっては、市区町村においては、受診者の負担を軽減するため、医療保険者が実施する特定健康診査等と共同で実施することが望ましいとの有識者からの御意見をいただいているところであり、現在、実施方法等について省内で検討しているところである。

老人保健事業については、昭和57年度の制度創設以来、市町村での地域保健活動の拡大・推進や保健関係職種の役割の定着・技術の向上に寄与するとともに、高齢者に対するサービス提供の先駆的な取組となったものと評価されており、制度見直し後においても施策が後退しないよう、それぞれの施策において、必要な措置を講ずることとされているところである。

(2) 保健事業平成19年度計画について

老人保健事業については、平成17年度以降、原則として、保健事業第4次計画の考え方に沿って単年度計画に基づき事業を実施していただいているところである。老人保健事業の最終年度となる平成19年度においても同様に実施していただくことを考えており、平成19年度予算案において所要の額を計上しているところである。

現時点における計画案については、(別紙1)のとおりであり、正式な通知については、政府予算の成立後、速やかにお示しすることとしているので、各都道府県におかれては、管内市区町村及び関係団体等に対する周知並びに適切な指導を行い、事業の円滑な実施に遺漏のないよう、特段の御配慮をお願いしたい。

なお、老人保健事業のこれまでの実績等については参考資料として添付するので、業務の参考としていただきたい。

(3) 肝炎ウイルス検診等の実施について

老人保健事業における肝炎ウイルス検診等については、C型肝炎等緊急総合対策の一環として、平成14年度からの5ヶ年計画として実施され、平成18年度が最終年度となっている。しかしながら、何らかの理由による未受診の者が相当程度存在するものと推計されることから、老人保健事業の最終年度となる平成19年度においても、引き続き実施することとしており、平成19年度予算案において所要の額を計上しているところである。

現時点における実施方法等については(別紙2)のとおりであり、正式な通知については、政府予算の成立後、速やかにお示しすることとしているので、各都道府県におかれては、管内市区町村及び関係団体等に対する周知並びに適切な指導を行い、事業の円滑な実施に遺漏のないよう、特段の御配慮をお願いしたい。

(4) 市町村が実施するがん検診の推進について

がん検診については、昭和57年度に老人保健法に基づく市町村の事業として胃がん検診、子宮頸部がん検診が開始され、その後、子宮体部がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診が追加・拡充されてきたが、平成10年度に一般財源化され、それ以降は法律に基づかない市区町村独自の事業として整理された。現在、国では、これらのがん検診について、対象年齢、受診間隔等に関する標準的なガイドライン(がん検診指針)を示しているところである。

昨年、「がん対策基本法」が制定され、本年４月から施行されることとなっているところである。同法においては、基本的な施策の柱の一つとして、第３章第１節において「がんの予防及び早期発見の推進」を掲げており、同法第１２条及び第１３条により、国及び地方公共団体は、がんの予防の推進、がん検診の質の向上、がん検診の推進のために必要な施策を講ずるよう求められているところである。

また、市区町村が行うがん検診については、平成２０年度以降、健康増進法に基づく事業として実施される予定となっている。

各都道府県におかれては、こうした状況を御理解の上、がんの予防及び早期発見の推進に積極的に取り組まれるとともに、管内市区町村に対する支援をお願いしたい。

（５）マンモグラフィ検診遠隔診断支援モデル事業について

市区町村が実施する乳がん検診については、死亡率減少効果の観点から対象年齢や実施方法等を検討し、平成１６年４月から「がん検診指針」を改正し、マンモグラフィによる乳がん検診を原則とすることとしたところである。また、この改正を踏まえ、マンモグラフィによる乳がん検診の実施体制を整備するため、平成１７年度及び平成１８年度の２ヶ年でマンモグラフィ緊急整備事業を実施しているところである。

マンモグラフィ装置については、近年、デジタル方式のものが導入されてきており、読影診断の効率化が期待されている。このため、マンモグラフィによる乳がん検診の受診率の向上、乳がん検診の質の向上を図るため、平成１８年度の補正予算において、デジタル式マンモグラフィ装置を用いた遠隔診断をモデル的に実施することとしたところである。

具体的実施方法等については、実施要綱を定め、各都道府県等あて通知しているところであり、各都道府県におかれては、管内関係機関への周知をお願いしたい。なお、本事業については、直接国において申請を受け付けるものであり、都道府県を経由する事務等は発生しないので、その旨御留意願いたい。

（６）平成１９年度新規事業について

平成１９年度の新規予算事業として、がん検診に関する下記の事業を実施することとしている。各事業の内容については下記のとおりであり、概要を（別紙３）のとおりまとめているので、遺漏のないようお願いしたい。なお、実施要綱等については、具体的な案が固まり次第お示しする。

ア がん検診実施体制強化モデル事業

がん検診の精度管理に資するため、都道府県において、がん検診実施機関の名称、所在地、検診実施日や、受診者数、受診率、要精検率等の検診実績等のデータベースを構築する。また、都道府県のホームページに当該データを公表することにより、地域住民の検診受診の利便性の向上に寄与する。

本事業の実施主体は都道府県を予定しており、モデル事業として10自治体程度の実施を予定している。

イ マンモグラフィ検診従事者研修事業

マンモグラフィによる乳がん検診の診断精度の向上に資するため、十分な知識・経験を修得させるための上級研修を実施する。

本事業の実施主体は、都道府県、公益法人、NPO法人を予定している。

ウ マンモグラフィ検診精度向上事業

マンモグラフィによる乳がん検診の診断精度の向上に資するため、デジタル式マンモグラフィ装置を導入している検診機関に対し、コンピュータ診断支援システム（CAD：Computer-Aided Detection）の導入の補助を実施する。

補助の予定台数は、45台を見込んでいるところである。

（７）がん検診に関する検討会について

これまで、「がん検診に関する検討会」においては、乳がん、子宮がん及び大腸がんについて、検診の実施方法や事業評価について検討し、中間報告がまとめられてきたところである。

本年度は、胃がんについて検診の実施方法や事業評価について、これまで3回にわたり御議論いただいているところである。これまでの御議論の中では、受診間隔が2年に1度でもその効果は変わらないという推計があるとの意見がある一方で、受診間隔について議論するためには受診率の向上策を整えてから対応すべきとの御意見をいただいているところである。また、精密検査については、胃部内視鏡検査を実施すべきとの御意見がなされたところである。

今後、これまでの御議論を踏まえ、年度内を目途に中間報告を取りまとめていただくことを予定しており、内容がまとまりしだいお知らせすることとしている。

なお、平成19年度においては肺がんについての検討を予定しているところであり、検討の開始に当たっては、ホームページを通じてお知らせしたいと考えている。

(8) その他

ア 保健事業費負担金の過大交付の防止について

保健事業費負担金については、平成18年度の会計検査院の实地検査において、市町村保健センター等において実施した基本健康診査において、本来、集団検診の単価を適用すべきところ、医療機関と委託契約したことをもって、「医療機関（一括方式）」の単価を適用したため、負担金を過大に交付した事例があった、との指摘を受けたところである。

「医療機関（一括方式）」とは、委託した医療機関が、自らの医療機関において日時・場所を定めて自らの施設で実施する場合であるので、基準単価の適用について、管内市区町村に対し、改めて周知徹底をお願いしたい。

イ 平成19年度保健事業費等国庫負担（補助）金交付基準単価について

平成19年度における保健事業費等負担金の交付基準単価については、今年度中に連絡することとしているので御了知されたい。

ウ 保健事業推進功労厚生労働大臣表彰について

保健事業推進功労厚生労働大臣表彰については、平成10年4月6日老発第281号通知の別紙「保健事業推進功労厚生労働大臣表彰実施要綱」により実施しているところであり、平成19年度においても10月に行う予定としている。

平成19年度の被表彰候補団体の推薦依頼については、後日通知するので、よろしくをお願いしたい。

保健事業平成19年度計画(案)

第一 保健事業平成19年度計画の基本的考え方

- 1 保健事業平成19年度計画(以下「平成19年度計画」という。)は、平成19年度における保健事業の基本指針及び全国的総事業量に関する厚生労働省の考え方を示すものとする。
- 2 平成19年度計画においては、疾病(特に生活習慣病)の予防と、寝たきりなどの要介護状態若しくは要支援状態(以下「要介護状態等」という。)となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止(以下「介護予防」という。)を通じ、「健康日本21計画」の目標でもある健康寿命の延伸を図ることを重点的な目標とし、ひいては、医療保険制度及び介護保険制度の安定的な運営にも資するものとする。
- 3 生活習慣病のうち、重点的に対策を講じることが必要な疾患(以下「重点対象疾患」という。)として、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧及び高脂血症が挙げられる。これらの重点対象疾患を予防する観点から、壮年期以降における食生活、運動、喫煙等の生活習慣の改善への取組を重視するものとする。また、歯周疾患、骨粗鬆症及びウイルス性肝炎についても取組を推進する。
- 4 これと併せて、要介護状態等の原因となる生活機能の低下、生活環境上の問題等の改善を図るための保健サービスを実施し、介護予防の取組を推進する。
- 5 65歳以上の者については、介護保険法(平成9年法律第123号)に基づく介護予防給付や介護予防事業(以下「介護予防事業等」という。)により、介護予防に資する事業が実施されることから、健康教育、健康相談、健康診査のうち介護を要する状態等の予防に関する健康度評価、機能訓練及び訪問指導については、40歳から64歳までの者を対象とする。また、基本健康診査においては、65歳以上の者を対象に生活機能評価を実施し、介護予防事業等との連携により、生活機能低下の早期把握及び早期対応の取組を推進する。
- 6 これらの保健サービスの提供に当たっては、住民一人ひとりの需要の多様性と、自主的なサービスの選択を重視する観点から、地域の実情に即したアセスメント手法(質問票等)を活用して、個々の対象者の需要に適合したサービスを体系的・総合的

に提供するよう努める。

- 7 以上の基本的考え方を踏まえ、以下に記述する各事項については、地区医師会等関係団体との調整を十分に行うものとする。

第二 個々の保健事業についての考え方

1 健康手帳による健康管理の在り方

利用者本人の健康管理に資する観点から、健康手帳の交付時に、利用者が自らの生活習慣行動や生活機能を確認するとともに、市町村が保健サービスを提供するに当たっての必要な情報を得ることができるよう、健康度評価のための質問票を交付する。

2 健康教育の在り方

健康教育は、市町村（特別区を含む。以下同じ。）の区域内に居住地を有する40歳から64歳までの者を対象として実施するものとし、その事業区分は、個別健康教育及び集団健康教育とする。

（1）個別健康教育

① 個別健康教育は、対象者が指導者から一対一で受ける健康教育であり、高血圧、高脂血症、糖尿病及び喫煙の4領域について実施する。このうち、高血圧、高脂血症及び糖尿病については、基本健康診査においてそれぞれの事項に関連して要指導とされた者等を対象とし、また、喫煙については、禁煙の意思を有しているが自らの努力だけでは禁煙できない者を、基本健康診査の問診その他の適切な方法により把握して実施する。

② 市町村は、上記の4領域それぞれについて、被指導実人数の目標を設定し、その目標に応じて実施体制を整備する。高血圧、高脂血症及び糖尿病について、基本健康診査の要指導者の見込み数に参加が見込まれる割合を乗じた数を目安として目標を設定する。喫煙については、禁煙の意思を有しているが自らの努力だけでは禁煙できない者の推計数を目安として目標を設定する。

③ なお、健康診査の事業の中で取り組まれている健康度評価のうち、個別健康教育とみなされるものについては、個別健康教育として取り扱う。

（2）集団健康教育

① 各市町村において、平成18年度の集団健康教育の事業量に一定の上乗せをし、実施回数目標を設定する。実施延人数についても適宜把握する。

- ② また、内容の重点化を図るなど、事業内容の充実に努めるとともに、適切な事業量の維持・向上を図るものとする。

3 健康相談の在り方

健康相談は、市町村の区域内に居住地を有する40歳から64歳までの者を対象として実施するものとし、その事業区分は、重点健康相談及び総合健康相談とする。

健康相談の被指導者に対しては、必要に応じて、事後のサービスを体系的に提供していくための健康度評価を実施する。

(1) 重点健康相談

各市町村において、平成18年度に40歳から64歳までの者を対象として実施された事業量に一定の上乗せをし、実施回数について目標を設定する。実施延人数についても適宜把握する。

(2) 総合健康相談

各市町村において、平成18年度に40歳から64歳までの者を対象として実施された事業量に一定の上乗せをし、実施回数について目標を設定する。実施延人数についても適宜把握する。

4 健康診査の在り方

健康診査の事業区分は、基本健康診査（訪問基本健康診査及び介護家族訪問基本健康診査を含む。）、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診及び健康度評価とする。実施に当たっては、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成16年6月14日厚生労働省告示第242号）」に十分配慮する。

(1) 基本健康診査

- ① 基本健康診査は、市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象として実施するものとする。
- ② 基本健康診査の検査項目は、40歳から64歳までの者については平成18年度と同様とし、65歳以上の者については生活機能評価に関する検査項目を追加することとする。
- ③ 各市町村においては、要指導者のうち適切な事後指導（個別健康教育等）を受けた者の割合、要医療者のうち医師の診療を受けた者の割合、生活機能の低下が指摘された者のうち介護予防ケアマネジメントを受けた者の割合、受診者に結果を通知

するまでの期間など、独自の指標に基づいた目標を定めることとする。

- ④ 市町村において健康診査の結果の記録を時系列的に把握できるようにしておくことは、受診者本人が健康診査の結果を適切に把握することはもとより、受診者を支援する上でのサービス内容の充実を図るための有効な手段となることから、これを積極的に推進するよう努めるものとする。
- ⑤ 受診率を算定する上での対象人口の把握方法については、各市町村の実情が異なることを勘案し、それぞれの実態にふさわしい方法によることとする。
- ⑥ 基本健康診査の実施形態として、集団健診によるもの及び医療機関委託によるものに加えて、訪問基本健康診査及び介護家族訪問基本健康診査についても、地域の実情に応じた推進を図る。その実施に当たっては、在宅の寝たきり者等及びその家族の実態並びにこれらの者の在宅における健康診査の受診希望を把握することが重要である。なお、65歳以上の者については、生活機能の低下を早期に把握し、速やかに介護予防事業等につなげる必要があることから、年間を通じて受診できる体制を整備するものとする。
- ⑦ 基本健康診査の事業量に関する全国共通の指標として、引き続き受診率を用いることとし、全国的には受診率50%を目標とする。なお、65歳以上については、生活機能評価が新たに導入されることから、別途、介護保険の第一号被保険者数を分母に用いて受診率を算出することとし、各市町村の実情に応じて目標を設定する。

(2) 歯周疾患検診

- ① 歯周疾患検診については、市町村の区域内に居住地を有する40歳、50歳、60歳及び70歳の者を対象とする節目検診として、独立した検診として実施する。なお、市町村の判断により、基本健康診査等と併せて実施することを妨げるものではない。
- ② 具体的な実施方法については、歯周疾患検診マニュアル（平成12年4月作成）によるものとする。なお、70歳の者については、介護予防事業等との連携にも、十分に配慮するものとする。
- ③ 各市町村において、平成18年度の事業量を基本として、受診者数について目標を設定する。

(3) 骨粗鬆症検診

- ① 骨粗鬆症検診については、市町村の区域内に居住地を有する40歳、45歳、5

0歳、55歳、60歳、65歳及び70歳の女性を対象とする節日検診として、独立した検診として実施する。なお、市町村の判断により、基本健康診査等と併せて実施することを妨げるものではない。

- ② 具体的な実施方法については、骨粗鬆症予防マニュアル（平成12年4月作成）によるものとする。なお、65歳及び70歳の女性については、介護予防事業等との連携にも、十分に配慮するものとする。
- ③ 各市町村において、平成18年度の事業量を基本として、受診者数について目標を設定する。

（4）肝炎ウイルス検診

- ① 肝炎ウイルス検診等については、C型肝炎等緊急総合対策の一環として、平成14年度からの5カ年計画として実施され、平成18年度が最終年度となっていた。
しかしながら、何らかの理由により未受診の者が相当程度存在するものと推計されることから、平成19年度においても実施する。
- ② 肝炎ウイルス検診については、市町村の区域内に居住地を有する40歳の者を対象とする節日検診又は節日検診対象者以外の保健事業の健康診査の対象者のうち、平成19年度の基本健康診査においてALT（GPT）値により要指導と判定された者及び平成14年度から平成18年度までの本事業に基づく肝炎ウイルス検診の対象者であって受診の機会を逸した者を対象とする節日外検診として、可能な限り、基本健康診査と併せて実施するものとする。
- ③ 具体的な実施方法については、「肝炎ウイルス検診等実施要領の一部改正について（平成19年 月 日老発 号厚生労働省老健局長通知）」によるものとする。
- ④ 各市町村において、平成18年度の事業量を勘案し、適切に受診者数についての目標を設定する。

（5）健康度評価

- ① 健康度評価については、市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象として実施するものとする。ただし、介護を要する状態等の予防に関する健康度評価については、40歳から64歳までの者を対象として実施する。
- ② 基本健康診査受診者に対して、事後のサービスを体系的に提供していく観点から健康度評価を実施することが重要である。
- ③ 各市町村において、健康診査受診後に健康度評価を受けた者や、健康度評価の結果

果に即して適切な事後のサービス提供を受けた者の全受診者に占める割合など、独自の指標に基づいた目標を定めるよう努めるものとする。

(6) がん検診

- ① がん検診（胃がん検診、子宮がん検診、肺がん検診、乳がん検診及び大腸がん検診）は、一般財源化に伴い、平成10年度以降、国として目標数値を定めてはいないが、その効果及び重要性は広く認められているところであり、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（平成10年3月31日老健第64号厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）」（以下「がん検診指針」という。）に基づき、引き続き事業の推進に努められるよう管内市町村に対し周知徹底を図られたい。
- ② がん検診の事業評価に関しては、「健康診査管理指導等事業実施のための指針の策定について（平成10年3月31日老健第65号厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）」、「がん検診指針」、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」が示されており、これらの指針に基づき、質の高いがん検診を実施するための体制の確保に努められたい。
- ③ 乳がん検診については、平成17年度及び平成18年度の2ヶ年でマンモグラフィ緊急整備事業によりマンモグラフィの全国的な整備を実施したところであり、各市町村に対し乳がん検診の受診率向上のための積極的な取組を求められたい。

5 機能訓練の在り方

- ① 機能訓練の対象者は、市町村の区域内に居住地を有する40歳から64歳までの者とする。
- ② 要介護状態等の者に対するサービスの提供については、原則として、介護保険給付として実施されることになることから、これらの者については機能訓練の対象としない。なお、介護予防の一層の推進を図る観点から、都道府県が行う地域リハビリテーション推進のための事業との緊密な連携の下に実施することが重要である。
- ③ 各市町村において、平成18年度に40歳から64歳までの者を対象として実施された事業量に一定の上乗せをし、事業の被指導実人数及び延人数の目標を設定する。
- ④ 実施回数は週2回で、毎週実施することを基本とし、一人の対象者の事業への参加期間はおおむね6ヶ月とする。

6 訪問指導の在り方

- ① 訪問指導は、重点対象疾患の予防、介護予防及び保健サービスと医療・福祉等他のサービスとの調整を図ることを事業の目的とする。介護保険の給付対象者に対し、介護保険以外のサービスに関する調整を図るために必要な訪問指導は、本事業において行うものとするが、介護保険給付と内容的に重複するサービスについては行わないこととする。
- ② 訪問指導の対象は、市町村の区域内に居住地を有する40歳から64歳までの者とし、健康診査の要指導者等（健康診査後のフォローアップ対象者、健康相談や個別健康教育を受けた者を含む。）及び介護予防の観点から支援が必要な者とする。
- ③ 各市町村において、平成18年度に40歳から64歳までの者を対象として実施された事業量に一定の上乗せをし、被訪問指導実人数及び延人数の目標を設定する。
- ④ 訪問指導の実施に当たっては、地域住民活動（ボランティア、自主グループ等）との連携を特に重視し、この連携の下で訪問指導対象者を支援していくよう努めるものとする。

7 その他

保健事業の対象者の把握に当たっては、医療保険の各保険者及び事業所との連携を重視し、地域の実情に応じ、地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等を活用するものとする。

第三 介護予防のための取組と保健事業

介護予防を効果的に推進するためには、保健・医療・福祉の各分野にわたる総合的な取組が不可欠である。このため、保健事業の推進に当たっては、個々の対象者の需要の把握から事業実施計画の作成に至るまで、あらゆる介護予防のための取組との一体的な実施に努めることが重要である。特に、平成18年度からは、基本健康診査の中で生活機能評価を行うことになっていることから、平成19年度においても引き続き介護予防事業等と密接に連携を図る必要がある。

平成 19 年度 老人保健事業における 肝炎ウイルス検診等の概要 (案)

老人保健法に基づく健康診査等において、平成 18 年度までの「C型肝炎等緊急総合対策」に引き続き、肝炎ウイルス検診等を実施する予定。

1 予算額

(平成 18 年度予算額) (平成 19 年度予算 (案))
3,173,742千円 → 3,175,503千円

2 補助先 (負担割合)

市町村 (国 1 / 3、都道府県 1 / 3、市町村 1 / 3)

平成 19 年度における肝炎ウイルス検診等の実施の考え方 (案)

1. 老人保健法に基づく健康診査において、

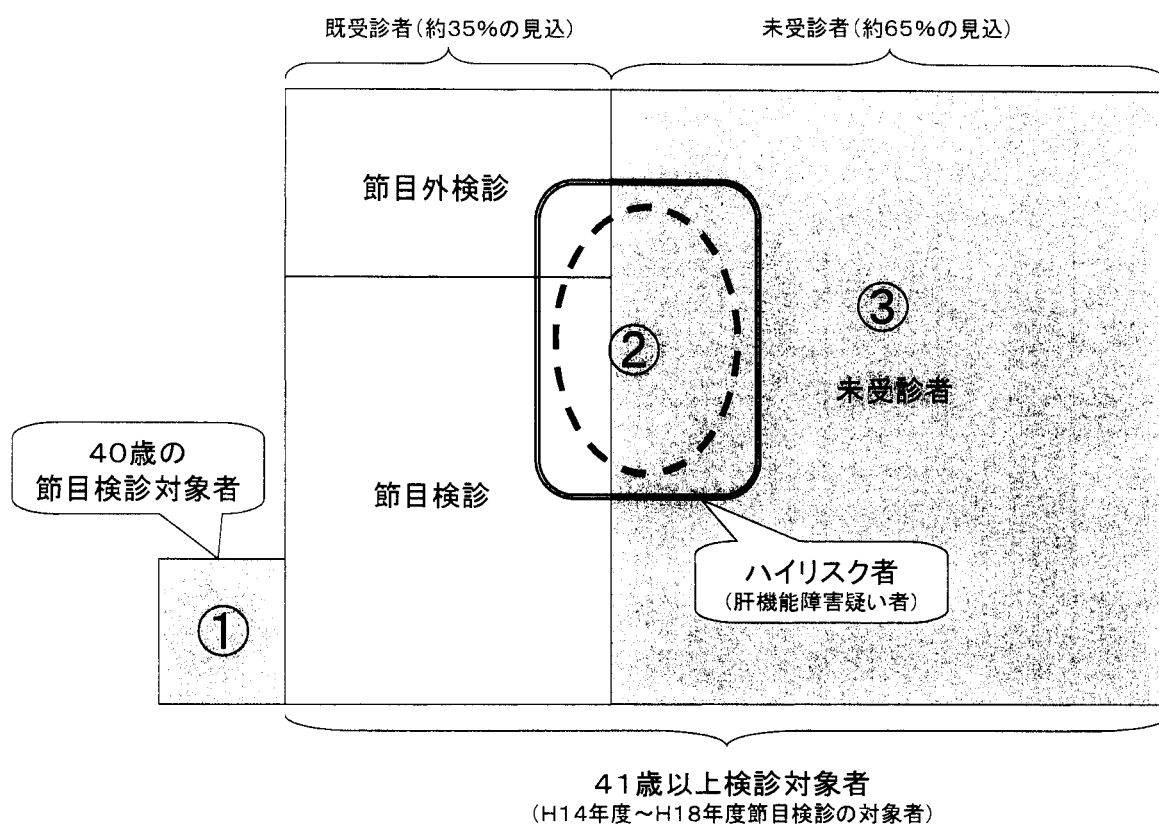
- ① 平成 19 年度に 40 歳になる者を対象に節目検診として、
また、
 - ② 平成 19 年度基本健康診査において肝機能異常と判定された者、及び
 - ③ 過去 5 年間の肝炎ウイルス検診の対象者 (節目検診対象者及び節目外
検診対象者) であって受診機会を逃した者
- を対象に節目外検診として、肝炎ウイルス検診を実施。

2. 上記の対象者等に対する健康教育・健康相談を実施。

※ 1. 実施方法等については、「肝炎ウイルス検診等実施要領」を一部改正し実施。

※ 2 受診機会を逸した者の検診方法は、これまで同様、基本健康診査と併せて実施することを予定。よって、基準額についても節目検診の単価を用いるものとする。

平成19年度老人保健事業における肝炎ウイルス検診等対象者 (イメージ図)



注) ①～③については、前頁の実施の考え方(案)に対応。

老人保健事業に基づく肝炎ウイルス検診等について

1 導入の経緯

平成12年11月 フィブリノゲン製剤による肝炎感染が社会問題化したことを受けて、
「肝炎対策に関する有識者会議」を設置。

平成13年 3月 「有識者会議」報告書取りまとめ。

平成14年度～ 「C型肝炎等緊急総合対策」開始。その一環として、老人保健事業においても5カ年という期間限定で肝炎ウイルス検診等を開始。

2 現在の肝炎ウイルス検診等の対象者

(1) 節目検診：老人保健事業の健康診査の対象者のうち、40、45、50、55、60、65及び70歳の者を対象

(2) 節目外検診：上記以外の老人保健事業の健康診査の対象者のうち、

①過去に肝機能異常を指摘されたことのある者

②広範な外科的処置を受けたことのある者、又は妊娠・分娩時に多量に出血したことのある者であって定期的に肝機能検査を受けていない者

③基本健康診査においてALT (GPT) 値により要指導とされた者

3 検診受診者数

実施 年度	C型肝炎ウイルス検査受診者(人)			B型肝炎ウイルス検査受診者(人)		
	節目	節目外	計	節目	節目外	計
14	1,298,746	624,734	1,923,480	1,291,195	631,918	1,923,113
15	1,375,583	454,687	1,830,270	1,382,663	466,462	1,849,125
16	1,271,320	347,431	1,618,751	1,279,704	356,230	1,635,934
17	1,196,457	331,356	1,527,813	1,205,423	341,400	1,546,823
合計	5,142,106	1,758,208	6,900,314	5,158,985	1,796,010	6,954,995

肝炎ウイルス検診等実施要領新旧対照表(案)

傍線の部分は改正部分

改正後	現 行
(別添) 肝炎ウイルス検診等実施要領 1 目的 肝炎対策の一環として、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導等を受け、医療機関に受診することにより、肝炎に関する健康障害を回避し、症状を軽減し、進行を遅延させることを目的とする。 2 肝炎ウイルス検診の対象者 (1) 当該市町村の区域内に居住地を有する保健事業の健康診査の対象者のうち、<u>40歳</u>の者を対象とする。 (2) 上記以外の保健事業の健康診査の対象者のうち、<u>平成19年度基本健康診査においてALT (GPT) 値により要指導と判定された者及び平成14年度から平成18年度までの本事業に基づく肝炎ウイルス検診の対象者であって、受診の機会を逸した者を対象とする。</u>なお、基本健康診査においてALT (GPT) 値により要医療と判定された者については、本検診によることなく、速やかに医療機関への受診を勧奨するものとする。 なお、過去に当該肝炎ウイルス検診を受けたことのある者については、実施の対象としないものとする。	(別添) 肝炎ウイルス検診等実施要領 1 目的 <u>C型肝炎等緊急総合対策</u>の一環として、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導等を受け、医療機関に受診することにより、肝炎に関する健康障害を回避し、症状を軽減し、進行を遅延させることを目的とする。 2 肝炎ウイルス検診の対象者 (1) 当該市町村の区域内に居住地を有する保健事業の健康診査の対象者のうち、<u>40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳及び70歳</u>の者を対象とする。 (2) 上記以外の保健事業の健康診査の対象者のうち、<u>過去に肝機能異常を指摘されたことのある者、広範な外科的処置を受けたことのある者又は妊娠・分娩時に多量の出血をしたことのある者であって定期的に肝機能検査を受けていないもの、及び、基本健康診査においてALT (GPT) 値により要指導と判定された者を対象とする。</u>なお、基本健康診査においてALT (GPT) 値により要指導と判定された者については、本検診によることなく、速やかに医療機関への受診を勧奨するものとする。 なお、過去に当該肝炎ウイルス検診を受けたことのある者については、実施の対象としないものとする。

平成19年度 がん検診関係新規予算（案）の概要

がん検診実施体制強化モデル事業

- | | | |
|---|-----------------------------------|------------|
| 1 | 予算額（案） | 約5.5百万円 |
| 2 | 事業 | |
| | がん検診の精度管理を向上させるためのデータベースの構築に対する補助 | |
| 3 | 補助先 | 都道府県 |
| 4 | 補助率 | 都道府県：10／10 |

マンモグラフィ検診従事者研修事業

- | | | |
|---|--|-----------------|
| 1 | 予算額（案） | 約1.6億円 |
| 2 | 事業 | |
| | マンモグラフィによる乳がん検診に従事する読影医師及び撮影技師に対し十分な知識・経験を修得させる上級研修を実施 | |
| 3 | 補助先 | 都道府県、公益法人、NPO法人 |
| 4 | 補助率 | 都道府県等：1／2 |

マンモグラフィ検診精度向上事業

- | | | |
|---|---|---------------------------|
| 1 | 予算額（案） | 約3.5億円 |
| 2 | 事業 | |
| | マンモグラフィによる乳がん検診の診断支援のため、デジタル式マンモグラフィを導入している検診機関等がコンピュータ診断支援システム（CAD）を購入する費用の一部を補助 | |
| 3 | 補助先 | 都道府県、市区町村、厚生労働大臣が認める者 |
| 4 | 補助率 | 都道府県、市区町村、厚生労働大臣が認める者：1／2 |

○なお、平成19年度の概算要求に計上した下記事業については前倒しして実施することとし、平成18年度補正予算に計上。

マンモグラフィ遠隔診断支援モデル事業

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| 1 | 予算額 | 約6.7億円 |
| 2 | 事業 | |
| | マンモグラフィによる乳がん検診の診断精度の向上を図るための遠隔診断支援モデル事業を実施 | |
| 3 | 補助先 | 都道府県、市区町村、厚生労働大臣が認める者 |
| 4 | 補助率 | 都道府県、市区町村、厚生労働大臣が認める者：10／10 |

老人保健課資料

老人保健事業関係資料

老人保健法に基づく老人保健事業実施状況（平成12～16年度）

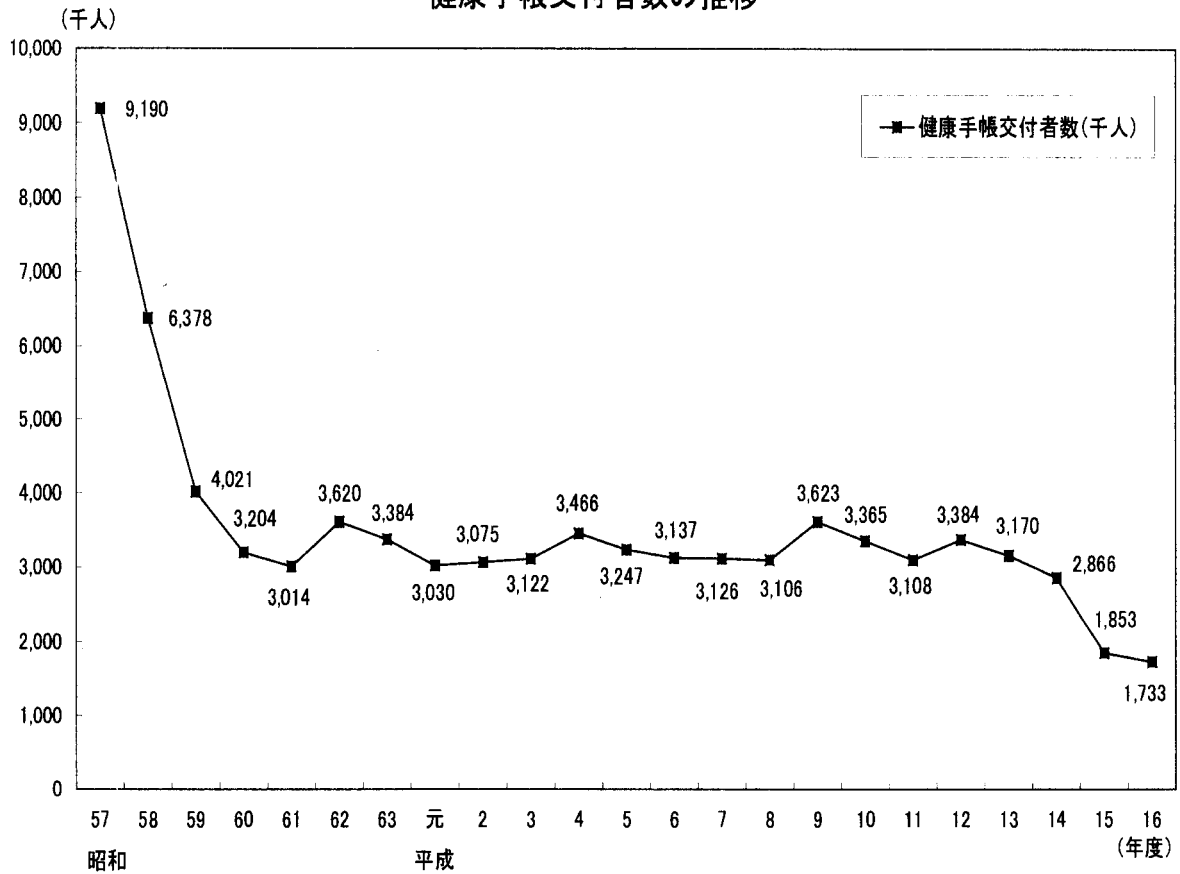
事業内容等	平成12年度 (2000)	平成13年度 (2001)	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)
健康手帳の交付					
年度末医療受給資格者数（千人）	15,047	15,725	15,791	15,123	14,552
新規交付数 ¹⁾ （千人）	3,384	3,170	2,866	1,853	1,733
健康教育					
個別 指導を開始した者（人）	14,498	25,515	26,765	29,692	25,975
指導を終了した者（人）	11,312	20,609	22,560	24,726	21,831
集団 開催延回数（千回）	306	305	314	316	312
参加延人員（千人）	9,174	8,703	8,795	8,797	8,263
健康相談					
開催延回数（千回）	528	528	525	527	511
参加延人員（千人）	7,436	7,330	7,188	7,034	6,499
健康診査					
・基本健康診査					
対象者数（千人）	28,035	28,340	28,978	28,866	29,247
受診者数（千人）	11,533	11,847	12,330	12,941	12,984
受診率（％）	41.1	41.8	42.6	44.8	44.4
・歯周疾患検診受診者数（人）	46,015	63,432	72,974	82,669	87,284
・骨粗鬆症検診受診者数（人）	67,046	80,132	82,773	90,855	91,308
・健康度評価（参加延人員：千人）	307	653	714	797	778
・B型肝炎ウィルス検診（※） ²⁾					
（節目検診） 受診者数（千人）	・	・	1,291	1,383	1,280
（節目外検診） 受診者数（千人）	・	・	632	466	356
（合計） 受診者数（千人）	・	・	1,923	1,849	1,636
・C型肝炎ウィルス検診（※） ²⁾					
（節目検診） 対象者数（千人）	・	・	4,332	4,677	5,062
受診者数（千人）	・	・	1,299	1,376	1,271
受診率（％）	・	・	30.0	29.4	25.1
（節目外検診） 受診者数（千人）	・	・	625	455	347
（合計） 受診者数（千人）	・	・	1,923	1,830	1,619
機能訓練					
実施施設数（カ所）	9,809	9,552	9,482	9,379	9,165
被指導延人員（千人）	2,481	2,368	2,368	2,371	2,193
訪問指導					
被指導延人員（千人）	2,103	1,898	1,744	1,643	1,498
被指導実人員（千人）	1,088	1,007	955	944	893

注：1）医療受給者証の新規交付数と健康手帳交付数の合計。

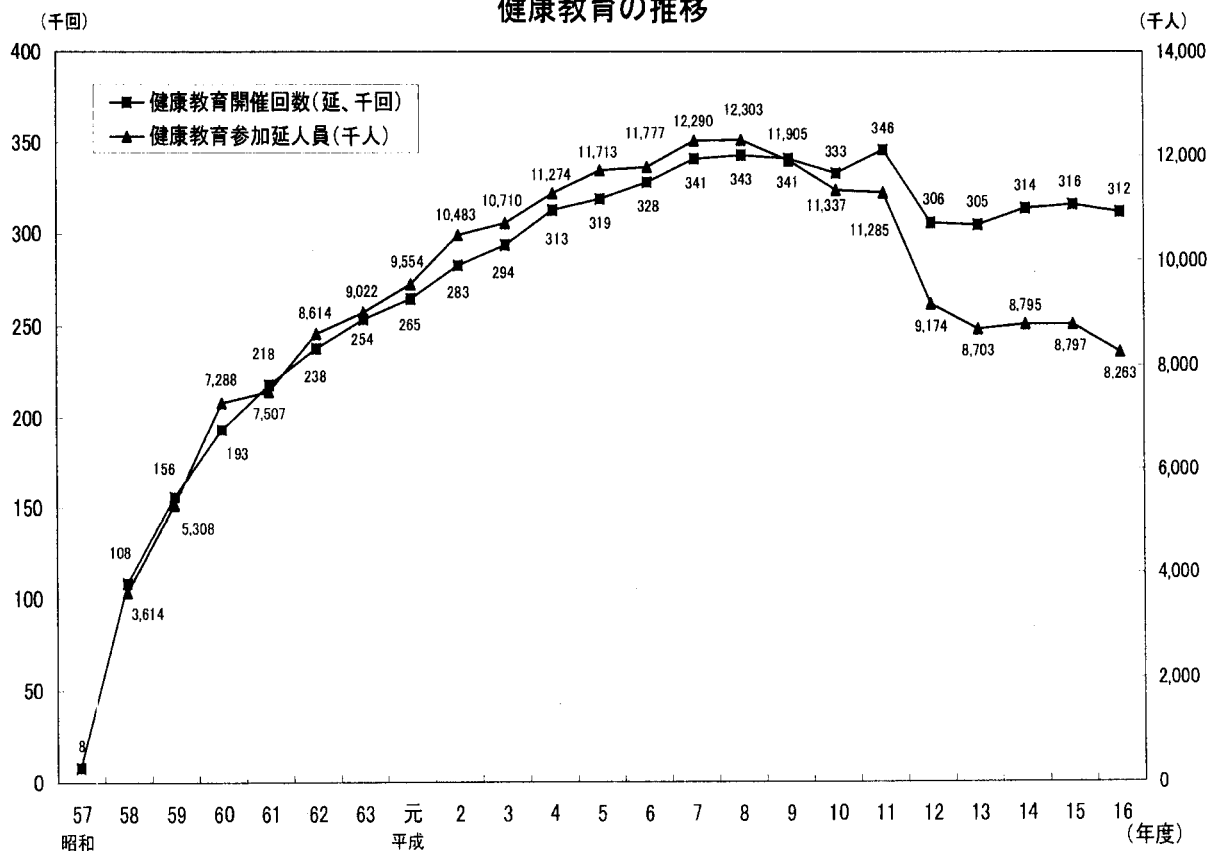
2）老健局において集計。

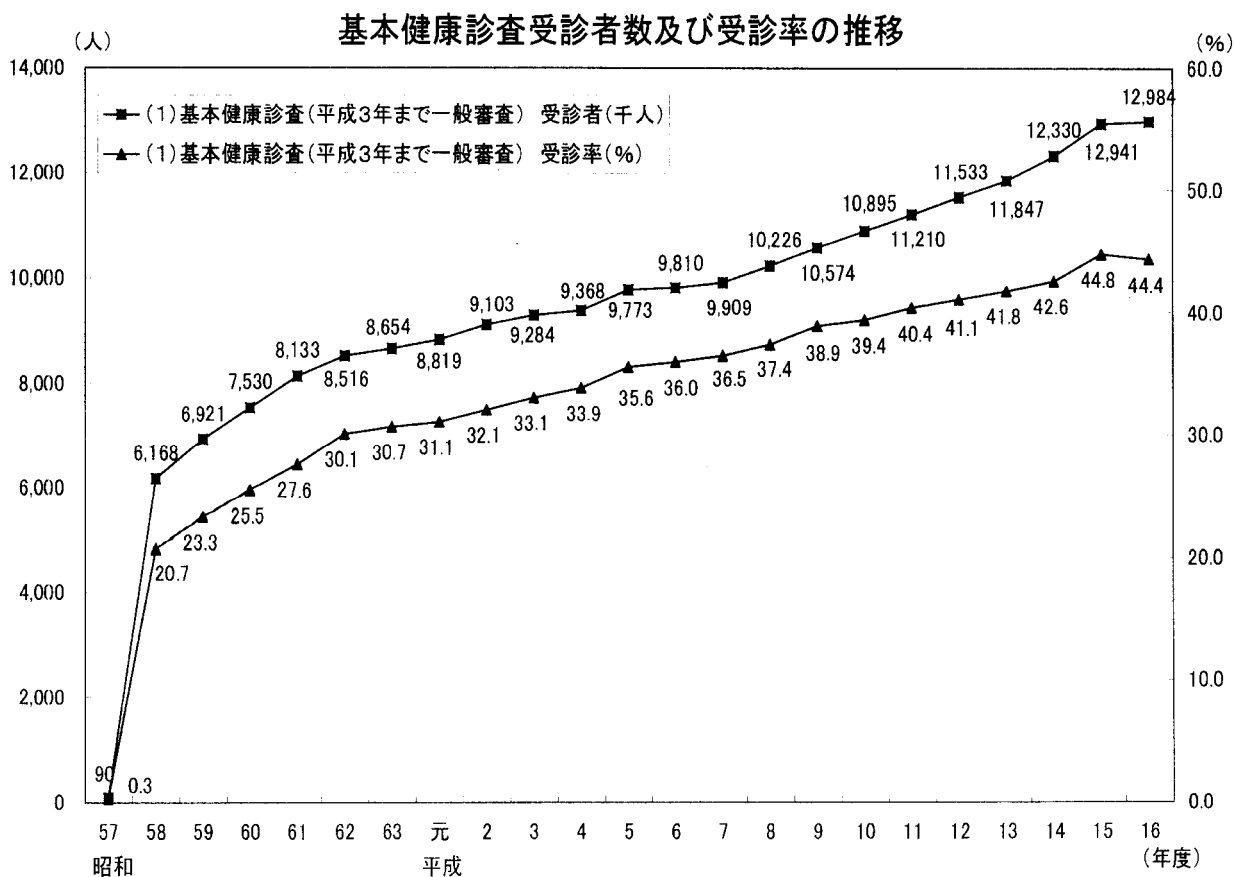
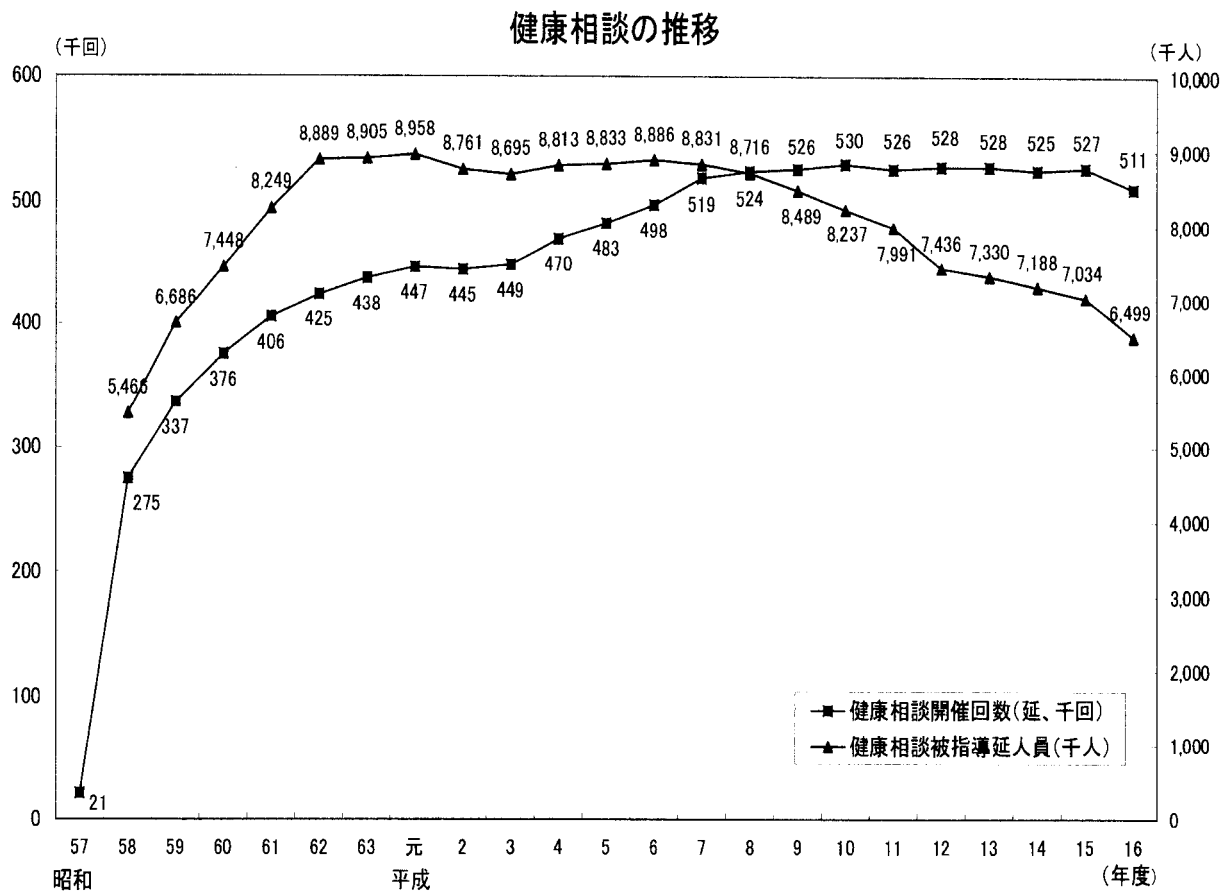
（地域保健・老人保健事業報告（※印を除く））

健康手帳交付者数の推移

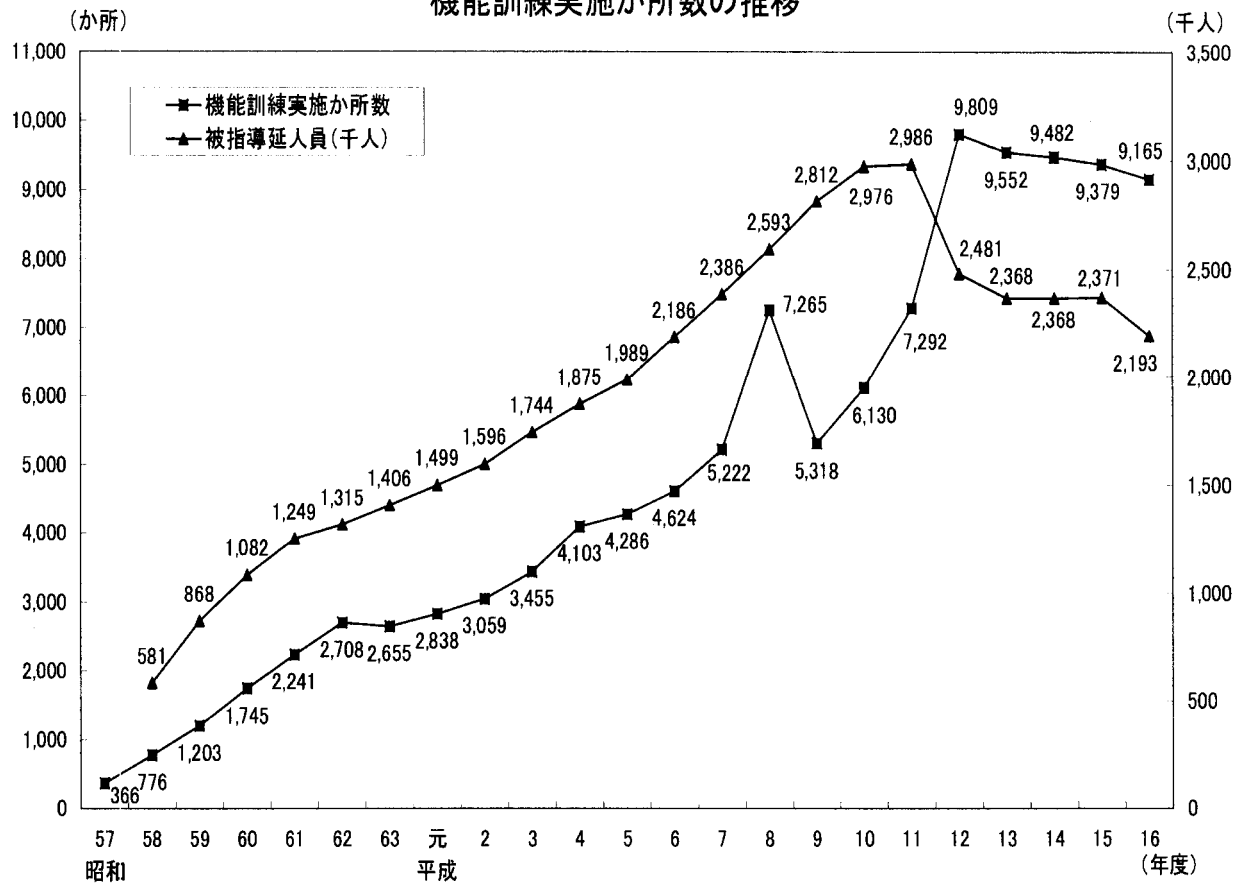


健康教育の推移

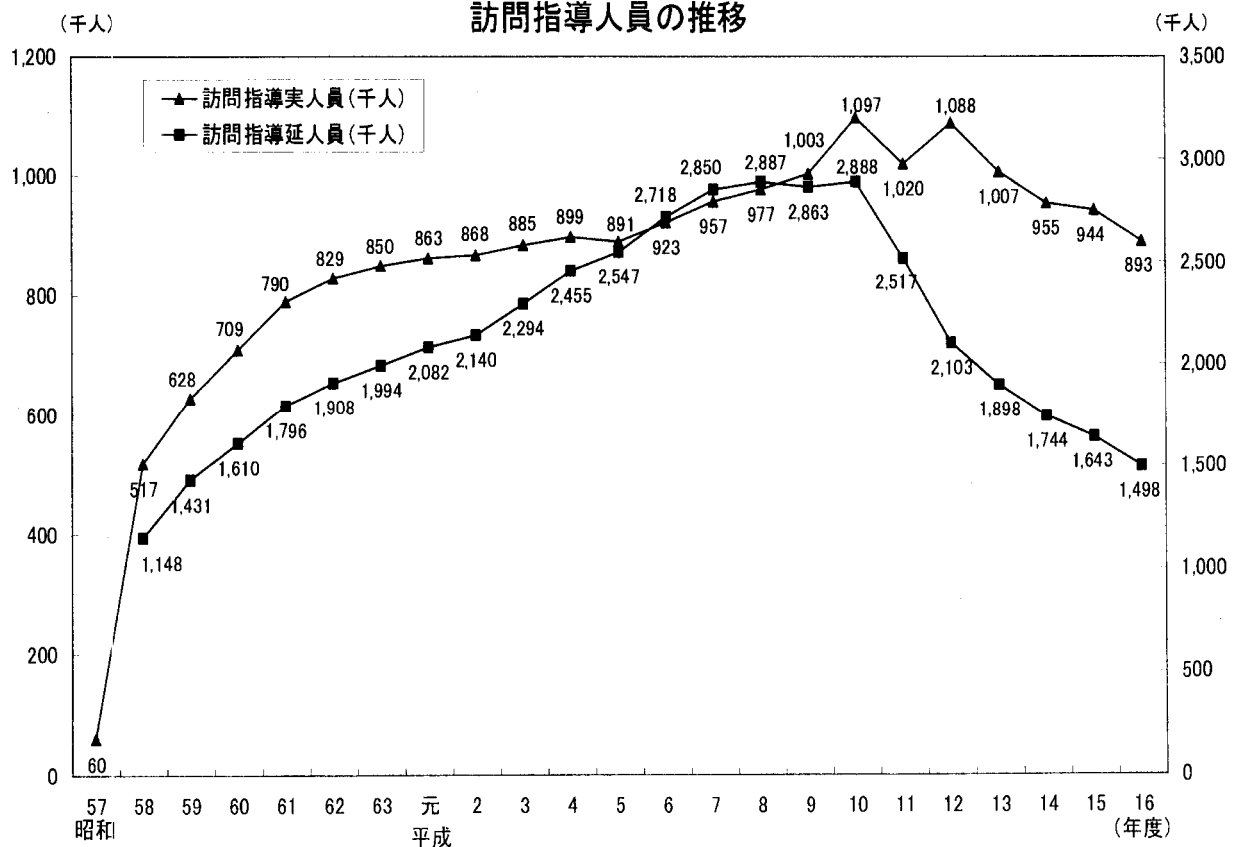




機能訓練実施か所数の推移



訪問指導人員の推移



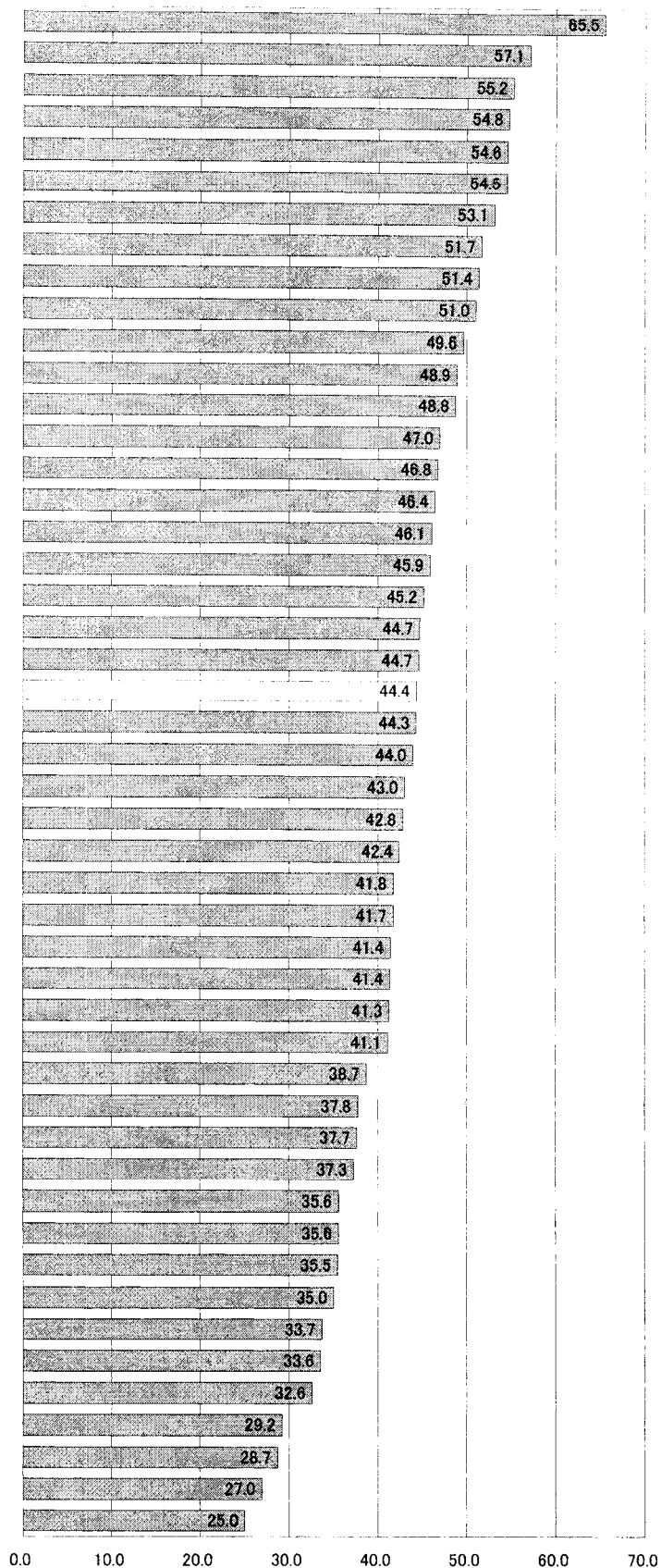
都道府県別 基本健康診査 の受診率

	対象者数	受診者数	受診率
全 国	29 247 046	12 983 593	44.4%

平成16年度：基本健康診査の受診率

単位：(%)

1	山 形	277 441	181 747	65.5%
2	秋 田	271 926	155 378	57.1%
3	東 京	2 914 656	1 609 912	55.2%
4	愛 知	1 241 358	680 243	54.8%
5	大 分	258 563	141 137	54.6%
6	埼 玉	1 306 238	712 221	54.5%
7	富 山	312 384	165 960	53.1%
8	群 馬	609 315	315 067	51.7%
9	宮 城	604 610	310 636	51.4%
10	千 葉	1 366 251	697 285	51.0%
11	奈 良	319 643	158 590	49.6%
12	香 川	335 297	163 916	48.9%
13	大 阪	1 575 706	768 283	48.8%
14	静 岡	740 813	347 853	47.0%
15	岐 阜	485 783	227 197	46.8%
16	栃 木	430 460	199 828	46.4%
17	福 島	575 992	265 523	46.1%
18	岩 手	403 144	185 122	45.9%
19	島 根	292 597	132 241	45.2%
20	京 都	533 603	238 749	44.7%
21	山 口	341 697	152 590	44.7%
	全 国	29 247 046	12 983 593	44.4%
22	新 潟	708 358	314 021	44.3%
23	三 重	476 676	209 511	44.0%
24	徳 島	293 841	126 450	43.0%
25	佐 賀	188 917	80 916	42.8%
26	兵 庫	1 090 289	462 489	42.4%
27	岡 山	456 816	190 755	41.8%
28	鳥 取	166 851	69 660	41.7%
29	石 川	349 963	144 979	41.4%
30	宮 崎	257 844	106 690	41.4%
31	滋 賀	360 863	148 953	41.3%
32	青 森	374 003	153 900	41.1%
33	熊 本	458 817	177 668	38.7%
34	和 歌 山	244 274	92 333	37.8%
35	福 井	172 811	65 079	37.7%
36	茨 城	820 379	306 037	37.3%
37	山 梨	272 188	96 977	35.6%
38	長 野	688 419	245 206	35.6%
39	神 奈 川	2 077 069	737 133	35.5%
40	鹿 児 島	426 263	149 360	35.0%
41	愛 媛	325 235	109 638	33.7%
42	北 海 道	1 190 506	399 706	33.6%
43	福 岡	1 105 519	360 289	32.6%
44	沖 縄	355 489	103 919	29.2%
45	長 崎	389 585	111 919	28.7%
46	広 島	548 451	147 963	27.0%
47	高 知	250 143	62 564	25.0%



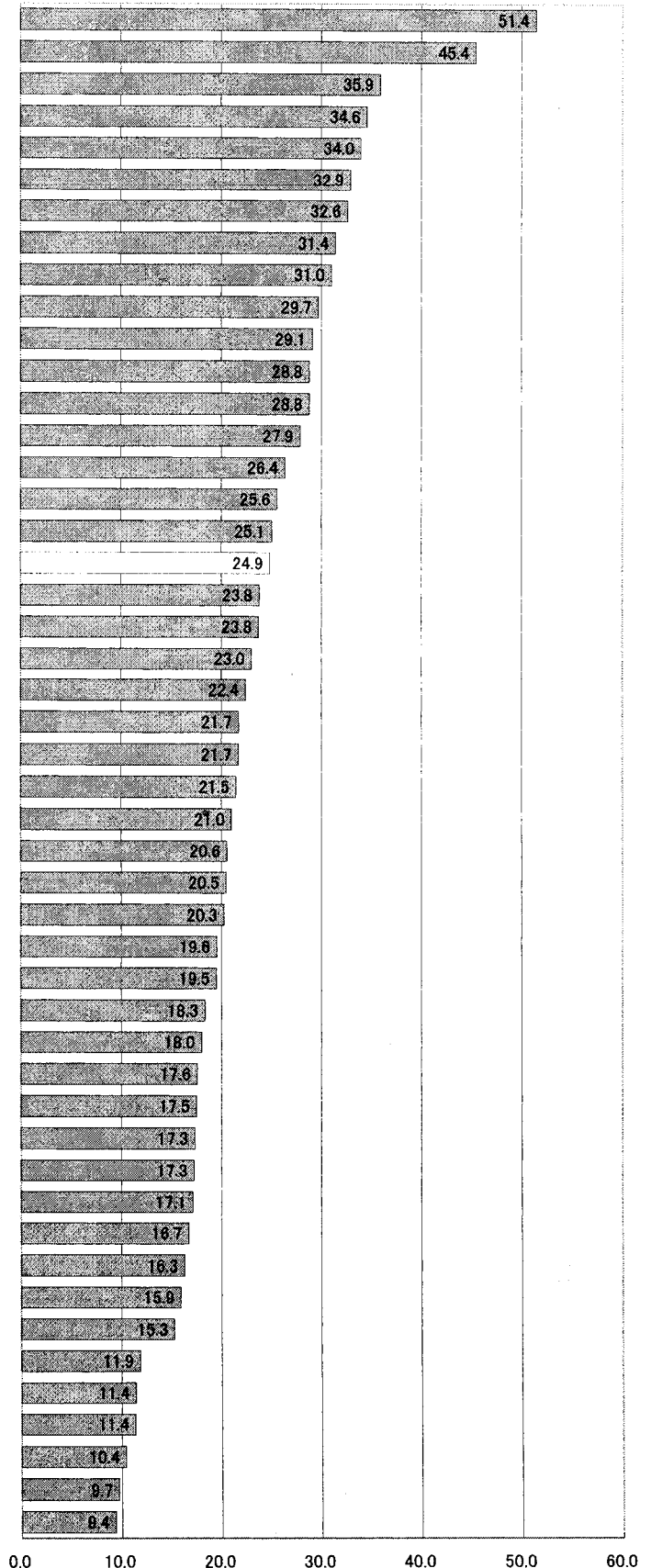
都道府県別 B型肝炎ウイルス検診 の受診率

	対象者数	受診者数	受診率
全 国	4 848 053	1 205 423	24.9%

平成17年度:B型肝炎ウイルス検診の受診率

単位:(%)

1	埼 玉 県	141 404	72 698	51.4%
2	東 京 都	469 785	213 438	45.4%
3	石 川 県	48 959	17 573	35.9%
4	福 島 県	72 703	25 124	34.6%
5	山 形 県	48 782	16 563	34.0%
6	山 梨 県	34 465	11 343	32.9%
7	千 葉 県	249 532	81 455	32.6%
8	青 森 県	52 042	16 346	31.4%
9	富 山 県	51 586	15 995	31.0%
10	宮 城 県	101 752	30 229	29.7%
11	岐 阜 県	97 180	28 305	29.1%
12	栃 木 県	83 427	24 036	28.8%
13	群 馬 県	94 288	27 160	28.8%
14	香 川 県	57 503	16 039	27.9%
15	新 潟 県	88 409	23 316	26.4%
16	愛 知 県	284 535	72 793	25.6%
17	奈 良 県	73 944	18 535	25.1%
	全 国	4 848 053	1 205 423	24.9%
18	大 分 県	61 770	14 711	23.8%
19	秋 田 県	51 497	12 233	23.8%
20	静 岡 県	135 266	31 143	23.0%
21	愛 媛 県	62 824	14 097	22.4%
22	宮 崎 県	43 339	9 421	21.7%
23	岩 手 県	65 949	14 317	21.7%
24	佐 賀 県	15 162	3 257	21.5%
25	滋 賀 県	63 939	13 422	21.0%
26	神 奈 川 県	222 445	45 782	20.6%
27	徳 島 県	43 700	8 948	20.5%
28	兵 庫 県	213 802	43 356	20.3%
29	鹿 児 島 県	72 853	14 253	19.6%
30	京 都 府	59 472	11 593	19.5%
31	和 歌 山 県	36 379	6 672	18.3%
32	福 岡 県	166 426	29 985	18.0%
33	北 海 道	176 080	30 939	17.6%
34	山 口 県	62 934	11 019	17.5%
35	大 阪 府	282 869	49 063	17.3%
36	広 島 県	60 043	10 360	17.3%
37	熊 本 県	89 209	15 274	17.1%
38	沖 縄 県	64 465	10 769	16.7%
39	茨 城 県	163 158	26 584	16.3%
40	島 根 県	43 247	6 884	15.9%
41	福 井 県	25 170	3 846	15.3%
42	三 重 県	142 552	16 912	11.9%
43	長 野 県	133 092	15 164	11.4%
44	高 知 県	37 980	4 312	11.4%
45	長 崎 県	88 999	9 265	10.4%
46	岡 山 県	80 594	7 843	9.7%
47	鳥 取 県	32 542	3 051	9.4%



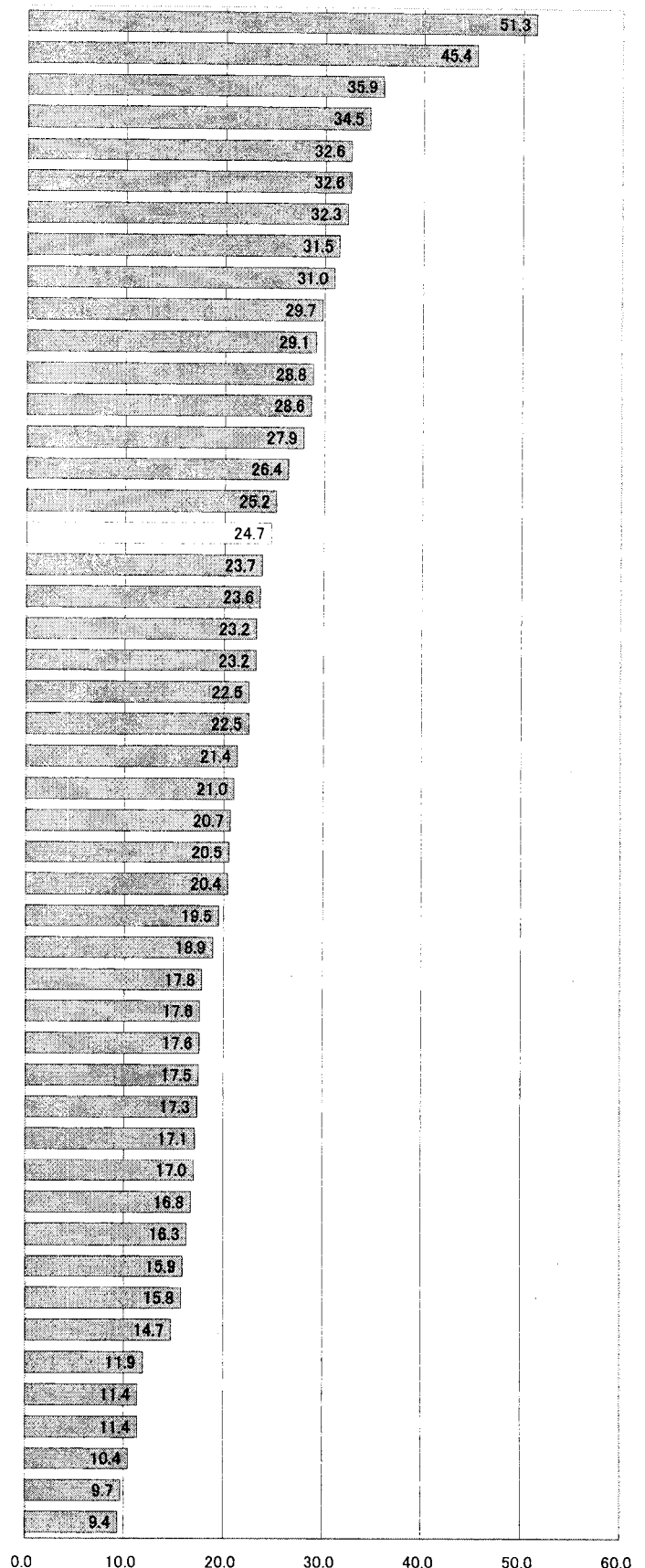
都道府県別 C型肝炎ウイルス検診 の受診率

	対象者数	受診者数	受診率
全 国	4 848 053	1 196 457	24.7%

平成17年度：C型肝炎ウイルス検診の受診率

単位：(%)

1	埼 玉 県	141 404	72 574	51.3%
2	東 京 都	469 785	213 200	45.4%
3	石 川 県	48 959	17 589	35.9%
4	福 島 県	72 703	25 101	34.5%
5	山 形 県	48 782	15 921	32.6%
6	千 葉 県	249 532	81 407	32.6%
7	山 梨 県	34 465	11 131	32.3%
8	青 森 県	52 042	16 384	31.5%
9	富 山 県	51 586	15 981	31.0%
10	宮 城 県	101 752	30 268	29.7%
11	岐 阜 県	97 180	28 310	29.1%
12	群 馬 県	94 288	27 193	28.8%
13	栃 木 県	83 427	23 897	28.6%
14	香 川 県	57 503	16 058	27.9%
15	新 潟 県	88 409	23 317	26.4%
16	奈 良 県	73 944	18 623	25.2%
	全 国	4 848 053	1 196 457	24.7%
17	秋 田 県	51 497	12 230	23.7%
18	大 分 県	61 770	14 576	23.6%
19	愛 知 県	284 535	66 081	23.2%
20	静 岡 県	135 266	31 368	23.2%
21	岩 手 県	65 949	14 844	22.5%
22	愛 媛 県	62 824	14 118	22.5%
23	宮 崎 県	43 339	9 259	21.4%
24	滋 賀 県	63 939	13 441	21.0%
25	神 奈 川 県	222 445	45 947	20.7%
26	徳 島 県	43 700	8 969	20.5%
27	兵 庫 県	213 802	43 651	20.4%
28	京 都 府	59 472	11 592	19.5%
29	鹿 児 島 県	72 853	13 770	18.9%
30	福 岡 県	166 426	29 665	17.8%
31	北 海 道	176 080	31 001	17.6%
32	和 歌 山 県	36 379	6 395	17.6%
33	山 口 県	62 934	11 013	17.5%
34	大 阪 府	282 869	49 076	17.3%
35	沖 縄 県	64 465	11 051	17.1%
36	熊 本 県	89 209	15 184	17.0%
37	広 島 県	60 043	10 067	16.8%
38	茨 城 県	163 158	26 603	16.3%
39	島 根 県	43 247	6 889	15.9%
40	福 井 県	25 170	3 969	15.8%
41	佐 賀 県	15 162	2 236	14.7%
42	三 重 県	142 552	16 961	11.9%
43	高 知 県	37 980	4 316	11.4%
44	長 野 県	133 092	15 113	11.4%
45	長 崎 県	88 999	9 268	10.4%
46	岡 山 県	80 594	7 797	9.7%
47	鳥 取 県	32 542	3 053	9.4%

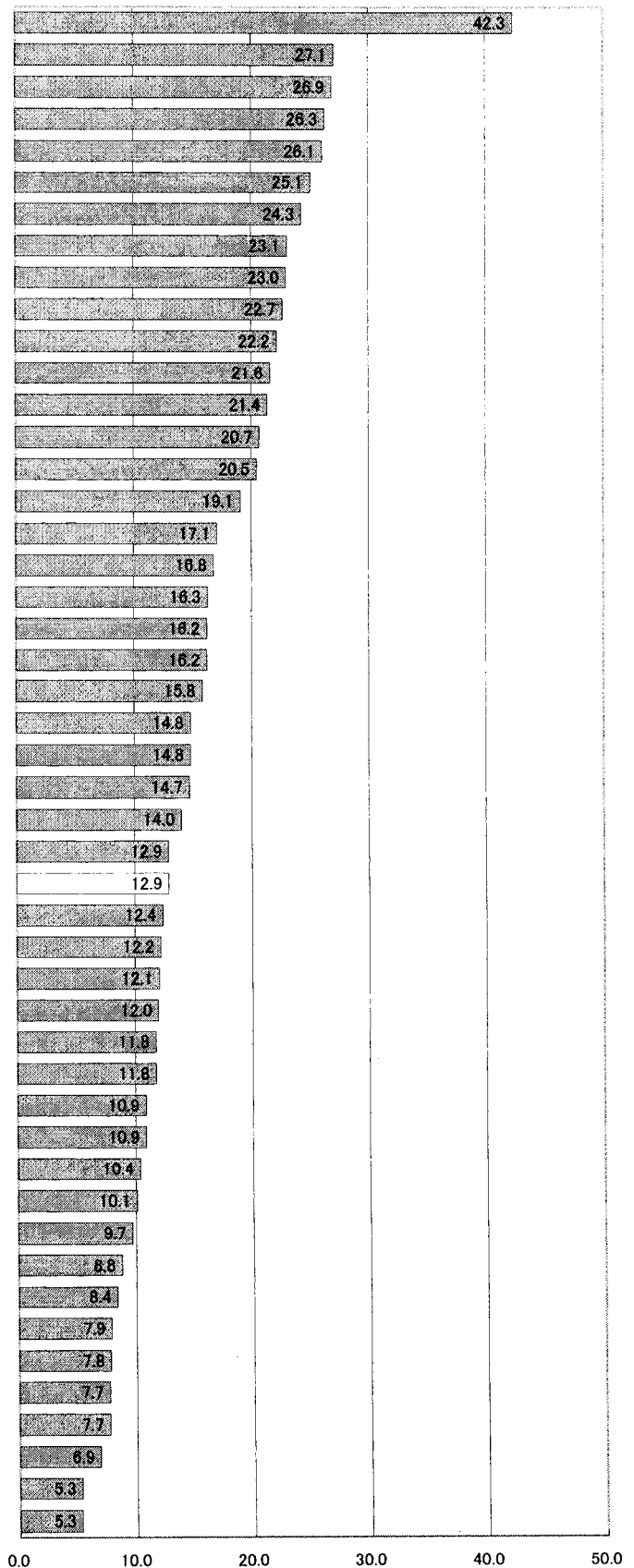


都道府県別 胃がん検診 の受診率

		対象者数	受診者数	受診率
全	国	34 059 605	4 376 699	12.9%

平成16年度：胃がん検診の受診率 単位：(%)

1	山 形	279 776	118 311	42.3%
2	岡 山	452 902	122 790	27.1%
3	鳥 取	167 941	45 190	26.9%
4	青 森	388 522	102 327	26.3%
5	福 島	550 712	143 983	26.1%
6	宮 城	689 778	173 225	25.1%
7	佐 賀	159 600	38 727	24.3%
8	岩 手	434 480	100 320	23.1%
9	秋 田	330 883	76 062	23.0%
10	新 潟	731 686	166 309	22.7%
11	山 梨	260 137	57 837	22.2%
12	富 山	296 524	64 172	21.6%
13	静 岡	726 867	155 760	21.4%
14	栃 木	476 102	98 723	20.7%
15	大 分	255 100	52 261	20.5%
16	熊 本	488 534	93 475	19.1%
17	和 歌 山	240 656	41 153	17.1%
18	千 葉	1 430 073	240 827	16.8%
19	愛 媛	334 481	54 535	16.3%
20	群 馬	597 947	96 818	16.2%
21	愛 知	1 307 771	211 508	16.2%
22	鹿 児 島	489 958	77 369	15.8%
23	北 海 道	1 377 350	204 535	14.8%
24	岐 阜	498 395	73 809	14.8%
25	山 口	352 364	51 897	14.7%
26	石 川	349 963	48 844	14.0%
27	茨 城	846 771	109 426	12.9%
	全 国	34 059 605	4 376 699	12.9%
28	福 井	164 838	20 494	12.4%
29	宮 崎	297 539	36 160	12.2%
30	長 崎	398 045	48 163	12.1%
31	高 知	287 765	34 493	12.0%
32	香 川	322 815	38 248	11.8%
33	広 島	646 562	76 012	11.8%
34	長 野	715 692	78 352	10.9%
35	沖 縄	359 121	39 256	10.9%
36	兵 庫	1 271 405	132 436	10.4%
37	三 重	574 407	57 925	10.1%
38	奈 良	336 208	32 567	9.7%
39	福 岡	1 376 102	120 626	8.8%
40	徳 島	297 869	25 022	8.4%
41	島 根	289 250	22 772	7.9%
42	滋 賀	383 124	29 907	7.8%
43	神 奈 川	2 149 879	166 054	7.7%
44	埼 玉	2 038 929	156 481	7.7%
45	大 阪	2 457 625	168 836	6.9%
46	京 都	832 444	43 892	5.3%
47	東 京	4 344 713	228 810	5.3%



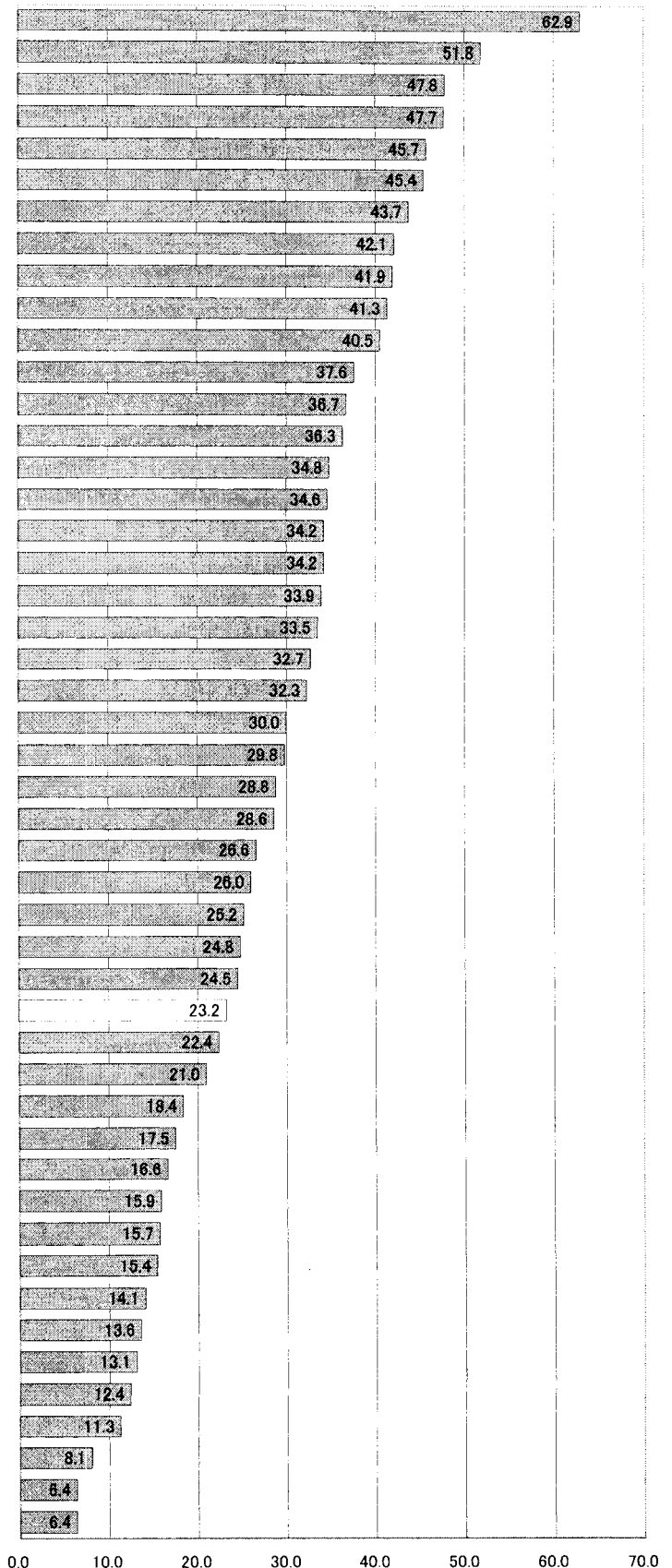
都道府県別 肺がん検診 の受診率

	対象者数	受診者数	受診率
全 国	33 422 775	7 769 635	23.2%

平成16年度:肺がん検診の受診率

単位: (%)

1	大 分	262 511	165 096	62.9%
2	宮 城	705 782	365 251	51.8%
3	静 岡	785 411	375 197	47.8%
4	岡 山	500 132	238 476	47.7%
5	山 梨	283 320	129 350	45.7%
6	富 山	303 353	137 771	45.4%
7	新 潟	721 934	315 778	43.7%
8	福 島	573 789	241 557	42.1%
9	山 形	269 112	112 702	41.9%
10	高 知	194 261	80 167	41.3%
11	岩 手	413 255	167 180	40.5%
12	佐 賀	177 896	66 806	37.6%
13	熊 本	468 996	172 013	36.7%
14	群 馬	424 299	153 970	36.3%
15	茨 城	887 255	308 578	34.8%
16	鳥 取	176 135	60 917	34.6%
17	千 葉	1 586 249	541 883	34.2%
18	愛 知	1 348 019	461 079	34.2%
19	山 口	361 840	122 612	33.9%
20	香 川	345 809	115 957	33.5%
21	栃 木	483 514	158 289	32.7%
22	和 歌 山	243 839	78 702	32.3%
23	秋 田	285 175	85 570	30.0%
24	青 森	389 751	116 224	29.8%
25	福 井	164 314	47 364	28.8%
26	石 川	349 963	100 078	28.6%
27	長 崎	402 841	107 214	26.6%
28	島 根	294 339	76 647	26.0%
29	岐 阜	462 554	116 584	25.2%
30	沖 縄	358 839	89 153	24.8%
31	愛 媛	339 388	83 048	24.5%
	全 国	33 422 775	7 769 635	23.2%
32	兵 庫	1 034 959	232 160	22.4%
33	長 野	702 074	147 702	21.0%
34	鹿 児 島	578 547	106 720	18.4%
35	三 重	591 186	103 429	17.5%
36	広 島	677 097	112 436	16.6%
37	北 海 道	1 379 975	218 795	15.9%
38	神 奈 川	1 605 393	251 448	15.7%
39	埼 玉	2 267 735	350 308	15.4%
40	宮 崎	304 487	42 927	14.1%
41	京 都	790 162	107 368	13.6%
42	福 岡	1 044 148	136 494	13.1%
43	滋 賀	82 069	10 197	12.4%
44	徳 島	297 917	33 685	11.3%
45	大 阪	2 674 461	215 379	8.1%
46	東 京	4 494 954	288 012	6.4%
47	奈 良	333 736	21 362	6.4%



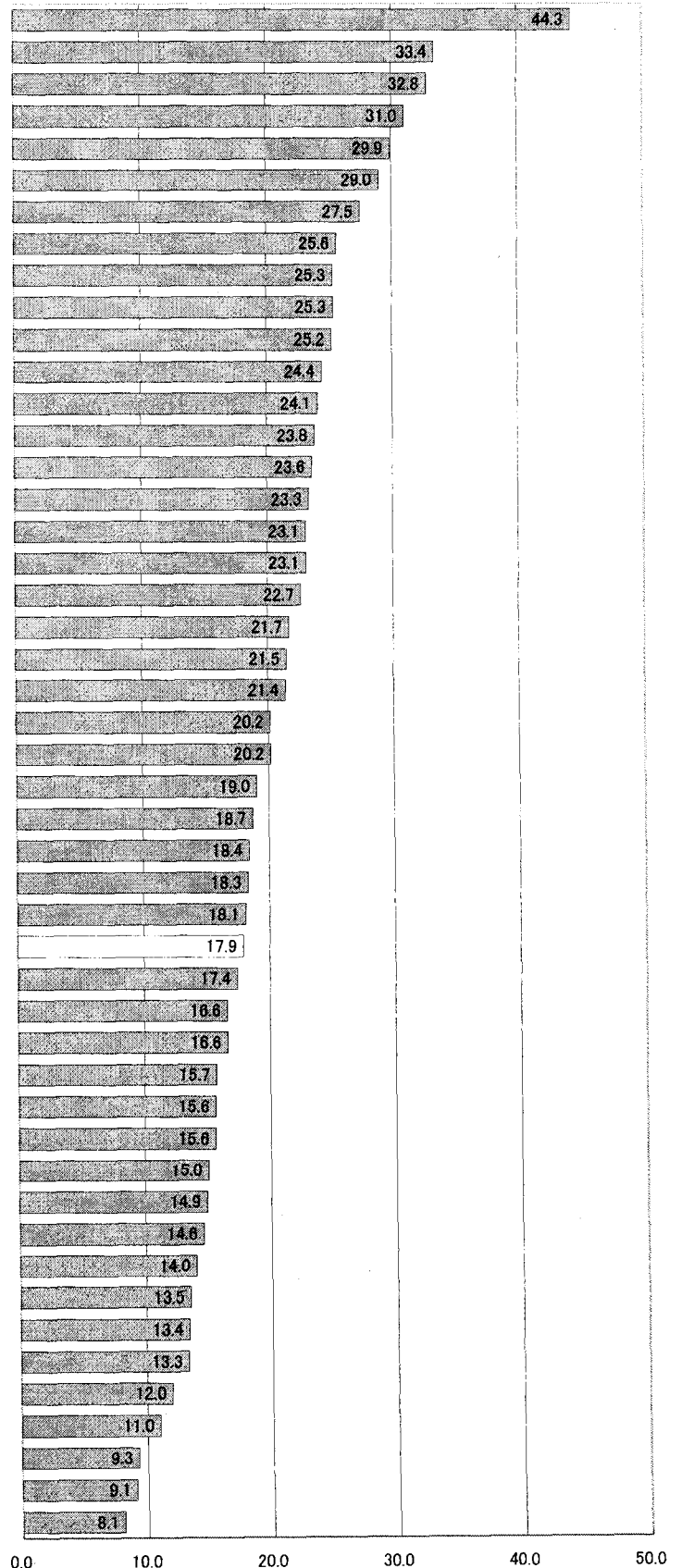
都道府県別 大腸がん検診 の受診率

	対象者数	受診者数	受診率
全 国	35 928 595	6 430 450	17.9%

平成16年度：大腸がん検診の受診率

単位：(%)

1	山 形	287 011	127 149	44.3%
2	秋 田	351 780	117 535	33.4%
3	岡 山	472 764	155 275	32.8%
4	鳥 取	174 533	54 176	31.0%
5	静 岡	744 557	222 983	29.9%
6	青 森	391 460	113 619	29.0%
7	奈 良	344 628	94 765	27.5%
8	福 島	553 226	141 784	25.6%
9	大 分	261 807	66 185	25.3%
10	岩 手	456 784	115 373	25.3%
11	栃 木	519 675	131 075	25.2%
12	山 梨	276 548	67 351	24.4%
13	宮 城	856 544	206 203	24.1%
14	愛 知	1 352 480	321 380	23.8%
15	新 潟	756 907	178 294	23.6%
16	千 葉	1 656 501	386 352	23.3%
17	富 山	301 098	69 699	23.1%
18	熊 本	495 074	114 146	23.1%
19	佐 賀	162 211	36 775	22.7%
20	愛 媛	337 687	73 284	21.7%
21	和 歌 山	239 390	51 454	21.5%
22	福 井	164 784	35 226	21.4%
23	群 馬	602 500	121 959	20.2%
24	長 野	722 232	146 113	20.2%
25	鹿 児 島	528 245	100 364	19.0%
26	山 口	354 124	66 242	18.7%
27	宮 崎	305 964	56 191	18.4%
28	岐 阜	505 895	92 484	18.3%
29	香 川	342 421	61 912	18.1%
	全 国	35 928 595	6 430 450	17.9%
30	埼 玉	2 355 234	409 783	17.4%
31	長 崎	400 243	66 479	16.6%
32	石 川	349 963	58 048	16.6%
33	茨 城	870 987	136 443	15.7%
34	兵 庫	1 271 278	198 864	15.6%
35	北 海 道	1 407 567	219 964	15.6%
36	滋 賀	396 939	59 693	15.0%
37	沖 縄	358 839	53 482	14.9%
38	島 根	293 825	42 888	14.6%
39	神 奈 川	2 163 304	301 918	14.0%
40	三 重	629 752	85 051	13.5%
41	広 島	729 572	97 456	13.4%
42	東 京	4 670 951	620 338	13.3%
43	高 知	298 222	35 806	12.0%
44	大 阪	2 598 446	286 383	11.0%
45	福 岡	1 441 171	134 417	9.3%
46	徳 島	297 869	27 069	9.1%
47	京 都	875 603	71 020	8.1%



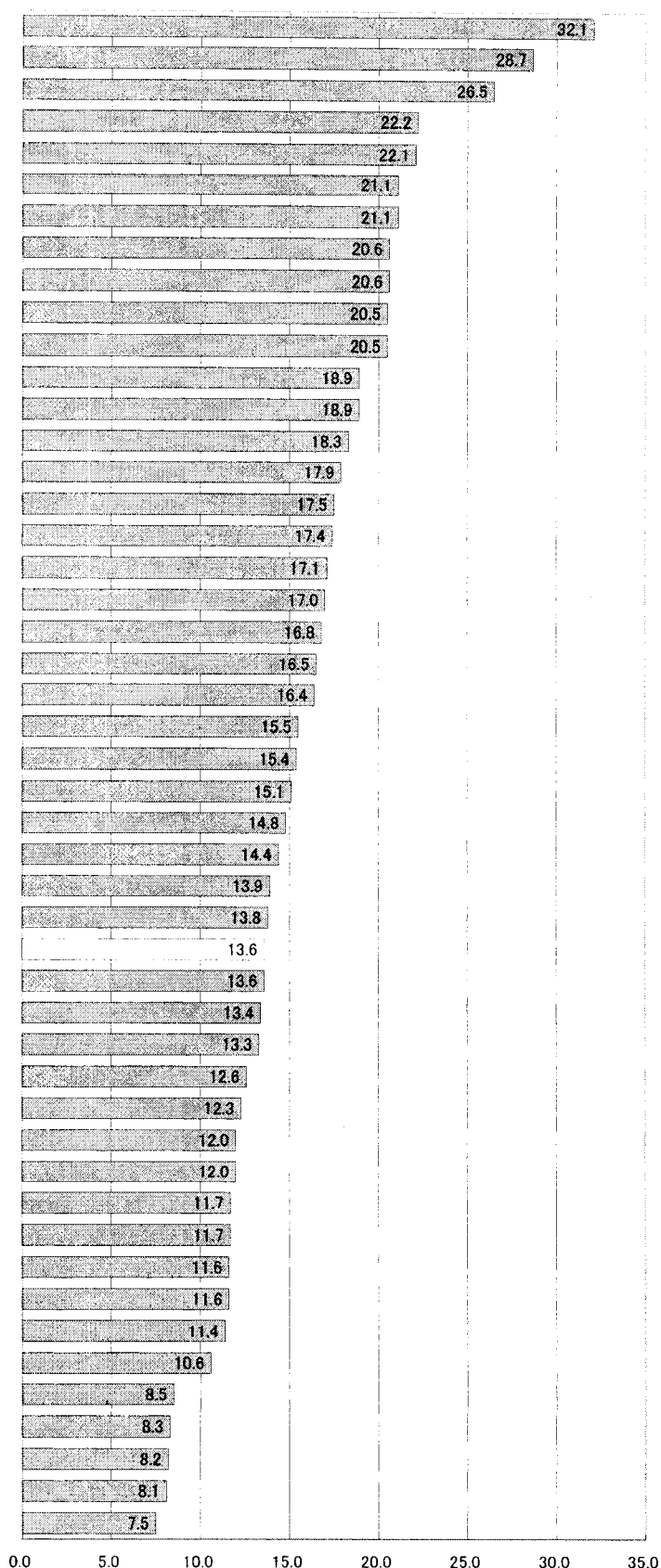
都道府県別 子宮がん検診 の受診率

		対象者数	受診者数	受診率
全	国	29 373 104	3 995 021	13.6%

平成16年度:子宮がん検診の受診率

単位: (%)

1	山形	205 950	66 189	32.1%
2	佐賀	123 262	35 333	28.7%
3	宮城	604 893	160 422	26.5%
4	秋田	257 049	57 143	22.2%
5	静岡	626 032	138 145	22.1%
6	福島	427 273	90 176	21.1%
7	岩手	340 298	71 735	21.1%
8	青森	278 999	57 579	20.6%
9	鳥取	128 881	26 594	20.6%
10	大分	210 077	43 073	20.5%
11	千葉	1 345 118	275 113	20.5%
12	岡山	332 494	62 844	18.9%
13	群馬	466 626	88 065	18.9%
14	熊本	398 465	72 999	18.3%
15	栃木	388 464	69 580	17.9%
16	新潟	517 797	90 407	17.5%
17	富山	232 946	40 613	17.4%
18	長崎	300 923	51 590	17.1%
19	北海道	1 236 300	209 822	17.0%
20	鹿児島	403 251	67 624	16.8%
21	香川	202 849	33 404	16.5%
22	沖縄	272 492	44 588	16.4%
23	愛知	1 100 423	170 097	15.5%
24	山梨	214 954	33 130	15.4%
25	和歌山	241 687	36 474	15.1%
26	石川	267 856	39 572	14.8%
27	山口	282 778	40 658	14.4%
28	宮崎	239 041	33 298	13.9%
29	福井	119 427	16 498	13.8%
	全 国	29 373 104	3 995 021	13.6%
30	岐阜	465 858	63 347	13.6%
31	高知	200 105	26 868	13.4%
32	広島	587 206	77 986	13.3%
33	大阪	2 153 675	272 410	12.6%
34	福岡	1 168 052	143 307	12.3%
35	滋賀	314 422	37 844	12.0%
36	奈良	311 785	37 344	12.0%
37	神奈川	1 792 803	209 954	11.7%
38	徳島	215 257	25 182	11.7%
39	長野	554 621	64 414	11.6%
40	島根	208 195	24 078	11.6%
41	愛媛	294 930	33 645	11.4%
42	茨城	695 936	73 485	10.6%
43	三重	491 066	41 785	8.5%
44	埼玉	2 018 586	166 586	8.3%
45	兵庫	1 373 153	111 924	8.2%
46	京都	791 424	63 928	8.1%
47	東京	3 969 425	298 169	7.5%



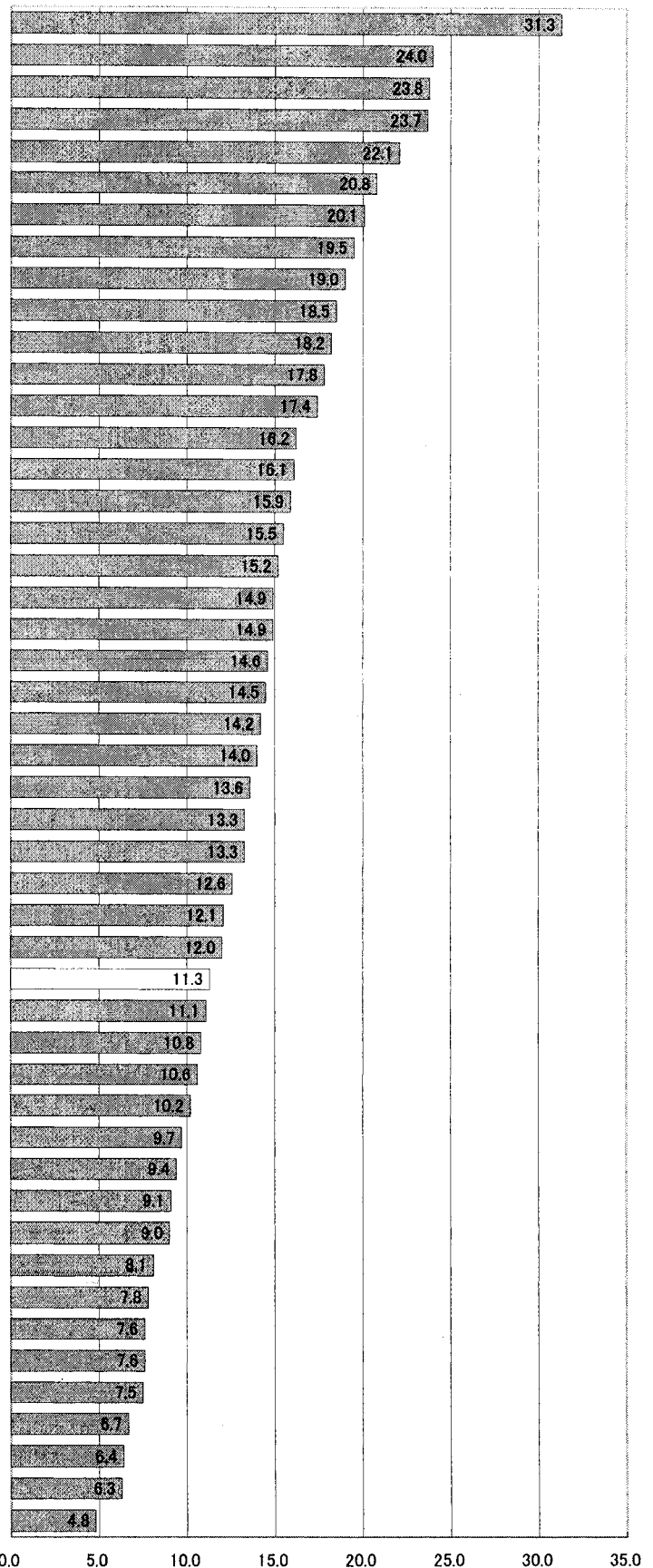
都道府県別 乳がん検診(視触診のみを含む全体) の受診率

	対象者数	受診者数	受診率
全 国	23 927 018	2 698 947	11.3%

平成16年度:乳がん検診の受診率

単位: (%)

1	山 形	186 981	58 457	31.3%
2	鳥 取	111 408	26 773	24.0%
3	岩 手	291 930	69 579	23.8%
4	秋 田	225 905	53 650	23.7%
5	静 岡	450 418	99 659	22.1%
6	群 馬	389 194	80 930	20.8%
7	山 梨	172 739	34 705	20.1%
8	栃 木	349 509	68 057	19.5%
9	岡 山	325 816	61 984	19.0%
10	富 山	195 148	36 132	18.5%
11	宮 城	528 609	96 151	18.2%
12	沖 縄	208 592	37 071	17.8%
13	大 分	194 310	33 871	17.4%
14	熊 本	327 344	53 164	16.2%
15	青 森	218 818	35 132	16.1%
16	佐 賀	113 617	18 066	15.9%
17	長 崎	247 008	38 298	15.5%
18	福 島	319 777	48 732	15.2%
19	岐 阜	345 767	51 569	14.9%
20	香 川	211 062	31 456	14.9%
21	和 歌 山	189 556	27 716	14.6%
22	千 葉	1 127 306	164 015	14.5%
23	広 島	433 557	61 779	14.2%
24	新 潟	491 849	69 057	14.0%
25	北 海 道	936 798	127 502	13.6%
26	福 井	101 715	13 554	13.3%
27	高 知	154 148	20 438	13.3%
28	奈 良	242 917	30 669	12.6%
29	長 野	427 551	51 713	12.1%
30	愛 知	927 978	111 771	12.0%
31	全 国	23 927 018	2 698 947	11.3%
32	山 口	241 249	26 789	11.1%
33	石 川	242 074	26 081	10.8%
34	福 岡	964 349	101 749	10.6%
35	愛 媛	273 411	28 006	10.2%
36	滋 賀	265 095	25 665	9.7%
37	徳 島	173 494	16 379	9.4%
38	鹿 児 島	376 442	34 202	9.1%
39	宮 崎	214 190	19 180	9.0%
40	三 重	375 392	30 413	8.1%
41	神 奈 川	1 384 597	108 680	7.8%
42	大 阪	2 097 041	159 536	7.6%
43	茨 城	540 785	40 930	7.6%
44	京 都	560 324	41 892	7.5%
45	埼 玉	1 664 415	112 285	6.7%
46	島 根	175 670	11 178	6.4%
47	兵 庫	1 045 595	66 011	6.3%
48	東 京	2 885 568	138 321	4.8%



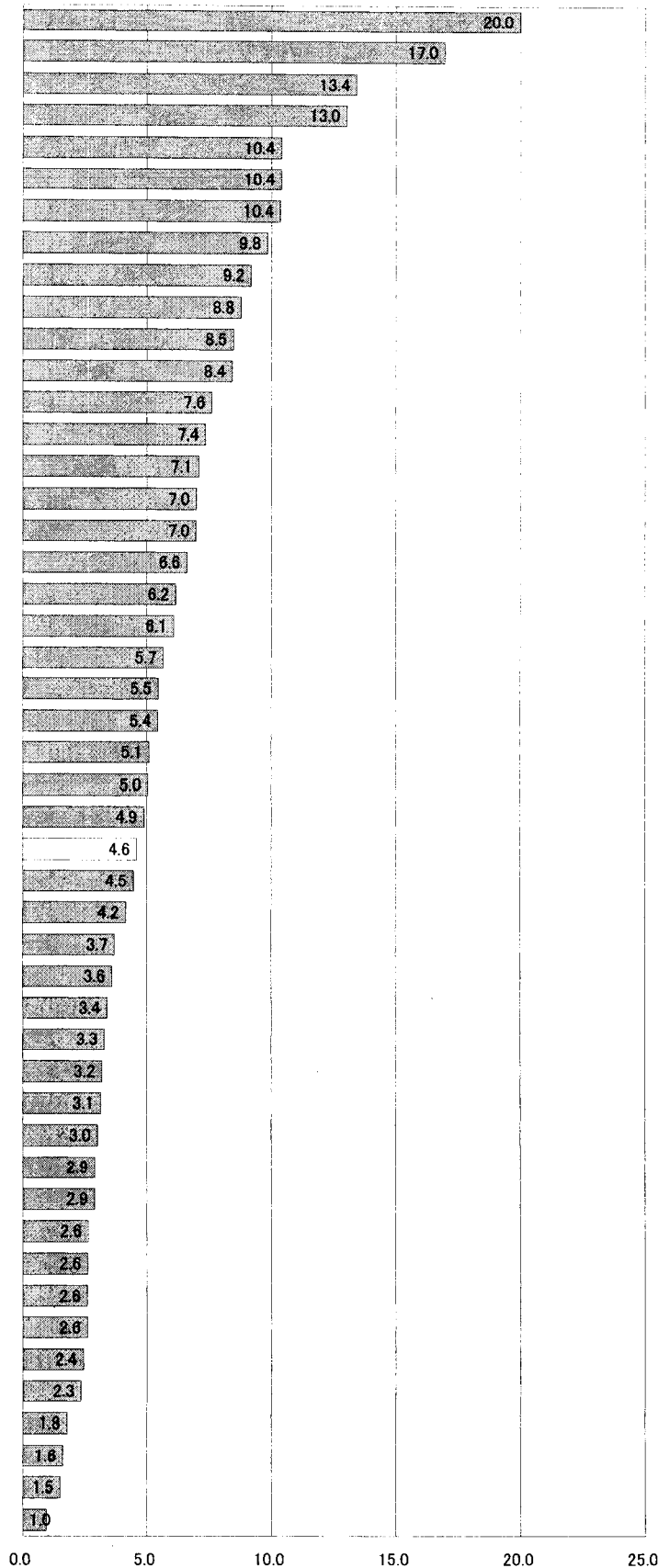
都道府県別 マンモグラフィによる乳がん検診 の受診率

	対象者数	受診者数	受診率
全 国	23 927 018	1 099 713	4.6%

1	山 形	186 981	37 360	20.0%
2	富 山	195 148	33 090	17.0%
3	山 梨	172 739	23 183	13.4%
4	青 森	218 818	28 502	13.0%
5	栃 木	349 509	36 369	10.4%
6	高 知	154 148	16 025	10.4%
7	岐 阜	345 767	35 823	10.4%
8	宮 城	528 609	52 012	9.8%
9	岩 手	291 930	26 833	9.2%
10	千 葉	1 127 306	98 957	8.8%
11	和 歌 山	189 556	16 085	8.5%
12	佐 賀	113 617	9 581	8.4%
13	石 川	242 074	18 406	7.6%
14	福 島	319 777	23 520	7.4%
15	熊 本	327 344	23 205	7.1%
16	大 分	194 310	13 592	7.0%
17	鹿 児 島	376 442	26 271	7.0%
18	愛 知	927 978	61 407	6.6%
19	福 井	101 715	6 274	6.2%
20	徳 島	173 494	10 561	6.1%
21	滋 賀	265 095	15 004	5.7%
22	茨 城	540 785	29 531	5.5%
23	愛 媛	273 411	14 887	5.4%
24	長 崎	247 008	12 599	5.1%
25	新 潟	491 849	24 793	5.0%
26	三 重	375 392	18 349	4.9%
	全 国	23 927 018	1 099 713	4.6%
27	香 川	211 062	9 421	4.5%
28	静 岡	450 418	18 728	4.2%
29	秋 田	225 905	8 356	3.7%
30	埼 玉	1 664 415	59 756	3.6%
31	岡 山	325 816	11 050	3.4%
32	京 都	560 324	18 426	3.3%
33	長 野	427 551	13 654	3.2%
34	北 海 道	936 798	29 398	3.1%
35	群 馬	389 194	11 728	3.0%
36	広 島	433 557	12 571	2.9%
37	宮 崎	214 190	6 205	2.9%
38	神 奈 川	1 384 597	36 589	2.6%
39	福 岡	964 349	25 313	2.6%
40	奈 良	242 917	6 323	2.6%
41	沖 縄	208 592	5 421	2.6%
42	山 口	241 249	5 891	2.4%
43	東 京	2 885 568	67 565	2.3%
44	鳥 取	111 408	2 010	1.8%
45	島 根	175 670	2 847	1.6%
46	兵 庫	1 045 595	15 952	1.5%
47	大 阪	2 097 041	20 290	1.0%

平成16年度：マンモグラフィによる乳がん検診の受診率

単位：(%)



市町村におけるがん検診の都道府県別・部位別がん発見率(平成16年度)

都 道 府 県	胃 が ん (%)	大 腸 が ん (%)	乳 が ん (%)	子 宮 が ん (%)	肺 が ん (%)
全 国	0.15	0.16	0.19	0.06	0.05
最 大 値	0.29	0.27	0.33	0.15	0.11
最 小 値	0.07	0.10	0.08	0.02	0.02
北海道	0.13	0.15	0.33	0.07	0.06
青森	0.10	0.12	0.15	0.07	0.05
岩手	0.17	0.21	0.13	0.05	0.06
宮城	0.12	0.18	0.19	0.03	0.05
秋田	0.18	0.17	0.08	0.02	0.05
山形	0.16	0.15	0.11	0.06	0.05
福島	0.18	0.19	0.14	0.04	0.05
茨城	0.12	0.11	0.15	0.05	0.03
栃木	0.10	0.14	0.13	0.06	0.02
群馬	0.18	0.17	0.16	0.08	0.04
埼玉	0.15	0.15	0.14	0.06	0.04
千葉	0.14	0.11	0.19	0.04	0.03
東京都	0.09	0.10	0.19	0.05	0.03
神奈川県	0.14	0.14	0.20	0.06	0.05
新潟	0.28	0.27	0.20	0.10	0.06
富山	0.22	0.25	0.21	0.08	0.07
石川	0.18	0.25	0.25	0.10	0.07
福井	0.14	0.13	0.17	0.06	0.05
山梨	0.13	0.13	0.25	0.04	0.04
長野	0.14	0.14	0.17	0.07	0.04
岐阜	0.14	0.19	0.18	0.06	0.05
静岡県	0.10	0.14	0.13	0.04	0.05
愛知県	0.19	0.18	0.22	0.08	0.06
三重	0.12	0.20	0.16	0.04	0.04
滋賀	0.17	0.25	0.26	0.06	0.02
京都	0.12	0.20	0.25	0.09	0.05
大阪	0.12	0.15	0.20	0.07	0.05
兵庫県	0.14	0.14	0.18	0.07	0.04
奈良	0.14	0.15	0.18	0.06	0.05
和歌山	0.16	0.17	0.21	0.15	0.05
鳥取	0.29	0.21	0.15	0.04	0.07
島根	0.19	0.17	0.20	0.07	0.04
岡山	0.14	0.12	0.15	0.04	0.05
広島	0.14	0.18	0.16	0.08	0.07
山口	0.24	0.22	0.27	0.09	0.11
徳島	0.18	0.15	0.28	0.07	0.04
香川県	0.20	0.20	0.24	0.08	0.07
愛媛	0.12	0.10	0.12	0.06	0.04
高知	0.14	0.15	0.29	0.03	0.02
福岡	0.18	0.18	0.24	0.07	0.04
佐賀	0.20	0.23	0.25	0.05	0.06
長崎	0.13	0.22	0.15	0.10	0.07
熊本	0.11	0.14	0.23	0.05	0.06
大宮	0.13	0.17	0.14	0.07	0.03
宮崎	0.12	0.16	0.18	0.04	0.04
鹿児島	0.09	0.12	0.24	0.08	0.06
沖縄	0.07	0.20	0.16	0.05	0.07

注:「がん発見率」とは、「がん検診受診者数」に対する「がんであった者」の割合をいう。

資料:地域保健・老人保健事業報告

市町村におけるがん検診の都道府県別・部位別がん要精検率(平成16年度)

都 道 府 県	胃 が ん (%)	大 腸 が ん (%)	乳 が ん (%)	子 宮 が ん (%)	肺 が ん (%)
全 国	11.11	6.98	6.44	1.19	2.79
最 大 値	40.40	10.40	11.35	2.78	6.37
最 小 値	6.28	3.90	3.21	0.38	0.91
北海道	10.50	8.78	5.73	1.65	3.48
青森	9.98	4.46	6.87	1.15	2.28
岩手	9.44	4.86	4.07	0.98	3.19
宮城	9.37	5.09	9.66	0.87	2.15
秋田	13.18	6.87	6.30	1.85	3.32
山形	11.98	7.17	4.71	0.92	3.30
福島	11.78	8.56	6.72	0.99	3.49
茨城	10.26	7.44	5.52	1.63	2.38
栃木	6.28	5.91	5.17	1.23	2.51
群馬	10.77	6.80	4.09	1.06	1.89
埼玉	13.00	7.43	6.15	0.95	2.76
千葉	12.43	7.18	8.95	0.70	1.73
東京	15.09	7.05	8.74	1.48	5.53
神奈川	11.01	5.71	11.35	1.36	2.78
新潟	8.11	5.98	6.08	0.76	3.54
富山	11.58	7.13	6.04	0.86	2.29
石川	10.41	6.66	10.16	2.78	1.45
福井	14.23	5.56	9.38	1.78	6.37
山梨	11.11	6.27	6.50	1.16	2.13
長野	13.43	7.14	4.93	1.08	3.66
岐阜	10.41	6.88	7.12	1.11	2.62
静岡	9.54	6.52	4.73	0.99	2.43
愛知	10.62	7.24	6.62	1.48	2.52
三重	8.54	7.88	8.17	0.90	3.59
滋賀	8.97	6.87	10.11	0.90	0.91
京都	17.03	6.72	5.44	0.85	1.29
大阪	10.77	7.75	4.48	1.90	2.49
兵庫	11.50	6.62	6.15	1.01	4.40
奈良	9.21	6.62	6.59	0.43	4.67
和歌山	10.29	8.06	6.97	1.22	3.01
鳥取	40.40	7.96	3.21	0.42	3.02
島根	9.96	5.96	5.04	0.40	3.63
岡山	7.71	7.51	5.91	0.52	1.98
広島	10.83	7.63	4.92	1.10	4.31
山口	9.93	8.35	7.16	1.26	2.16
徳島	9.68	7.55	8.61	0.98	2.57
香川	10.45	6.45	5.60	0.81	2.16
愛媛	9.72	7.10	5.47	0.38	3.55
高知	13.33	3.90	7.77	0.41	2.41
福岡	8.27	8.05	4.40	1.49	2.84
佐賀	14.54	10.40	5.73	1.41	3.11
長崎	9.09	8.20	5.73	1.38	2.34
熊本	10.71	6.34	5.11	1.22	3.55
大分	10.68	8.10	4.18	1.79	1.29
宮崎	10.63	7.79	3.73	1.60	2.64
鹿児島	9.38	6.76	7.73	0.45	0.96
沖縄	10.03	7.08	7.02	0.82	3.48

注:「がん要精検率」とは、「がん検診受診者数」に対する「要精密検査者」の割合をいう。

資料:地域保健・老人保健事業報告

市町村におけるがん検診の都道府県別・疾患別がん要精検的中度(平成16年度)

都	道	府	県	胃がん (%)	大腸がん (%)	乳がん (%)	子宮がん (%)	肺がん (%)
全	最	最	国	1.3	2.2	2.9	5.1	1.7
最	大	値	道	3.4	4.6	5.8	17.4	6.1
最	小	値	道	0.6	1.4	1.3	1.2	0.6
北	海	道	森	1.2	1.8	5.8	4.0	1.7
青		森	手	1.0	2.7	2.1	6.2	2.2
岩		手	城	1.8	4.4	3.2	5.1	1.9
宮		城	田	1.3	3.5	2.0	3.9	2.2
秋		田	形	1.3	2.5	1.3	1.2	1.6
山		形	島	1.4	2.1	2.3	6.1	1.5
福		島	城	1.5	2.2	2.0	4.1	1.4
茨		城	木	1.2	1.5	2.7	3.3	1.1
栃		木	馬	1.6	2.4	2.5	5.0	0.9
群		馬	玉	1.7	2.6	3.9	7.2	2.1
埼		玉	葉	1.1	2.0	2.3	6.0	1.4
千		葉	京	1.1	1.6	2.2	5.3	1.8
東		京	川	0.6	1.4	2.1	3.2	0.6
神	奈	川	潟	1.2	2.5	1.7	4.2	1.7
新		潟	山	3.4	4.6	3.2	13.0	1.6
富		山	川	1.9	3.5	3.5	9.7	3.2
石		川	井	1.7	3.7	2.5	3.5	4.7
福		井	梨	1.0	2.4	1.8	3.4	0.8
山		梨	野	1.1	2.0	3.9	3.4	2.1
長		野	阜	1.1	1.9	3.5	6.5	1.2
岐		阜	岡	1.3	2.8	2.5	5.0	1.9
静		岡	知	1.0	2.1	2.7	4.3	1.9
愛		知	重	1.8	2.5	3.4	5.4	2.2
三		重	賀	1.4	2.6	2.0	4.2	1.2
滋		賀	都	1.9	3.6	2.5	6.2	2.2
京		都	阪	0.7	3.0	4.5	10.4	3.7
大		阪	庫	1.1	1.9	4.4	3.7	2.0
兵		庫	良	1.3	2.1	3.0	6.9	0.9
奈	歌	良	山	1.6	2.3	2.7	13.1	1.0
和		山	取	1.6	2.1	3.0	12.1	1.5
鳥		取	根	0.7	2.6	4.5	9.0	2.3
島		根	山	1.9	2.9	3.9	16.5	1.0
岡		山	島	1.8	1.6	2.5	8.0	2.3
広		島	口	1.3	2.4	3.3	7.7	1.6
山		口	島	2.4	2.7	3.8	7.4	5.2
徳		島	川	1.9	2.0	3.3	6.9	1.6
香		川	媛	1.9	3.1	4.4	9.6	3.0
愛		媛	知	1.3	1.4	2.3	14.8	1.2
高		知	岡	1.0	3.8	3.8	7.3	1.0
福		岡	賀	2.2	2.2	5.4	4.9	1.4
佐		賀	崎	1.4	2.2	4.3	3.6	1.9
長		崎	本	1.5	2.6	2.6	7.3	2.8
熊		本	分	1.0	2.2	4.4	4.3	1.8
大		分	崎	1.2	2.1	3.4	3.8	2.4
宮		崎	島	1.2	2.0	4.8	2.6	1.4
鹿	児	島	縄	1.0	1.8	3.1	17.4	6.1
沖		縄		0.7	2.9	2.2	6.0	2.0

注:「がん要精検的中度」とは、「要精密検査者」に対する「がんであった者」の割合をいう。

資料:地域保健・老人保健事業報告

地域ケア・療養病床転換
推進室関係

23. 療養病床の再編成について

(1) 療養病床再編成に向けたスケジュール

各都道府県では、地域ケア整備構想（仮称）を策定する際の基礎資料とするため、昨年10月1日現在で療養病床を有する医療機関の協力を得て「療養病床アンケート調査」を実施していただいた。現在医療経済研究機構において集計作業が行われており、3月上旬に公表する予定としている。

都道府県における構想策定作業を支援するため、現在医療経済研究機構の「地域ケア整備に関する研究班」において、2つの支援ツールの検討を進めてきた。その一つが昨年末に中間とりまとめとして公表した都道府県が地域ケア整備構想（仮称）を策定するに当たっての地域におけるサービス必要量の推計ツールである。

また、もう1つはモデルプランの作成である。療養病床の分布状況を見ると都道府県ごとに大きな差があり、全国一律の対応よりも地域特性を踏まえた対応が必要になることから、地域特性を3つの観点（①療養病床が多い地域、②都市地域、③現に高齢化率が高い地域）で捉えて、それぞれに対応した具体的な対応策を示せるよう自治体や関係者の協力を得て検討を進めており、年度内に取りまとめる予定としている。

厚生労働省では、3月には地域ケア整備指針（仮称）や第4期介護保険事業計画の参酌標準の基本的考え方をモデルプランと合わせてお示しする予定としている。

都道府県では、それらを踏まえつつ地域ケア整備構想（仮称）の検討作業を進めていただくことになるので、中間とりまとめでお示したワークシート等による作業を行いつつ、検討の場を立ち上げるなどして必要な体制を整えて取り組んでいただきたい。また、今後、厚生労働省として6月目途にヒアリングを行うことを予定しているので、ご承知おきいただきたい。詳細は改めてご連絡する。

(2) 中間とりまとめのワークシート等について

昨年末の中間とりまとめでは、①地域ケア整備構想（仮称）に盛り込むべき事項、②中長期的な観点から、将来の高齢者の状況や施設・居住系サービスなど地域ケアのニーズを包括して捉えて推計する中長期のワークシートと、③当面平成23年度末までの施設、

在宅サービスなどの介護サービス等の必要量を推計する短期のワークシートをお示しました。なお、これらのワークシートは地域の将来像を描くためのツールであり、構想の策定には地域における議論が必要であることから、併せて各地域において期待される議論のポイントをお示ししている。

これらについては、地域ケア整備構想（仮称）の策定に向けた今後の都道府県の作業スケジュール案とともに昨年末各都道府県宛に送付するとともに、本年1月17日に各都道府県地域ケア整備構想策定事務担当者会議を開催し、ご説明したところである。

療養病床の転換を進めるに当たっては、単に療養病床を転換するだけでなく、将来の一層の高齢化を踏まえつつ、施設・在宅サービス、さらには地域での高齢者向けの「住まい」も含む見守りの体制、在宅医療など地域におけるケア体制全般を考えることが必要となる。その中で、施設整備は20年、30年先のサービスの供給と負担につながるものであることも踏まえながら、地域での将来的なニーズや社会資源の状況等に即して、計画的に整備を進めることが求められる。

そのためには、この策定作業は都道府県が行うが、地域のケア体制の問題でもあることから、市町村とも十分連携・意思疎通を図りながら進めるとともに、地域の関係団体などとも調整をしながら進めていただきたい。

(3) 療養病床の再編成に向けて

今後、地域ケア整備構想（仮称）の中の療養病床転換計画の策定作業を進めるためには関係医療機関との調整が必要となる。第4期介護保険事業計画の参酌標準の基本的考え方においては、医療療養病床からの転換分を円滑に受け止めるという考え方に立って整理したいと考えている。今後、個別の医療機関にアンケート調査結果や医療療養病床及び第4期介護保険事業計画の参酌標準の考え方などを情報提供し、できるだけ地域の将来の動向を踏まえた経営判断をお願いしつつ、全体の調整を進めることになると考えているので、よろしくお願いしたい。

厚生労働省としても、医療機関が入院患者の状況や将来の経営見通しなども含めて、総合的に適切な判断が行えるよう、転換を検討する場合にどのような問題があるのか整理を行い、転換の具体的イメージなどの方策をできるだけ早くお示ししたいと考えている。また、現在の療養病床が担っている様々な役割・機能をどういう形で受け皿となる施設で代替できるか幅広く検討し、できるだけ早くお示ししたいと考えているところで

ある。

なお、これまでも患者や住民、医療機関等からの相談・照会に応じる相談窓口の開設と情報提供の推進をお願いするとともに、設置した相談窓口についての情報が患者、住民、医療機関等へ確実に伝わるように周知することをお願いしてきたところである。今後とも、患者や医療機関の不安を招くことのないよう、相談体制の確保と情報提供をよろしく願います。

2 4 . 介護施設等の在り方に関する委員会について

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）附則第2条に、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設の基本的な在り方並びにこれらの施設の入所者に対する医療の提供の在り方の見直し等を検討することが規定されたことを踏まえ、これらのサービスの基準、報酬等について、今後、介護給付費分科会において審議を行うための基本的な論点の整理等を行うことを目的として介護施設等の在り方に関する委員会を設置した。

本委員会での検討事項は、介護施設等の基本的な在り方に関する事項及び介護施設等の入所者に対する医療の提供の在り方に関する事項等である。第1回会合を昨年9月27日に、第2回会合を同年12月15日に開催し、これまでに介護施設及び高齢者の住まいに関する現状報告及び議論、諸外国の介護施設等の現状についての報告及び議論が行われたところである。

また、老人保健施設等における医療提供の在り方については、3月上旬に取りまとめ予定の「療養病床アンケート調査」の結果を踏まえて、次回の委員会から議論を本格化していただく予定である。

地域ケア・療養病床転換
推進室資料

地域ケア整備構想(仮称)の 中間とりまとめ等について

地域ケア整備構想(仮称)を策定する趣旨

① 地域差が大きい中で、地域ごとの対応方針を整理する

- ・療養病床の整備状況は都道府県によっても、また都道府県内でも地域差が大きく、円滑な転換を進める上では、地域ごとに対応方針を検討することが求められる。
- ・単なる転換に止まらず、今後の一層の高齢化の進展を念頭に、地域におけるケア体制全般について、地域での将来的なニーズや社会資源の状況等に即して、計画的に整備することが必要となる。

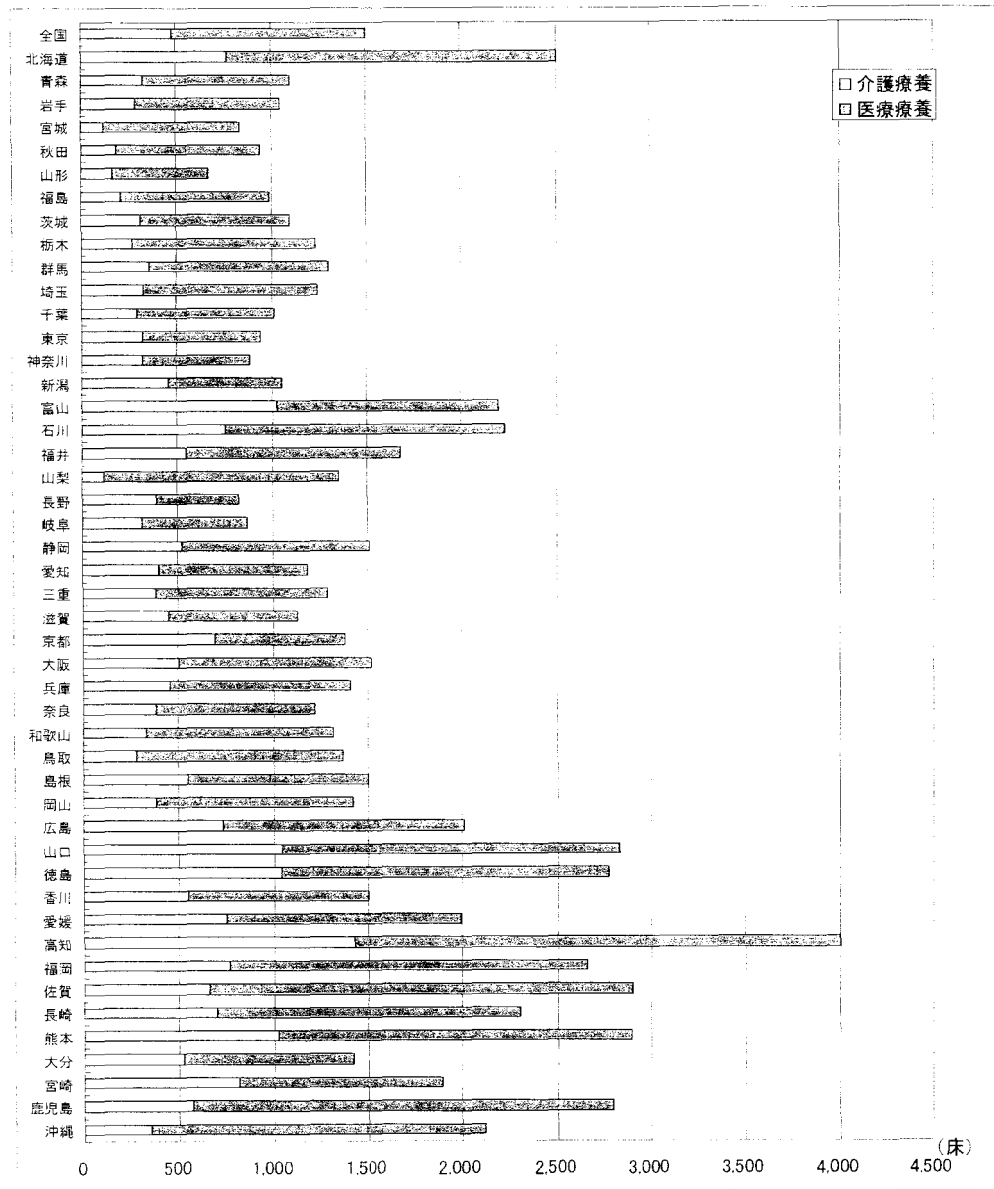
② 療養病床の転換推進が惹起する住民や医療機関の不安に応える

- ・療養病床が再編成された後の受け皿がどうなるのかといった不安を抱える住民や、転換する場合に果たして介護施設の整備「枠」が確保されるのかといった懸念を抱く医療機関に将来の姿を示す。

③ 療養病床の再編成に関係する関係3計画の整合性を図る

- ・療養病床の再編成は、都道府県が今後策定する「医療計画」(平成20年度～)、「医療費適正化計画」(平成20年度～)および「介護保険事業支援計画」(平成21年度～)に密接に関連することから、各計画相互に整合性のとれた方針を速やかに整理し、各計画に適切に反映させることが必要となる。

都道府県別に見た65歳以上人口10万当たりの療養病床の病床数 (平成18年3月末)

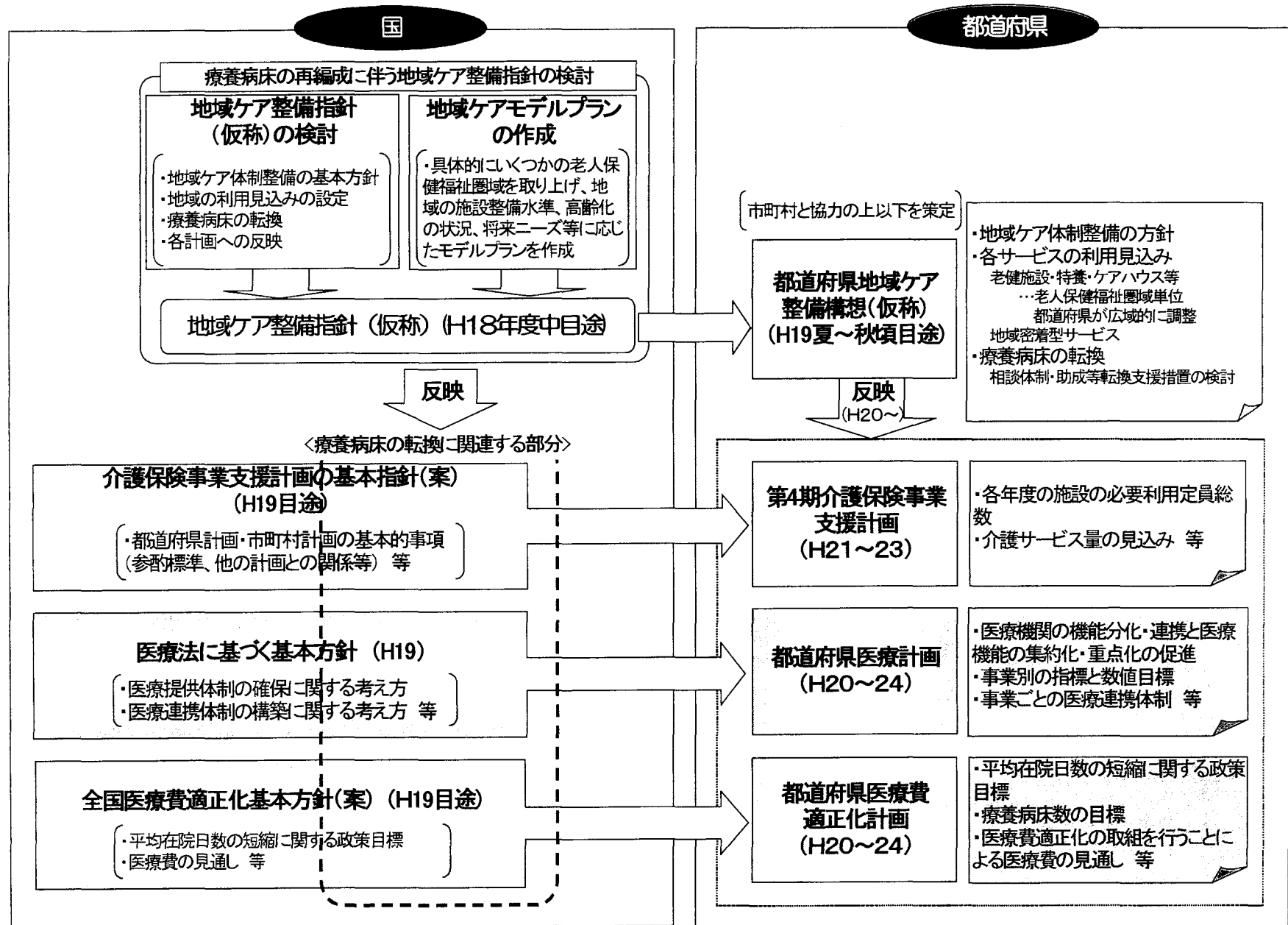


		病床数(床)				65歳以上 人口10万対 病床数
		総数	介護療養	医療		
				割合(%)	病床数	
全	国	384,531	122,191	31.8%	262,340	1,497.9
北	海	30,132	9,209	30.6%	20,923	2,499.1
青	森	3,576	1,047	29.3%	2,529	1,095.0
岩	手	3,564	968	27.2%	2,596	1,048.4
宮	城	3,929	561	14.3%	3,368	835.0
秋	田	2,893	567	19.6%	2,326	938.7
山	形	2,069	501	24.2%	1,568	667.6
福	島	4,705	997	21.2%	3,708	990.8
茨	城	6,302	1,770	28.1%	4,532	1,093.6
栃	木	4,799	1,034	21.5%	3,765	1,227.7
群	馬	5,404	1,478	27.4%	3,926	1,296.2
埼	玉	14,470	3,700	25.6%	10,690	1,250.6
千	葉	10,730	3,058	28.5%	7,672	1,011.9
東	京	21,560	7,212	33.5%	14,348	939.2
神	奈	13,076	4,637	35.5%	8,439	883.4
新	潟	6,110	2,621	42.9%	3,489	1,052.1
富	山	5,683	2,649	46.6%	3,034	2,200.0
石	川	5,482	1,844	33.6%	3,638	2,230.8
福	井	3,122	1,014	32.5%	2,108	1,683.0
山	梨	2,616	223	8.5%	2,393	1,351.4
長	野	4,284	2,002	46.7%	2,282	820.7
岐	阜	3,819	1,361	35.6%	2,458	863.8
静	岡	11,779	4,054	34.4%	7,725	1,511.7
愛	知	14,802	4,993	33.7%	9,809	1,185.5
三	重	5,163	1,514	29.3%	3,649	1,288.7
滋	賀	2,814	1,112	39.5%	1,702	1,128.2
京	都	7,331	3,679	50.2%	3,652	1,382.3
大	阪	24,925	8,247	33.1%	16,678	1,525.2
兵	庫	15,547	5,062	32.6%	10,485	1,402.4
奈	良	3,446	1,074	31.2%	2,372	1,215.4
和	歌	3,287	823	25.0%	2,464	1,317.6
鳥	取	1,996	409	20.5%	1,587	1,366.1
島	根	3,012	1,106	36.7%	1,906	1,497.7
岡	山	6,224	1,649	26.5%	4,575	1,420.8
山	口	12,059	4,382	36.3%	7,677	2,008.0
徳	島	10,560	3,916	37.1%	6,644	2,828.5
香	川	5,474	2,057	37.6%	3,417	2,774.3
愛	媛	3,540	1,287	36.4%	2,253	1,503.1
高	知	7,009	2,645	37.7%	4,364	1,991.2
福	岡	8,262	2,944	35.6%	5,318	4,003.4
佐	賀	26,523	7,602	28.7%	18,921	2,658.2
長	崎	5,688	1,297	22.8%	4,391	2,900.4
熊	本	8,046	2,441	30.3%	5,605	2,306.6
大	分	12,643	4,467	35.3%	8,176	2,891.5
宮	崎	4,144	1,532	37.0%	2,612	1,415.3
鹿	児	5,130	2,202	42.9%	2,928	1,895.9
鹿	嶋	12,168	2,481	20.4%	9,687	2,800.1
嶋	縄	4,634	763	16.5%	3,871	2,117.0

注)65歳以上人口は総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計(確定値)」による。

【出典】病院報告(平成18年3月分概数)

地域ケア整備指針（仮称）と関係計画の位置付け（案）



地域ケア整備に関する研究班の中間とりまとめ

- ・地域ケア整備構想(仮称)の策定に当たっては、地域における将来の動向や当面の介護サービス等の動向を踏まえつつ検討を進めることが必要。
- ・このため、地域ケア整備に関する研究班において、都道府県による地域ケア整備構想(仮称)の策定のための作業ツールと構想の事項案を中間とりまとめ。

H18. 12. 26公表

①地域ケア整備構想(仮称)に
盛り込むべき事項
(中間とりまとめ版)

- ・地域ケア整備構想(仮称)のいわば目次
- ・今後国が示す地域ケア整備基本指針(仮称)を踏まえつつ、都道府県で具体的記載内容を検討

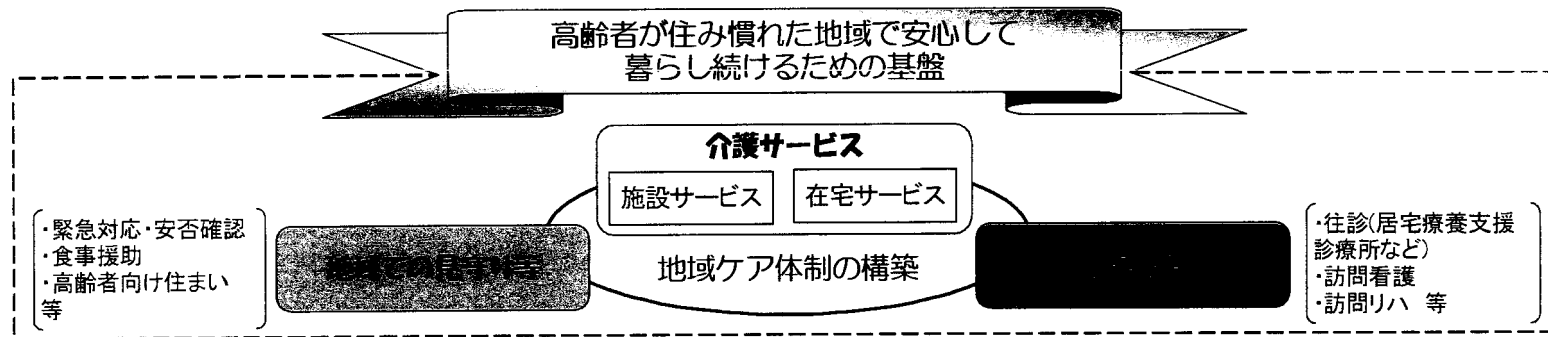
②長期ワークシート

- ・20年後、30年後の地域の高齢化の状況を見通し、施設・居住系サービスの需要を複数パターンで試算し、将来の地域ケア体制のあるべき姿やその体制確保に向けた対応方針を検討するための作業ツール
- ・併せて高齢者の見守り、住まいの在り方や在宅医療の在り方を検討する際の検討の流れ、検討のポイントなどを提示

③短期ワークシート

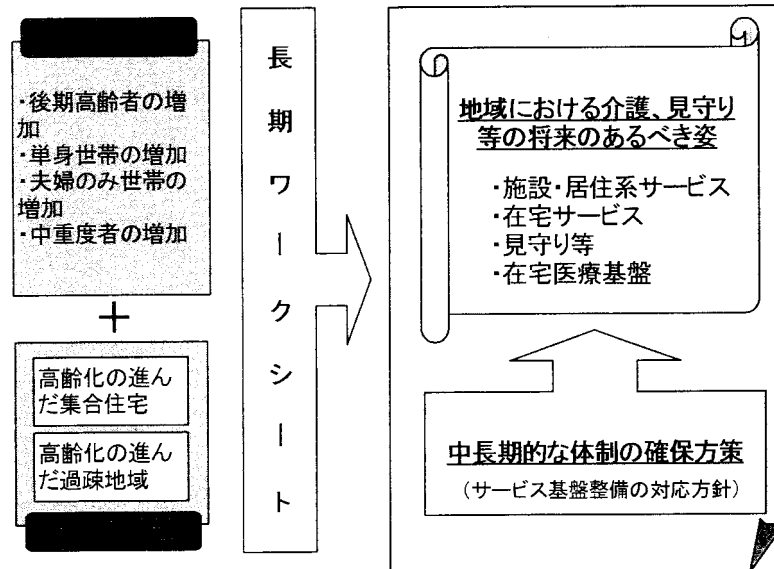
- ・H23年度までの療養病床転換分も含む介護サービスの見込み量や見守り機能がついた住まい等の量を見込むための作業ツール
- ・介護保険事業計画のワークシートをベースとして、直近の給付実績や療養病床の転換に伴う所要量を反映

地域ケア整備構想(仮称)の全体イメージ

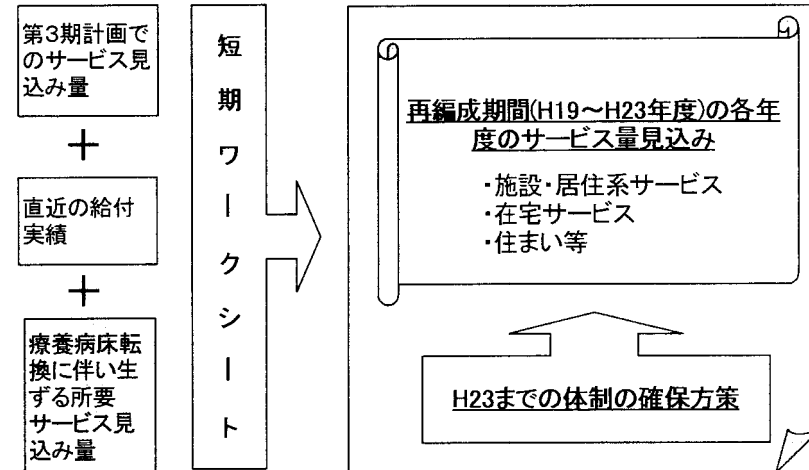


踏まえて検討

H47までの中長期的な介護、見守り等の将来像と体制の確保



H23までの介護サービス等の見込みと体制の確保



療養病床転換推進計画

- ・現状と課題
- ・各年度・各圏域の療養病床転換計画
- ・転換支援(相談体制、支援措置等)
- ・医療保険・介護保険財政への影響

地域ケア整備構想(仮称)に盛り込むべき事項 (中間とりまとめ版)①

1 地域ケア体制の在り方及び療養病床の再編成に関する基本的事項

- (1) 基本的理念
 - (2) 地域における高齢者の介護及び見守り等の地域ケア体制の在り方に関する基本方針
 - (3) 療養病床の再編成に関する基本方針
- 等

2 地域ケア整備構想の策定に関する基本的事項

- (1) 策定の目的
 - (2) 医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画その他関係計画との調和、市町村との関係
 - (3) 圏域
- 等

地域ケア整備構想(仮称)に盛り込むべき事項 (中間とりまとめ版)②

3 地域における高齢者の介護及び見守り等の将来像と中長期的な体制の確保に関する事項

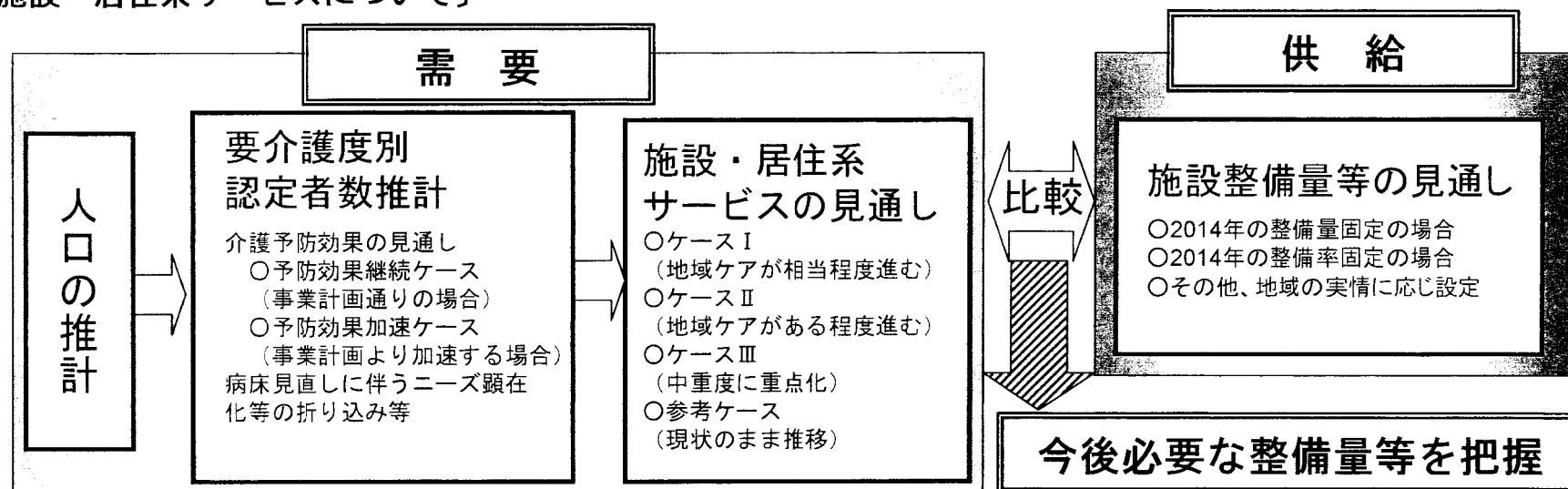
- (1) 平成47年(2035年)に向けた10年ごとの高齢者の介護及び見守り等のサービスの需要の見通し
 - ア 人口と世帯構造別高齢者数
 - イ 介護保険の要介護・要支援認定者数
 - ウ 介護保険の施設・居住系サービスの需要の見通し
 - エ 高齢者の見守り等の需要の見通し
 - (2) 地域における高齢者の介護及び見守り等の将来像
 - (3) 地域における高齢者の介護及び見守り等の中長期的な体制の確保
- 等

4 療養病床の転換が行われる期間の地域における高齢者の介護サービス及び住まい等の量の見込み及び体制の確保に関する事項

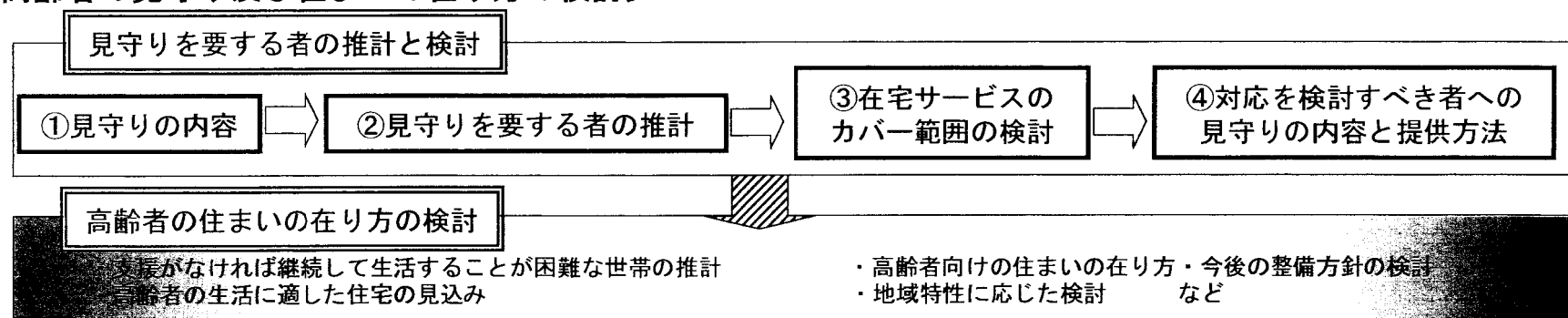
- (1) 平成23年度までの各年度の介護サービス及び住まい等の量の見込み
 - ア 高齢者数及び介護保険の要介護・要支援認定者数
 - イ 介護保険における施設・居住系サービス及び在宅サービスの量の見込み
 - ウ 介護サービス等に係る住まい等の量の見込み
 - (2) 平成23年度までの地域における高齢者の介護サービス及び住まい等の体制の確保
- 等

長期将来推計における推計と今後の在り方の検討の流れ

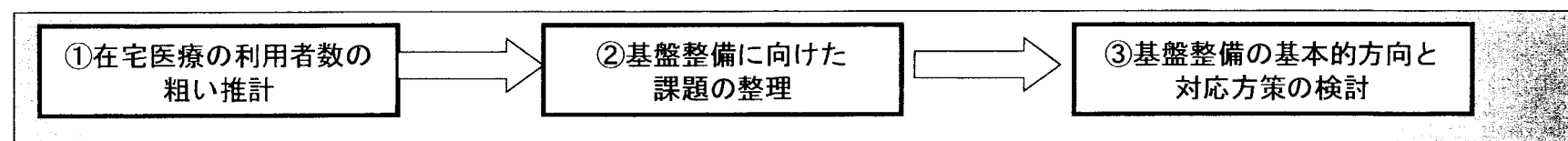
〔施設・居住系サービスについて〕



〔高齢者の見守り及び住まいの在り方の検討〕



〔「在宅医療」の在り方の検討〕



地域ケア整備構想(仮称)に盛り込むべき事項 (中間とりまとめ版)③

5 療養病床の転換の推進に関する事項(療養病床転換推進計画)

(1) 地域における療養病床の現状と課題

- ア 療養病床アンケート調査の結果
- イ 地域における療養病床の現状
- ウ 地域における療養病床の課題

(2) 療養病床の転換の計画的な推進

- ア 基本的な考え方
- イ 地域の特性
- ウ 平成23年度までの各年度における各圏域の療養病床数と転換先のサービス量の変動

(3) 療養病床の転換への支援

- ア 基本的な考え方と相談体制の構築
- イ 都道府県の支援措置と国の交付金等の活用

(4) 療養病床の転換の保険財政上の影響の試算

- ア 医療保険の財政に及ぼす影響
- イ 介護保険の財政に及ぼす影響

等

長期的将来像の検討で期待される議論

施設・居住系サービス

- ・地域における施設・居住系サービスの需要のケース別推計結果を踏まえた将来の地域ケア体制のあるべき姿
- ・今後の高齢化の進展に対応した地域としての施設・居住系サービスの今後の整備の方向
- ・中長期的な体制の確保に向けた対応方針 等

見守り等・高齢者向け住まい

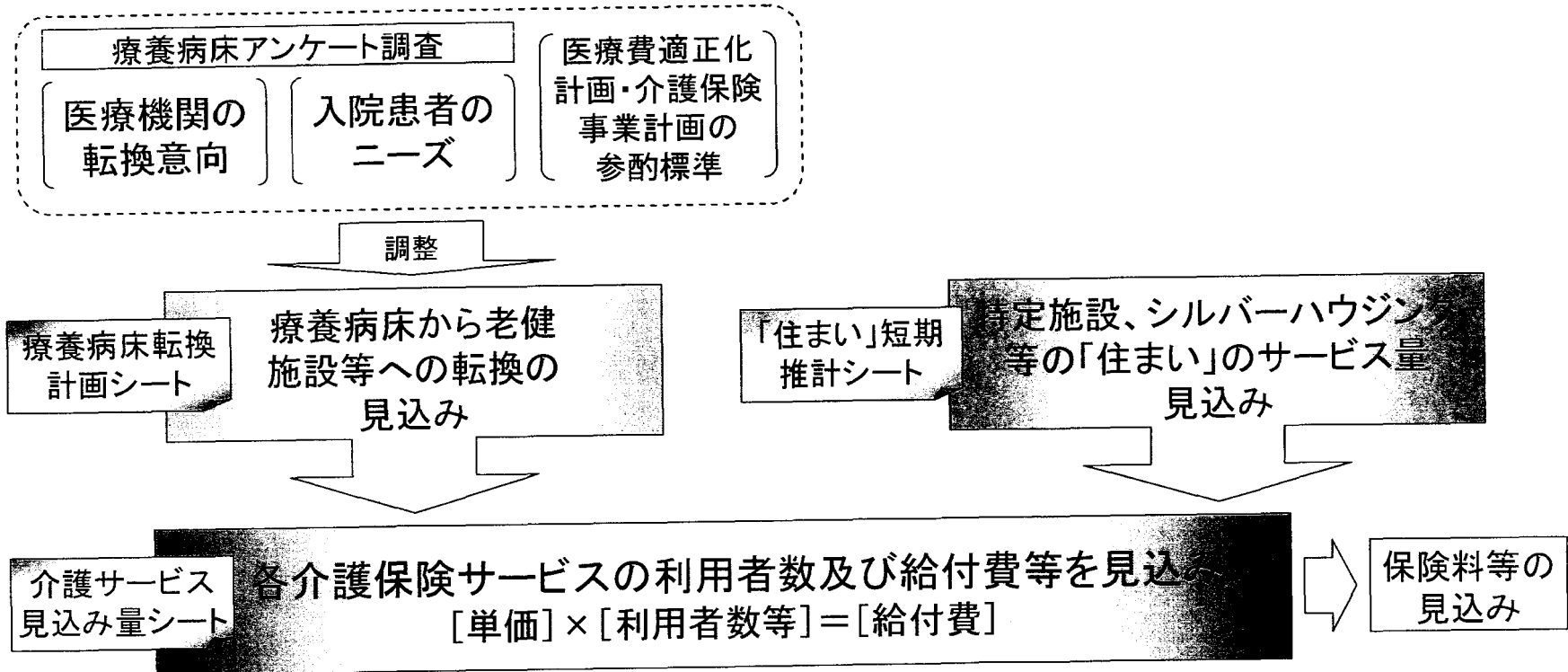
- ・確保すべき「見守り」の内容(安否確認、食事の援助、緊急時の対応等)
- ・見守りを要する者の見込み
- ・対応を検討すべき者に対する見守りの内容と提供方法 等

- ・高齢者の生活に適した住宅の供給の必要量
- ・高齢者向けの住まいの在り方、今後の整備方針
- ・地域特性に応じた課題の検討(過疎地域・山村地域における住み替え、ニュータウン地域における支援システムの在り方等) 等

在宅医療基盤

- ・在宅医療の基盤整備に向けた課題の整理
- ・地域の状況を踏まえた在宅医療基盤の整備に向けた促進策
- ・後方支援体制、看取りの体制、連携体制、人材確保対策 等

短期ワークシートの流れ



期待される議論

- ・療養病床の転換方策
- ・療養病床転換分も含めた施設サービスと在宅サービスのバランス、確保方策
- ・給付と負担のバランス
- ・高齢者の介護・見守り・住まい・在宅医療の連携体制
- ・地域における見守り機能を有する高齢者向け住まいの在り方
- ・地域における在宅医療基盤の整備の在り方等

地域ケア整備構想(仮称)を策定する意義

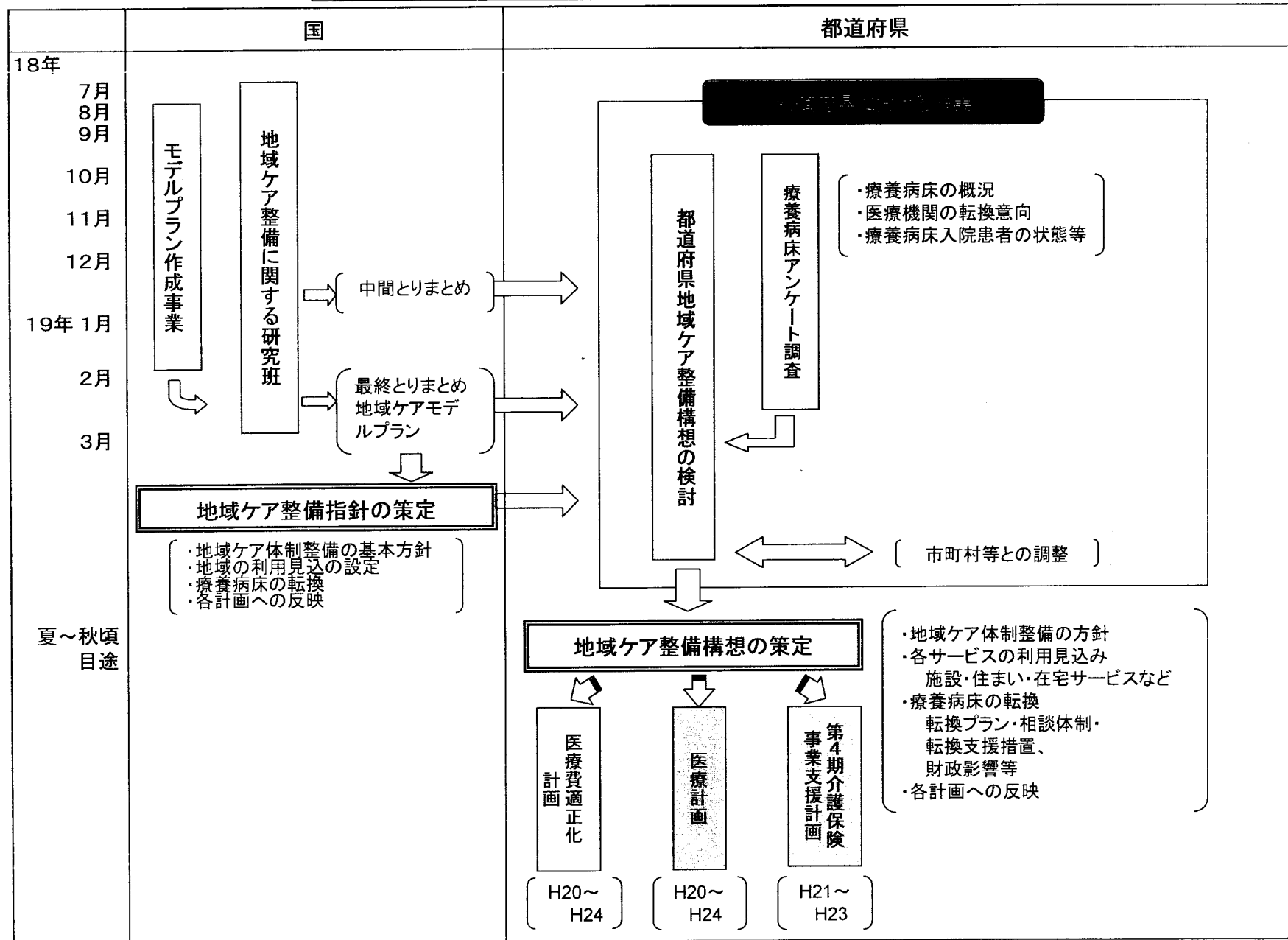
医療機関の方々には

- ・第3期・第4期を通じた療養病床転換の整備枠が明らかになる
 - * 第4期介護保険事業支援計画の先取り
- ・当面の介護サービス等に係る地域の利用者のニーズが明らかになる
- ・中長期的な地域の施設・居住系サービス等のニーズや施策の動向が明らかとなる
- ・療養病床の転換に向けた地域の支援策が明らかとなる

住民の方々には

- ・療養病床の転換が地域においてどう進むか明らかとなる
- ・療養病床の転換も含めた当面の介護施設や在宅サービス等の見込み量が明らかとなる
- ・地域で提供される施設・居住系サービスなどの整備の方向や、見守り、在宅医療基盤を含む地域ケア体制の将来の全体像が明らかになる

「地域ケア整備構想(仮称)」策定のスケジュール



地域ケア整備構想(仮称)の策定に向けたスケジュール(案)

平成19年

1月

○ 各都道府県において、作業スケジュール、検討課題等を検討する。

(平成19年1月～2月目途)

2月

3月

(国)療養病床アンケート調査結果の公表(平成19年2月末日途)

(国)地域ケア整備指針・モデルプラン提示(平成19年3月)

4月

○(平成19年2月～4月目途)

各都道府県において、研究班中間とりまとめの「長期将来推計」を活用し、中長期的なサービスニーズ(高齢者数・要介護(支援)認定者数の見通し、施設・居住系サービス需要の見通し等)を行うとともに、将来的な望ましい地域ケア体制の在り方、地域ケア体制に向けた中期的取り組みの方向等を検討整理する。

5月

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

都道府県における作業

○(平成19年4月～7月目途)

各都道府県は、アンケート調査集計結果を踏まえ、短期ワークシートを活用して当面のサービスニーズを推計するとともに、平成23年度末までの介護サービスの量の見込み、医療機関の転換意向を踏まえた療養病床の年次別転換見込み等を整理し、財政試算等を行う。さらに、地域の特性に応じた検討課題を整理し、具体的な対応方策を検討する。

○市町村、関係団体等との調整を行う。

**地域ケア整備構想(仮称)の策定
(平成19年夏～秋頃)**

検討の場等における議論

検討の場等① (平成19年1月～2月)

〔議論事項〕・策定に向けた作業スケジュールの確認
・地域ケア整備構想(仮称)を検討する上での検討課題 等

検討の場等② (平成19年4月～5月)

〔議論事項〕・療養病床アンケート調査の集計結果
・長期ワークシートの試算結果
・中長期的な地域ケア体制整備の将来像と施策の方向 等

検討の場等③ (平成19年6～7月)

〔議論事項〕・短期ワークシートの試算結果
・年次別・圏域別の療養病床転換計画案
・財政に及ぼす影響試算
・地域ケア整備構想(仮称)における検討課題への対応方策 等

平成19年度地方財政措置の概要

1. 療養病床の再編成に向けた支援措置事業(新規)【老健局】

8. 1億円

(概要)

- ① 療養病床の再編成に伴う受け皿づくりや高齢者の住まいの在り方などを含めた地域ケア体制の計画的な整備を推進するため、各都道府県が策定する「地域ケア整備構想」に対する支援措置
- ② 療養病床の円滑な転換を推進するために必要な研修会等の開催に対する支援措置

2. 特定健康診査・特定保健指導を実施する事業者等の情報収集事業(新規)【健康局】

3. 1億円

(概要)

- ① 適切なアウトソーシング先を確保するために実施する、健診・保健指導実施事業者に係る情報収集に対する支援措置
- ② 保健師・管理栄養士の資格を有しながら、特段の職に就いていない者であって、保健指導等の業務に関心の高い者を掘り起こすための調査事業に対する支援措置
- ③ インターネット等による①、②に係る情報提供に対する支援措置

3. 医療費の現状分析・適正化対策の行財政等への効果分析事業(新規)【保険局】

9. 4億円

(概要)

医療圏又は市町村ごとの医療費の要因分析及び将来見通しの推計や医療提供・利用状況分析を行うとともに、病床の再編成等の医療費適正化対策を行った場合に都道府県行財政等にもたらす効果を数量化する事業に対する支援措置

4. 医療費適正化計画作成に向けた支援措置事業(新規)【保険局】

6. 8億円

(概要)

各都道府県における「医療費適正化計画」の策定に対する支援措置

5. 医療機能に関する情報提供事業(新規)【医政局】

26. 7億円

(概要)

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みの創設に対する支援措置

介護施設等の在り方に関する委員会について

健康保険法等の一部を改正する法律における検討規定

附 則 (検討)

第二条

- 3 政府は、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、介護保険法第八条第二十五項に規定する介護老人保健施設及び同条第二十四項に規定する介護老人福祉施設の基本的な在り方並びにこれらの施設の入所者に対する医療の提供の在り方の見直しを検討するとともに、介護保険施設等の設備及び運営に関する基準並びに利用者負担の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるとともに、地域における適切な保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備の支援に努めるものとする。

介護施設等の在り方に関する委員会

【設置目的】

○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）附則第2条に、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設の基本的な在り方並びにこれらの施設の入所者に対する医療の提供の在り方の見直し等を検討することが規定されたことを踏まえ、これらのサービスの基準、報酬等について、今後、介護給付費分科会において審議を行うための基本的な論点の整理等を行うことを目的とする。

【検討事項】

- (1) 介護施設等の基本的な在り方に関する事項
- (2) 介護施設等の入所者に対する医療の提供の在り方に関する事項
- (3) その他

介護施設等の在り方に関する委員会の開催状況について

○第1回(平成18年9月27日(水))

- ・ 療養病床の再編成について
- ・ 介護施設等のサービスの現状について 等

○第2回(平成18年12月15日(金))

- ・ 我が国における高齢者の住まい等の状況について
 - ・ 諸外国の施設・住まい等の状況について 等
- (スウェーデン、デンマーク、ドイツについては実地調査報告)

○第3回(平成19年3月開催目途)

- ・ 療養病床アンケート調査結果について(予定) 等

主な介護給付の適正化等①

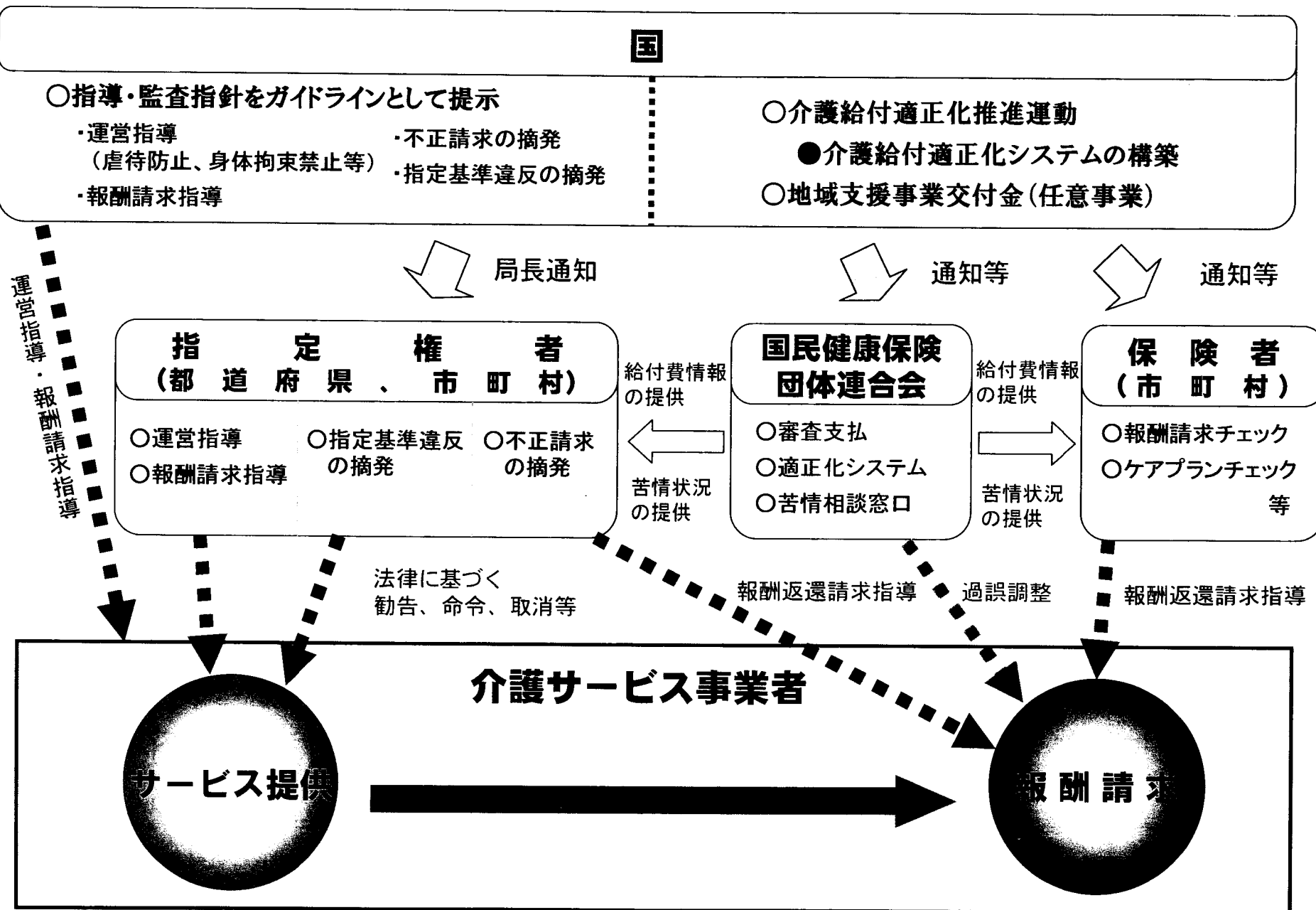
－ 国・都道府県・市町村における介護給付の適正化等に関する役割 －

	事業者指定	サービス提供	報酬請求
国	○指定の更新・指定要件チェックのシステム運営 ※H18.4から導入 ○事業者研修の励行	○運営指導(虐待防止、身体拘束禁止等) ※都道府県・市町村に対して指導指針・運営指導マニュアルをガイドラインとして提示 ○報酬請求指導 ※都道府県・市町村に対して指導指針・報酬請求指導マニュアルをガイドラインとして提示 ○指定基準違反の摘発 ※都道府県・市町村に対して監査指針をガイドラインとして提示 ○事業者等に対して合同指導として実地指導を実施	○不正請求の摘発 ※都道府県・市町村に対して監査指針をガイドラインとして提示 ○介護給付適正化推進運動 ※H16.10から国・都道府県・保険者である市町村と連携して実施 ●介護給付適正化システムの構築 ※H16.2から運用開始 ○地域支援事業交付金(任意事業) ※H18.4に創設。介護給付等費用適正化事業。
都道府県	○指定の更新 ※H18.4から指定の更新制を導入 ○指定要件チェック(指定取消等) ※H18.4から指定の欠格事由の追加 ○事業者への事前説明 ○市町村指定事務指導	指定権者 ○運営指導(虐待防止、身体拘束禁止等) ※H19.4から指導指針・運営指導マニュアルに基づき実施 ○報酬請求指導 ※H19.4から指導指針・報酬請求指導マニュアルに基づき実施 ○指定基準違反の摘発 ※H19.4から監査指針に基づき実施	指定権者 ○不正請求の摘発 ※H19.4から監査指針に基づき実施 ○介護給付適正化推進運動 ※H16.10から国・都道府県・保険者である市町村と連携して実施 ●介護給付適正化システムの活用 ※H16.2から運用開始
市町村	○指定の更新 ※H18.4から指定の更新制の導入 ○指定要件チェック(指定取消等) ※H18.4から指定の欠格事由の追加 ○事業者への事前説明	指定権者 ○運営指導(虐待防止、身体拘束禁止等) ※H19.4から指導指針・運営指導マニュアルに基づき実施 ○報酬請求指導 ※H19.4から指導指針・報酬請求指導マニュアルに基づき実施 ○指定基準違反の摘発 ※H19.4から監査指針に基づき実施 ○地域支援事業(包括的支援事業) ※H18.4に創設。 総合相談支援事業として苦情相談窓口設置。	指定権者 保険者 ○不正請求の摘発 ※H19.4から監査指針に基づき実施 ○介護給付適正化推進運動による各適正化事業の実施 (報酬請求チェック・ケアプランチェック等) ※H16.10から国・都道府県・保険者である市町村と連携して実施 ●介護給付適正化システムの活用 ※H16.2から運用開始 ○地域支援事業(任意事業) ※H18.4に創設。介護給付等費用適正化事業
国民健康保険団体連合会		○苦情相談窓口	○審査支払 ○適正化システム ○苦情相談窓口

(注)①黒字は指定事務に関するもの ②赤字は指導監督事務に関するもの ③青字は各種適正化事務に関するもの

主な介護給付の適正化等 ②

— サービス提供及び報酬請求に係る指導監督の役割 —



軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて

軽度者に係る福祉用具貸与の利用事例調査結果に基づき、その判断方法について、専門家による意見等を踏まえて検討した結果、以下のとおり、その運用を一部見直すことを予定している。

1. 実態調査の分析結果

- 「現行の判断方法では例外給付の対象と判断されないものの、例外的に福祉用具が必要な状態に該当する事例」として都道府県から提出されたもののうち、分析可能であった2,825事例について、専門家による分析を行った。

【分析結果】

- 事例に記載されている「身体状況」と利用している福祉用具の機能、福祉用具を必要とする理由を、専門家により臨床的に分析。当該分析の結果、現行の原則要介護認定データによる判断方法に加え、以下のⅠ～Ⅲに類型化される「例外給付の対象とすべき事案」が存在することが確認された。

- Ⅰ 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- Ⅱ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- Ⅲ 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

2. 見直しの方針

- 福祉用具貸与の基本的な枠組みについては変更しないが、上記の分析結果に基づき、例外給付の「判断方法」の運用については、次のとおり、見直すことを予定している（通知改正）。

例外給付の「判断方法」について、現行の要介護認定データに基づく方法を原則としつつも、上記Ⅰ～Ⅲのいずれかに該当する者であることが、

ア 「医師の意見（医学的な所見）」に基づき判断され、

イ サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることを

ウ 市町村長が「確認」している

ものであれば、例外給付を認める仕組みとする（判断手続きの一部見直し）

3. 今後の進め方

- 2月中 パブリックコメント
○ 3月中 通知改正
○ 4月 見直し後の新たな取扱い開始

（参考）

表一 種目別件数

	件数
Ⅰ 特殊寝台	2,524
Ⅱ 床ずれ防止用具・体位変換器	78
Ⅲ 移動用リフト	223
合 計	2,825