

◇「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告(概要)社会保障審議会・介護給付費分科会(23.12.5)」(抄) 20111207 nagatani

	内 容
◇基本理念	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「尊厳を維持し、有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう」</li> <li>・その保険給付の内容及び水準は、「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅で、有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう配慮」</li> </ul>
◇基本認識	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 新たな介護サービス等への対応、医療と介護の機能分化・連携の強化(法改正)</li> <li>2 介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化(社会保障と税の一体改革)</li> <li>3 介護保険制度を取り巻く環境(厳しい社会経済状況、東日本大震災の影響等)</li> </ol>
◇基本的考え方と重点課題	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 地域包括ケアシステムの基盤強化               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住サービスの提供</li> <li>② 要介護度の高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住サービスの提供</li> <li>③ 重度者への対応、在宅復帰等も各介護保険施設に求められ機能に応じたサービス提供の強化</li> </ol> </li> <li>2 医療と介護の役割分担・連携強化               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化(在宅生活時の医療機能の強化に向けて)</li> <li>② 介護施設における医療ニーズへの対応</li> <li>③ 入退院時における医療機関と介護サービス事業者の連携促進</li> </ol> </li> <li>3 認知症にふさわしいサービスの提供               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設での必要な見直し</li> </ol> </li> <li>4 介護職員の処遇改善等に関する見直し               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 介護職員の処遇改善に関する見直し                   <ol style="list-style-type: none"> <li>① 事業者の自主的努力を前提に、安定的・継続的な事業収入が見込まれる介護報酬での対応が望ましい</li> <li>② 給与水準の向上を含めた処遇改善が、確実かつ継続的に講じられる必要。そのため、当面、事業者の処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保するための必要な対応を講ずることはやむを得ない。</li> </ol> </li> <li>(2) 地域区分の見直し                   <ol style="list-style-type: none"> <li>① 現在の特甲地を3分割し、地域割りを7区分に見直す</li> <li>② 報酬単価の大幅な変更を緩和するため、各自治体の意見を踏まえ、平成26年度までの3年間の経過措置を設ける</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
◆今後の主な検討課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 次回の介護報酬改定までに、以下の事項について、着実に検討を進めることが必要</li> <li>1 認知症早期診断・治療・ケア体制の確立と認知機能の低下予防、認知症ケアマネモデル開発、市民後見人の育成等</li> <li>2 質の向上に向けた具体的評価方法の確立、利用者の状態を改善する取組を促すための報酬上の評価</li> <li>3 ケアプランやケアマネジメントの評価・検証手法の検討、ケアプラン様式の見直しなどによる成果の活用普及</li> <li>4 介護事業所、介護施設における医師・看護師の配置の在り方の検討・見直し</li> <li>5 施設から在宅まで、利用者の状態に応じたリハビリの包括的提供、リハビリ専門職と介護職の連携強化、リハの効果の評価法の研究</li> <li>6 効果が高い介護予防サービス提供の在り方検証・見直し</li> </ul>

## I 基本的な考え方

### 1 地域包括ケアシステムの基盤強化

- ① 高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
- ② 要介護度の高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住サービスの提供が高い
- ③ 重度者への対応、在宅復帰等も各介護保険施設に求められ機能に応じたサービス提供の強化

### 2 医療と介護の役割分担・連携強化

- ① 新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化(在宅生活時の医療機能の強化に向けて)
- ② 介護施設における医療ニーズへの対応
- ③ 入退院時における医療機関と介護サービス事業者の連携促進

### 3 認知症にふさわしいサービスの提供

- 在宅の認知症や疑いがある人について、症状や家族の抱える不安等の状況把握を行い、専門医療機関の確定診断や地域の医療機関(かかりつけ医)からの情報提供を受け、対象者の認知症の重症度、状態についてのアセスメントを行う。
- 地域包括支援センター等を中心に、医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援に携わる者や対象者が一堂に会する「地域ケア会議」を実施し、アセスメント結果を活用したケア方針(将来的に状態が変化し重症になった場合や緊急時対応等を含む。)を検討・決定する。

\* このような枠組みを全国で構築していくために

- ① 認知症早期診断・治療、ケア体制の確立と認知機能の低下予防
- ② 認知症にふさわしい介護サービス事業普及
- ③ 認知症ケアモデルの開発とそれに基づく人材の育成
- ④ 市民後見人の育成など地域全体で支える体制の充実 等が必要。今後調査・研究を進め、次期報酬改定に結論が得られるよう

### 4 質の高い介護サービスの確保

- 具体的な評価手法の確立を図る

Ⅱ 各サービスの報酬・基準の見直し

1 介護職員の処遇改善に関する見直し		加算あるいは評価	減算
(1) 介護職員の処遇改善に関する見直し			
(2) 地域区分の見直し			
2 居宅介護支援・介護予防支援			
(1) 居宅介護支援	<p>①自立支援型のケアマネジメントの推進 サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施</p> <p>②医療との連携強化</p> <p>③居宅介護事業所への委託制限（1人8件）を廃止する見直しを実施 ※ケアマネジメントの在り方について検討し、必要に対応を取るべき ※施設のケアマネジャーの役割及び評価等の在り方について、次期改定までに ※地域包括支援センターを中心とした「地域ケア会議」等の取り組みを通じて多職種協働を推進、保険者のケアプランチェック、ケアプランやケアマネジメントの評価・検証法を検討し、ケアプラン様式等検討 また、ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方等について検討</p>	<p>特定事業所加算→継続</p> <p>・医療連携加算 ・退院退所加算 ・在宅患者緊急時ケアプラン</p>	運営基準減算見直し
3 訪問系サービス			
(1) 訪問介護	<p>①45分での区分を基本とした見直しを行う その際、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき必要なサービスが提供されるよう配慮する</p> <p>②在宅の生活機能向上を図る観点から、自立支援型のサービス提供を実施。 訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリ職が訪問し両者の協働で訪問介護計画を作成することを評価 ・また、訪問介護員が自立支援型サービスを実施できるよう養成課程の見直し</p> <p>③サービス提供責任者の資格、実務経験ある2級ヘルパーを段階的に廃止</p> <p>④新たに身体介護の短時間区分を創設。その算定には、早朝・夜間の対応が可能な事業所で、定期的なサービス担当者会議によるアセスメントを義務付け、定期巡回・随時対応サービスへの移行を想定した条件を付す</p>	<p>・自立支援型計画の評価</p> <p>・経過措置を設ける</p>	・減算対象？
(2) 訪問看護	<p>①時間区分毎の報酬や基準の見直し</p> <p>②訪問看護士等の理学療法士等が行う訪問看護の時間区分・評価の見直し</p> <p>③在宅の看取り促進から、ターミナル加算の算定要件緩和</p> <p>④医療機関からの他定員促進のために、入院中に看護師が医療機関と協働した訪問看護計画の策定や初回訪問看護の評価、特別な管理を必要とする者の対象範囲と評価の見直し、</p> <p>⑤特別管理加算と緊急時訪問看護加算は区分支給限度額基準から除外</p>	<p>・ターミナル加算→要件緩和 ・協働作成訪問看護計画 ・初回訪問</p> <p>・区分限度額の外で算定</p>	
(3) 訪問 リハビリテーション	<p>①リハビリの指示を出す医師の診察頻度の緩和 老健施設からの訪問リハビリは、病院等が提供するものと同様に緩和</p>		

	②リハビリ専門職が、訪問リハビリ実施時に訪問介護のサービス提供責任者と同時に訪問し、サ責への指導・助言を <b>評価</b> ③本体事業と一体となった、サティライト型訪問リハビリテーション設置可	・サ責への指導助言評価 ・サティライト型訪問リハ	
(4) 居宅療養管理指導	①管理指導を行う職種や居住の場所別の <b>評価を見直す</b> ②医師、歯科医師及び薬剤師が管理指導を行ったときは、ケアに情報提供	・必須とする	
※訪問系サービスについて (居宅療養管理指導を除く)	○サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅と同一建物に併設する事業所が、当該住宅等に居住する一定数以上のリハビリテーションに対してサービスを提供する場合の <b>評価を適正化</b> する。小規模多機能居宅介護についても同様とする。		
<b>4 通所系サービス</b>			
(1)通所介護	①利用者の個別の心身の状況を重視した機能訓練（生活機能向上を目的とした訓練）を適切な体制で実施した場合の <b>評価</b> を行う。 ②今後、通所介護の機能訓練と通所リハのリハの実態を把握し、検討する。 ③小規模事業所について、管理的経費の実態等を踏まえ、評価の <b>適正化</b> ④サービス提供時間の実態を踏まえ、家族へのレスパイトの観点から、12時間までの延長加算を <b>評価</b> ⑤生活指導員等の要件緩和と常勤換算、単位毎の配置から事業所単位へ	・個別性の訓練を評価 ・延長加算込み12時間	
(2)療養通所介護	①利用定員の見直しを行う		
(3)通所リハビリテーション	① <b>リハビリテーションネットワーク加算、個別リハビリテーション加算の見直し</b> ②併せて、サービス提供時間毎の評価の見直し ③要介護4.5で手厚い医療が必要な状態の利用者の受入を <b>評価</b> ④サービスの質の評価の観点から、利用者の要介護度の変化を指標とする評価の検討を行ったが、引き続き検討する。	・加算見直し ・重度者受入を評価	
※通所系サービスについて	○通所系サービス事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、通所系サービスの送迎分の <b>評価の適正化</b> を行う		
<b>5 短期入所系サービス</b>			
(1)短期入所生活介護	①緊急短期入所ネットワーク加算の <b>廃止</b> ②一定割合の空床を確保している事業所が、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入を <b>評価</b> する →その際、常时空床がある事業所について算定しない仕組みにする等整理 ③ <b>基準該当短期入所の医師配置基準及び居住面積基準の緩和</b> をする	・緊急受入の評価 ・空床利用のショートステイ評価	・ネットワーク加算廃止
(2)短期入所療養介護	①老人保健施設での医療ニーズの高い利用者の受入促進のため、病院、診療所の重度療養管理と同様の <b>評価</b> を行う。 ②緊急短期入所ネットワーク加算の <b>廃止</b> ③緊急時の受入を <b>評価</b>	・重度療養管理の評価 ・緊急時受入の評価	・ネットワーク加算廃止
<b>6 特定施設入居者生活介護</b>			
	○看取り介護の強化の観点から、特定施設で配置看護師による看取り介護を行った場合に <b>評価</b> ○家族介護者支援の観点から、空室利用の短期利用を可能とする <b>見直し</b> 実施	・看取り介護の評価	
<b>7 福祉用具貸与・特定福祉用具販売</b>			
○ 個別サービス計画作成	①福祉用具相談員が、利用者ごとに個別サービス計画の作成の義務付け		

	②福祉用具の情報の公表等を通じて、価格の適正化に向けた取組の推進	
8 地域密着型サービス		
(1) <u>定期巡回・随時対応サービス</u>	<p>○日中・夜間を通じて1日数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は連携して提供するサービス、中重度の在宅生活を可能にする上で重要な役割を担う</p> <p>①要介護度別・月単位の定額報酬を基本とし、必要な人員・設備・運営基準</p> <p>②訪問介護員及びオペレータについては、それぞれ常時1名を配置することとし、看護職員は医療・看護ニーズへの対応のため、常勤換算2.5名以上の配置に加え、常時オンコール体制を義務付ける</p> <p>③なお、夜間対応型訪問介護・看護事業所が一体的に運営される場合の職員の兼務を可能にする。</p> <p>④オペレータの任用要件については、当該職員や訪問看護の看護職員との連携を確保した上で、当該職員が配置されていない時間帯については、訪問介護のサービス提供責任者として3年以上の経験を有する者を配置することを認める。</p> <p>なお、オペレータの資格の在り方は、実施状況を検証し対応する。</p> <p>⑤また、施設等の地域を支える機能や夜間等の人材の有効活用の観点から、介護老人福祉施設、老人保健施設等の施設・事業所に従事する夜勤職員について、利用者の処遇に影響が内範囲内で、定期巡回・随時対応サービスのオペレータ等としての兼務を可能とする。</p> <p>⑥区分限度支給額の範囲内で柔軟に通所・短期入所系サービスを利用者の選択に応じて提供することを可能とするための給付調整（日割計算）を行う</p> <p>⑦サービス付き高齢者向け住宅と同一建物に併設する事業所が当該住宅に居住する利用者にサービスを提供する場合、地域包括ケアの推進の観点から地域への展開に努める</p> <p>⑧サービス付き高齢者向け住宅への良質なサービスの提供状況や、定期巡回・随時対応サービスの実施状況について、実態把握を行い適宜見直しを行う</p>	
(2) 複合型サービス	<p>○複合型サービス：小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有したもの</p> <p>① 要介護度別・月単位の定額報酬を基本とした報酬の設定</p> <p>→医療ニーズの高い利用者に対し、適切なサービスの提供が可能になるような人員・設備・運営基準</p> <p>→登録定員及び従事者の配置はも原則として小規模多機能型居宅介護に準じたもの</p> <p>○医療・看護ニーズへの対応のための看護職員の配置は以下のとおり</p> <p>①看護職員は2.5名（うち1名は看護師又は保健師）を基準として、訪問（看護）サービスの看護職員による24時間対応体制の確保をしている場合は高い評価を行う</p> <p>②泊まりの看護職員は、夜勤・宿直の配置の限定はせず、必要に応じて対応できる体制の確保を基準とする。</p> <p>③柔軟な人員配置のため、訪問看護事業所と一体的な運営をしている場合には、兼務を認める</p> <p>④管理者について、常勤とし、</p> <p>（a）認知症の利用者に対する3年以上の介護経験を有し、研修を 終了した者 } 又は</p> <p>（b）訪問看護の経験と技能を有する保健師又は看護師 } のいずれかを選択</p> <p>⑤必要な設備、施設は、小規模多機能型居宅介護及び訪問看護の基準に準ずる</p> <p>○複合型サービス事業所に配置された看護職員は</p> <p>医師→訪問看護指示書（サービス利用時の指示）→看護師（事業所内で日常生活を送る上で不可欠な診療の補助を行う）→医師への報告（実施他看護内容）の仕組みを遵守</p> <p>◇事業開始時支援加算 → 平成27年9月までの時限措置</p> <p>※ 適宜実態把握を行い必要な見直しを行う</p>	

(3)小規模多機能型居宅介護	<p>①サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の創設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護・福祉サービスについて3年以上の経験を有する法人</li> </ul> <p>②事業開始時支援加算は、24年3月までの措置を見直し、27年9月まで</p> <p>※小規模多機能型居宅介護の看護職員の評価は、次期報酬改定で、対応</p>		
(4)認知症対応型共同生活介護	<p>①フラット型の現行要介護度別の基本報酬を見直し、ユニット数別の報酬設定による<b>適正化</b>を図る。</p> <p>②看取り対応を強化するため、看取り介護加算の<b>評価を見直し</b>、認知症対応型共同生活介護事業所の配置看護師又は近隣の訪問看護事業所との連携で行う。</p> <p>③夜勤職員の配置基準の見直しと、夜間ケア加算の<b>見直し</b>を行う</p> <p>④短期利用共同生活介護及び共用型認知症通所介護の事業実施要件として設定されている「事業所開設3年以上」の規制の緩和を行う</p>	<p>・ 看取り介護加算見直し</p> <p>・ 夜間ケア加算</p>	
<b>9 介護予防サービス</b>			
(1)訪問系サービス	<p>①生活機能の向上などにより、利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から、訪問介護の見直しとの整合性を含め、在り方についての<b>見直し</b>を行う。</p> <p>②サービス提供責任者とリハビリテーション専門職との協働による訪問介護計画の作成に対する評価や、サービス提供責任者の任用要件や、人員配置基準について、訪問介護と同様の見直しを行う</p> <p>○介護予防訪問リハビリテーションについては、訪問リハビリテーションと同様の見直しを行う。</p> <p>●さらに、介護予防や生活機能の維持・改善に効果が高いサービスや生活援助の提供の在り方について、検証・<b>見直し</b>を行う</p>		
(2)通所系サービス	<p>○生活機能の向上などにより、利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から</p> <p>①選択的サービスのうち、複数のプログラムを組み合わせ実施した場合の評価を創設すると共に</p> <p>②通所介護、通所リハビリテーションと同様に、基本サービス費の適正化及びサービス提供責任者提供時業者との同一建物に居住する利用者について、送迎分の<b>適正化</b>を行う。</p> <p>③アクティビティ実施加算を見直し、新たに生活行為向上プログラムを評価し、人員基準については通所介護と同様の<b>見直し</b>を行う。</p> <p>※予防給付は、介護予防に効果があるものに重点化する観点から、次期報酬改定に向けて、効果が高いサービス提供の在り方について検証を行う。</p> <p>●その上で、介護予防や生活機能の維持・改善の効果が高いサービス提供についての、検証・見直しを行う</p>	<p>・ 生活行為向上プログラムを評価</p>	<p>・ アクティビティ実施加算</p>
<b>10 介護保険施設</b>			
	<p><b>介護施設の重点化</b>や<b>在宅への移行を促進</b>する観点から、見直しを行う。その上で「<b>生活重視型の施設</b>」又は「<b>在宅復帰支援型の施設</b>」として、医療提供のあり方を含め見直しを行う。</p>		

(1)介護老人福祉施設	<p>①対象となる者などの要件を適切に設定した上で、終末期における外部の医師によるターミナルケア等を推進するなど、施設における<b>看取りの対応を強化</b>する。</p> <p>②入所者の重度化に対応し、施設の重点化・機能強化を図る観点に立って、要介護度別の報酬設定</p> <p>③尊厳保持と自立支援の観点から、居宅に近い居住環境の下で、居宅に近い日常生活の中で、意思と人格を尊重したケアが求められている。</p> <p>④多床室と個室では入所者一人のコストに差がある。これらに鑑み、ユニット型個室、従来型個室、多床室の順となるよう報酬水準を<b>適正化</b>する。</p> <p>⑤ユニット型個室の第三段階の利用者負担を軽減するめいことの検討等、更なる整備推進を図る必要</p> <p>⑥なお、その場合、国が定める居室定員の基準が「1名」となる平成24年4月1日以前に整備された多床室については、当面新設のものに比して報酬設定の際配慮する</p> <p>⑦認知の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受け入れについては<b>評価</b>を行う</p>	
(2)介護老人保健施設	<p>①介護老人保健施設は、在宅復帰支援型の施設として機能強化の観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を評価する。→在宅復帰支援機能<b>加算の見直し</b></p> <p>②入所中に状態が悪化、短期間入院後、再入所した者への「集中的なりハビリ」を<b>評価</b>する。</p> <p>③別の介護老人保健施設へ転所した場合の取扱いを<b>適正化</b>する。</p> <p>④入所前に、入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた施設サービス計画の策定及び診療方針を決定した場合、並びに地域連携診療計画に係る医療機関からの利用者受入れた場合について<b>評価</b>する</p> <p>⑤医療ニーズに対応するため、肺炎や尿路感染症等の軽度の疾病発症した場合の施設内対応を<b>評価</b>する</p> <p>⑥認知症の症状が悪化し、在宅での対応困難となった場合の受け入れ及び在宅復帰をめざしたケアを<b>評価</b></p> <p>⑦施設の<b>看取りの対応</b>を評価する観点から、ターミナルケア加算の算定要件及び評価を<b>見直す</b>。</p>	
(3)介護療養型老人保健施設・ 介護療養型医療施設	<p>①介護療養型老人保健施設は、医療ニーズの高い利用者受入促進の観点から、機能に応じた報酬<b>見直し</b></p> <p>②その際、評価を高くする基本施設サービス費は、喀痰吸引・経管栄養を実施している利用者割合及び認知症高齢者の日常生活自立度を算定要件とする。</p> <p>③介護療養型医療施設は、適切に評価を行う。また認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難になった場合の受入を<b>評価</b>する。</p> <p>④介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設への転換を支援する観点から、有床診療所を併設した上で転換した場合に、増床が可能になるよう<b>見直す</b></p> <p>⑤介護療養型老人保健施設での<b>看取りの対応</b>を強化する観点から、ターミナルケア加算について算定要件及び評価の<b>見直し</b>を行う。</p> <p>⑥なお、施設基準の緩和等の転換支援策は、平成30年3月31日まで行う。</p>	
11 経口移行・維持の取組	<p>○介護保険施設における傾向維持、経口移行の取組を推進し、栄養ケア・マネジメントの充実のために、経口加算及び経口維持加算について、言語聴覚士との連携を強化し、経口維持加算については、歯科医師との連携の算定要件を<b>見直す</b></p>	<p>・経口加算 ・経口維持加算 の<b>見直し</b></p>
12 口腔機能向上の取組	<p>○介護保険施設入所者の口腔ケアの取組の充実の観点から、口腔機能維持管理加算について、歯科衛生士が入所者について直接口腔ケアを実施した場合に<b>評価</b>を行う</p>	<p>・口腔機能維持管理加算</p>
13 介護職員によるたんの吸引等の実施について		

	<p>○登録事業所の事業の一環として、医療関係者との連携の下にたんの吸引等を実施することが可能になったことにより、介護老人福祉施設と訪問介護の既存の体制加算に係る重度者の要件についての、見直しを行う</p> <p>①たんの吸引は、医師の指示の下、看護職員との情報共有や役割分担の下で行う必要があるため、訪問介護事業所と連携し、利用者に係る計画作成の支援を行う訪問看護事業所について評価を行う</p> <p>※ 教育や研修の状況、事業所の体制や介護職員の処遇等に付き、実態を把握し、必要に応じて見直しを行う。</p>	<p>・体制加算の見直し →訪問介護 →介護福祉施設</p> <p>・訪問介護事業所の評価</p>	
--	---	---	--

Ⅲ 今後の課題

	<p>○できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築を促進するため、次回の介護報酬改定までに検討を進めるべき事項について、以下のとおりまとめたので、着実に対応を進めることが求められる。</p> <p>①認知症にふさわしいサービスの提供を実現するため、調査・研究等を進め、次期介護報酬に向けて議論が得られるよう議論を行う。</p> <p>②介護サービスの質の向上に向けて、具体的な評価手法の確立を図る。また、利用者の状態を改善する取り組みを促進するため、報酬上の評価の在り方について検討する。</p> <p>③ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直し等、その成果の活用・普及を図る。また、ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する検討会を設置し、議論を始める。</p> <p>④集合住宅における訪問系サービスの提供の在り方については、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。</p> <p>⑤サービス付き高齢者向け住宅、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスの実施状況について、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。</p> <p>⑥介護事業所、介護施設における医師・看護師の配置の在り方については、医療提供の在り方の検討と併せて、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。</p> <p>⑦生活期のリハビリテーションの充実を図るため、施設から在宅まで高齢者の状態に応じたリハビリテーションを包括的に提供すると共に、リハビリ専門職と介護職との連携を強化するなど、あるべきリハビリテーションの在り方について検討する。さらにリハビリテーションの効果についての評価手法について研究を進める。</p> <p>⑧予防給付は、介護予防や生活機能の維持・改善に効果があるものを更に重点化する観点から、効果が高いサービス提供の在り方について、引き続き・検証見直しを行う。</p>
--	--