

社会保障審議会介護給付費分科会(第59回)議事次第

日時：平成20年11月21日(金)
午前9時から午後0時まで
於：全社協 灘尾ホール

議 題

1. 平成21年度介護報酬改定について
(施設系サービス)
2. その他

介護老人福祉施設について

(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む*)

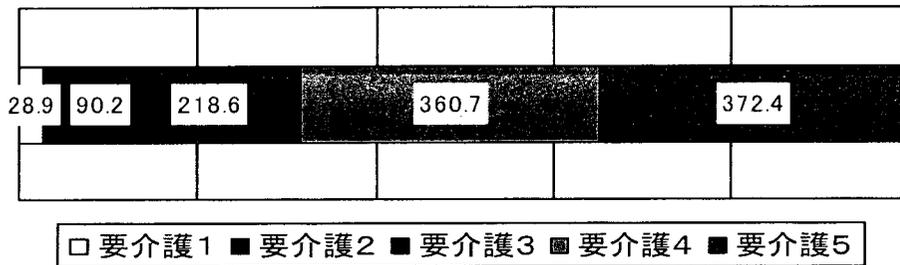
*ただし、データには別記がない限り地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のものは含まない。

I 介護老人福祉施設の現状と課題

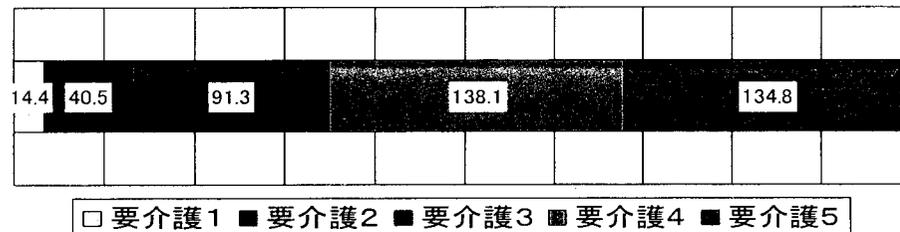
【介護老人福祉施設の利用状況】

- 介護老人福祉施設の利用者数は約42万人、費用額は約1,072億円であり、施設サービス費に占める割合は約46.2%である(平成20年5月審査分)。
- 利用者の平均要介護度は3.81、利用者のうち要介護3以上の者の割合は約87%である(平成20年5月審査分)。近年、その割合は増加している。

介護老人福祉施設の費用の状況(億円)

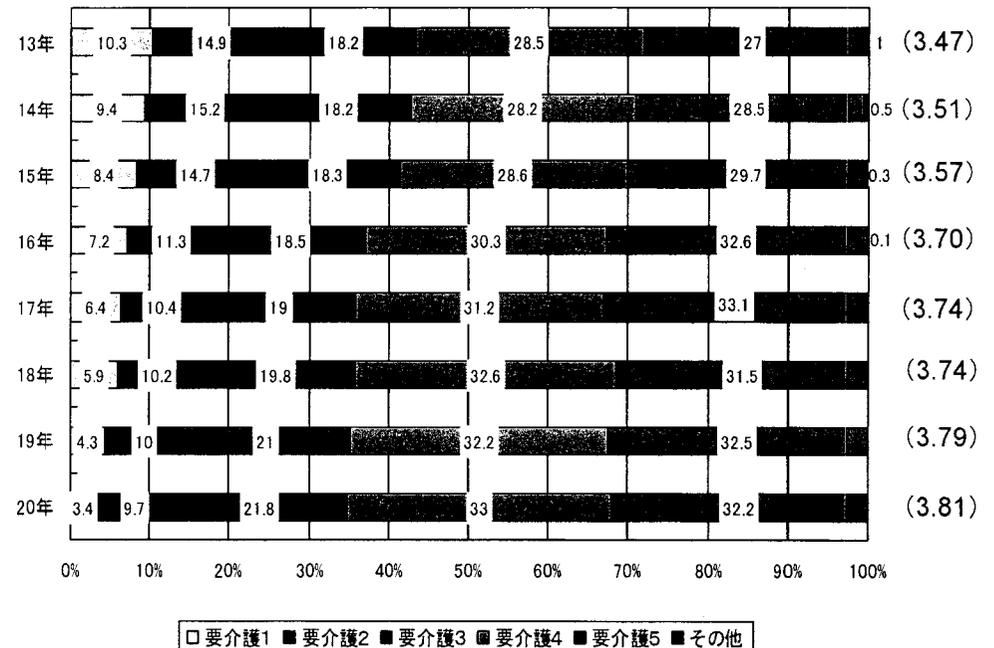


介護老人福祉施設の利用者の状況(千人)



(出典)介護給付費実態調査(平成20年5月審査分)

要介護度別入所者数(構成割合)の年次推移 (平均要介護度)



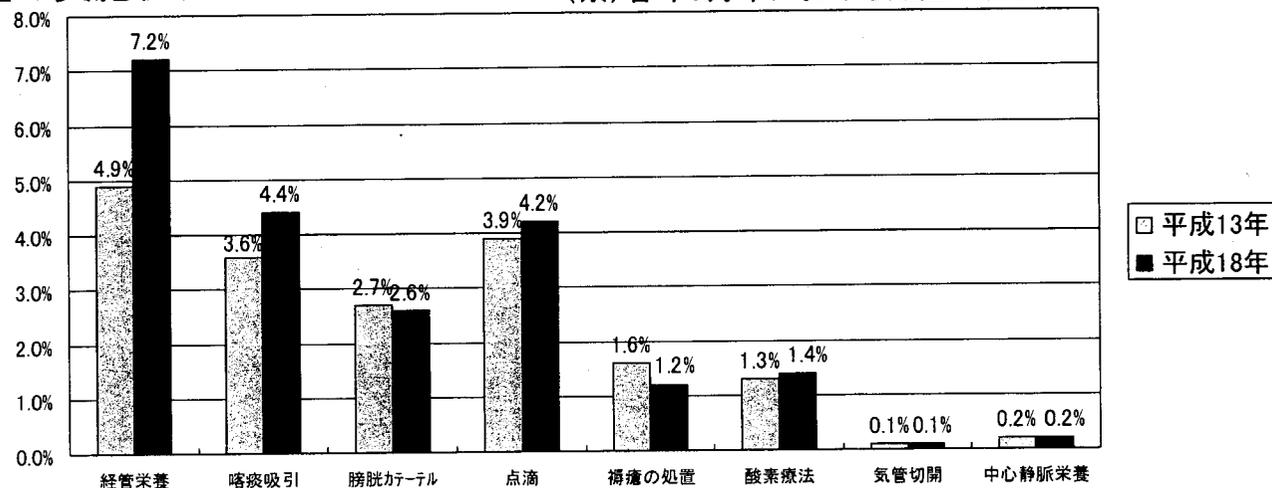
(出典)介護給付費実態調査(各年5月審査分)

【入所者の重度化等の状況について】

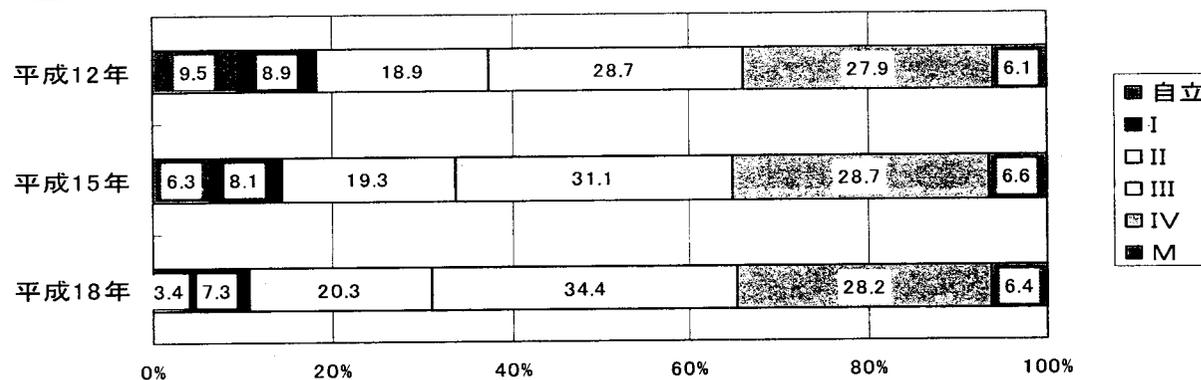
- 介護老人福祉施設の入所者のうち医療処置を受けた者の割合は概ね上昇傾向にあり、特に経管栄養や喀痰吸引を受けた者の割合が上昇している。
- 比較的重度の認知症である入所者の割合は、増加傾向にある(自立度Ⅲ以上で平成12年:62.7%→平成18年:69.0%)。

● 医療処置の実施状況

(※)各年9月中における処置の状況。



● 認知症日常生活自立度の推移



(出典)いずれも施設サービス・事業所調査(厚生労働省統計情報部)

【平成18年介護報酬改定の概要】

介護保険施設に係る平成18年度介護報酬改定においては、

- ① 中重度者への重点化
- ② 在宅復帰支援機能の強化
- ③ サービスの質の向上

等の観点から改定を行うこととし、介護老人福祉施設については、主に以下の見直しを行った。

- ユニット型個室と多床室との報酬水準の見直しなど平成17年度介護報酬改定に関連した課題への対応、経営状況等を踏まえた見直しを行う(3施設共通)。
- 入所者の重度化に伴う看護体制の強化
 - ・ 看護師配置や夜間における24時間連絡体制等の体制を評価
- 小グループ単位のケアの促進
 - ・ 従来型施設における準ユニットケア(小グループ単位でのケア等)を評価
- 看取り介護体制の強化
 - ・ 入所者について、医師・看護師・介護職員等が共同して、随時本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を実施する体制を評価
- 在宅と入所の計画的な交互利用の評価
- サテライト型施設の全国展開(基準改正)

【看護・介護職員の配置の状況】

- 利用者に対する看護・介護職員の平均的な人員配置状況は、従来型施設で約2.4:1(看護・介護職員1人当たり利用者数が約2.4人)、ユニット型施設で約2.0:1(同2.0人)となっている。
- 看護職員については、人員配置基準を上回って看護職員を配置している施設が多い。

● 従来型／ユニット型ごとの収支差等の状況

(※)一部ユニット型施設は従来型施設に含めている。

	従来型施設	ユニット型施設	合計
収支差率	3.2%	5.3%	3.4%
看護・介護職員1人当たり利用者数	2.4人	2.0人	2.3人
施設数	132	42	174

(出典)平成20年「介護事業経営実態調査」

● 看護職員の配置の状況

(※)太枠部分は最低基準どおりに人員を配置している施設。

		看護職員数(常勤換算)										合計
		0~ 1人未 満	1~ 2人未 満	2~ 3人未 満	3~ 4人未 満	4~ 5人未 満	5~ 6人未 満	6~ 7人未 満	7~ 8人未 満	8~ 9人未 満	9人 以上	
入所定員	~30人		70	105	57	16	1	0	1	1	0	252
	31~50人			323	664	398	113	26	7	0	1	1544
	51~60人				197	198	73	18	9	1	2	529
	61~70人				107	130	86	18	6	0	2	362
	71~80人				160	267	195	76	36	6	9	766
	81~90人				37	81	60	38	15	4	2	242
	91~100人				59	121	119	65	22	5	8	408
	101~130人				21	55	78	43	24	13	14	252
	131~180人					8	21	24	19	6	10	88
	181~230人						1	2	6	6	6	21
231人~							0	0	3	3	7	
	合計	1	92	497	1302	1274	748	310	145	45	57	4471

(出典)平成20年6月「介護施設等における重度化対応の実態に関する調査」(厚生労働省老健局計画課)

【重度化対応加算に係る状況(1)】

- 平成18年介護報酬改定において、入所者の重度化等に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、24時間の連絡体制や看取りに関する体制を評価する重度化対応加算を創設。
- 加算の算定実績は、加算創設当初に想定したほどには至っていない(創設当初は75%程度の施設で算定されるものと想定)

● 重度化対応加算の概要

10単位／日

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

<算定要件>

- ①常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者を定めていること。
- ②看護職員により、又は医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること。
- ③看取りに関する指針を策定し、入所の際に、入所者、家族等への説明を行い、同意を得ていること。
- ④看取りに関する職員研修を行っていること。
- ⑤看取りのための個室を確保していること。

● 重度化対応加算の算定状況

・平成20年6月時点での算定施設割合 65.0%(※)

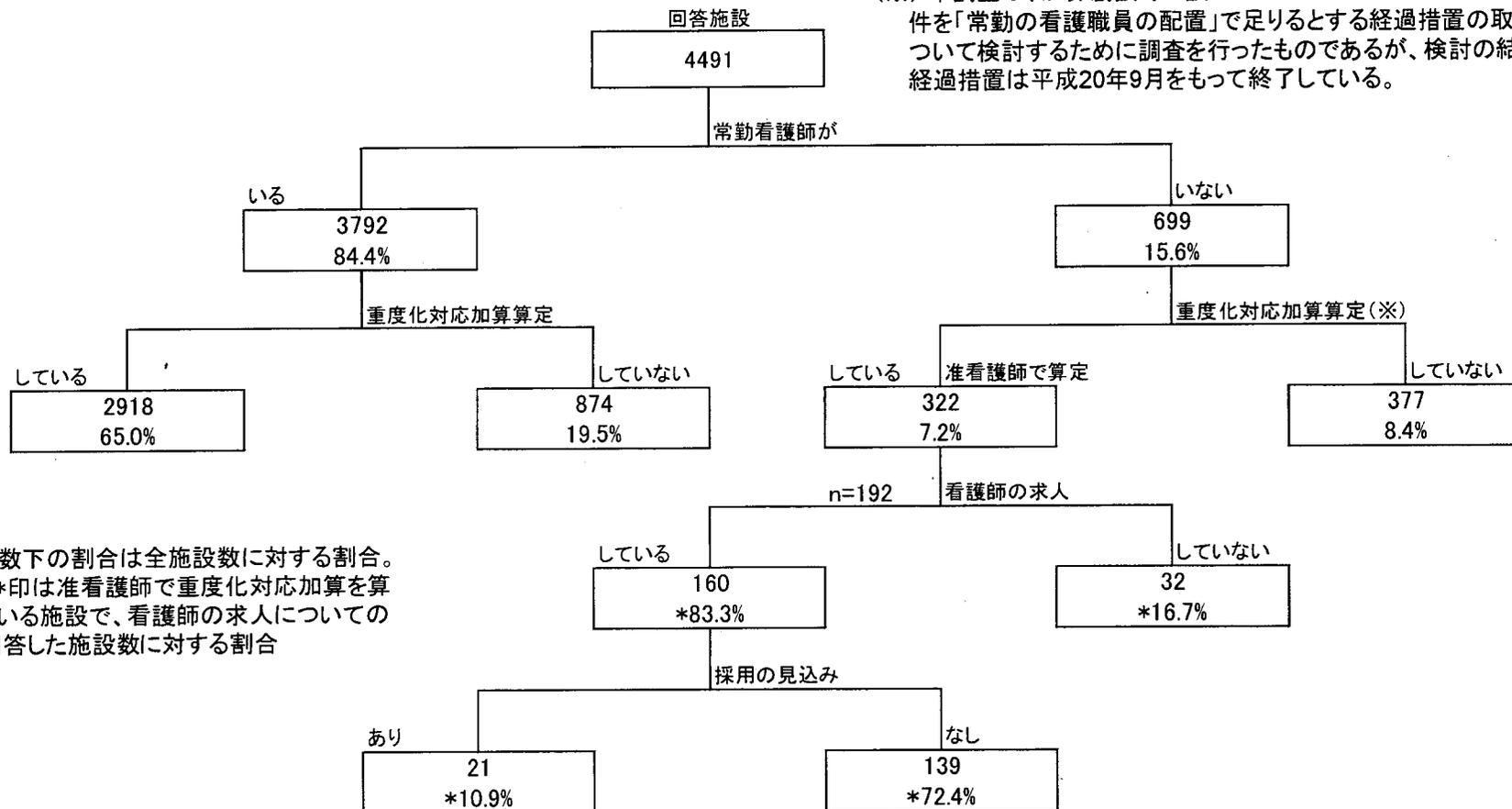
(※)平成20年6月時点においては「常勤の看護師の配置」の要件を「常勤の看護職員の配置」で足りるとする経過措置が存続していたが(同年9月末で廃止)、本算定割合は当該経過措置により算定していた施設を除いたもの。

【重度化対応加算に係る状況(2)】

- 重度化対応加算には「常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること」との要件が設定されているところ、常勤の看護師を配置していない施設が約15.6%存在する。
- 常勤の看護師を確保している施設であっても、重度化対応加算を算定していない施設が約23%(全回答施設数に対する割合は約19.5%)存在する。

介護老人福祉施設における重度化対応加算の算定状況

(※) 本調査は、加算創設時に設けられた「常勤の看護師の配置」の要件を「常勤の看護職員の配置」で足りるとする経過措置の取扱いについて検討するために調査を行ったものであるが、検討の結果、同経過措置は平成20年9月をもって終了している。



(注) 施設数下の割合は全施設数に対する割合。
ただし*印は准看護師で重度化対応加算を算定している施設で、看護師の求人についての間に回答した施設数に対する割合

【重度化対応加算に係る状況(3)】

○ 常勤看護師を確保しているにも関わらず重度化対応加算を算定しない(できない)施設は、その理由として、「24時間の連携体制を確保できないこと」などのほか、「看取りに関する指針を定めていないこと」、「看取りのための個室が確保できないこと」等を挙げている。

※ 常勤看護師がいるにも関わらず、看取りに関する要件のみを理由として重度化対応加算を算定しない(できない)施設は約3割存在している。

重度化対応加算を算定しない(できない)理由は何ですか(複数回答)

	n= 377		n= 874		n= 1251	
	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)
	常勤看護師なし		常勤看護師あり		合計	
常勤の看護職員が確保できない	144	38.2	163	18.6	307	24.5
適任者がいないため看護にかかる責任を定めることができない	67	17.8	78	8.9	145	11.6
看護職員、または病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携による24時間の連絡体制を確保できない	110	29.2	279	31.9	389	31.1
看護職員による健康上の管理等を行う体制が確保できない	22	5.8	76	8.7	98	7.8
看取りに関する指針等を定めていない	128	34.0	343	39.2	471	37.6
定めた看取りに関する指針について、すべての入居者・家族等から同意を得られない	19	5.0	74	8.5	93	7.4
看取りに関する職員研修が行えない	52	13.8	137	15.7	189	15.1
看取りのための個室が確保できない	98	26.0	227	26.0	325	26.0
施設の方針として看取りを行わない	55	14.6	83	9.5	138	11.0
常勤の看護師を確保するには、加算の点数が充分ではない	97	25.7	131	15.0	228	18.2
その他	24	6.4	107	12.2	131	10.5

看取りに関する要件

○ 「常勤看護師あり」で加算を算定していない874施設の理由の内訳

看取りに関する要件のみを理由として重度化対応加算を算定しない(できない)施設	254施設(29.1%)
看取りに関するもの以外の要件のみを理由として重度化対応加算を算定しない(できない)施設	296施設(33.9%)
看取りに関する要件とその他の要件の両方を理由として重度化対応加算を算定しない(できない)施設	291施設(33.3%)

【看取り介護加算に係る状況】

- 現行の看取り介護加算では、死亡直前の数日にケアの量が増大することを踏まえ、施設又は居宅以外の場所で死亡した場合は、施設又は居宅で死亡した場合に比べ単位数を半分に設定している。
- これに対し事業者からは、死亡直前まで施設で介護をしたにも関わらず、最後に死亡した場所が施設外であったために単位数が半減することは不合理との指摘がある。

● 看取り介護加算の概要

<施設・居宅で死亡> 160単位／日
<上記以外で死亡> 80単位／日

重度化対応加算を算定している施設で、医師が回復の見込みがないと診断した入所者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、死亡前30日を限度として加算する。

● 看取り介護加算に関する事業者の意見

- ・ 看取り介護加算：(中略)亡くなった場所によって評価が下がることも疑問である。

(平成19年11月13日「介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム」(第3回)ヒアリングにおける全国老人福祉施設協議会提出資料より)

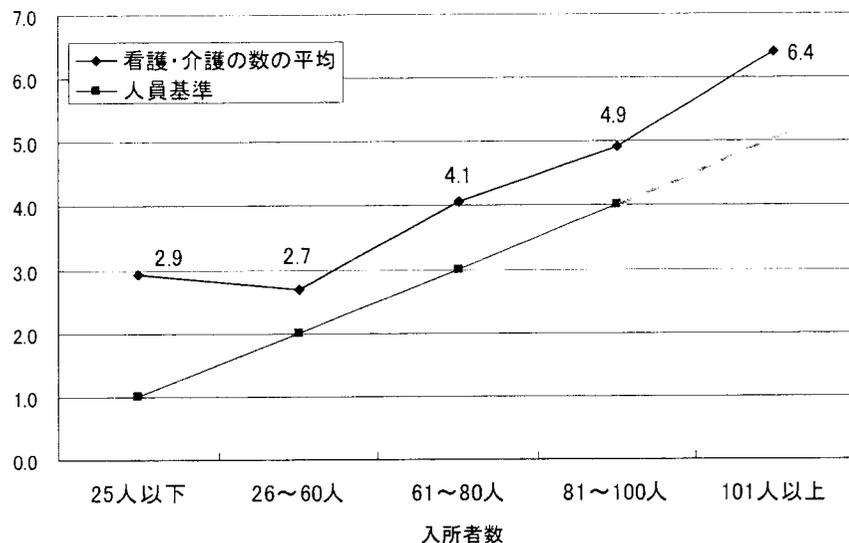
【夜勤の状況】

- 施設規模ごとの平均で見ると、いずれの施設規模においても、基準を一定程度上回る夜勤職員の配置を行っている。
- 施設系サービスの介護従事者からは、労働条件等の悩み等として「夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安がある」との回答が多くを占めている。

● 夜勤の勤務状況

夜勤を行う介護職員
又は看護職員の数

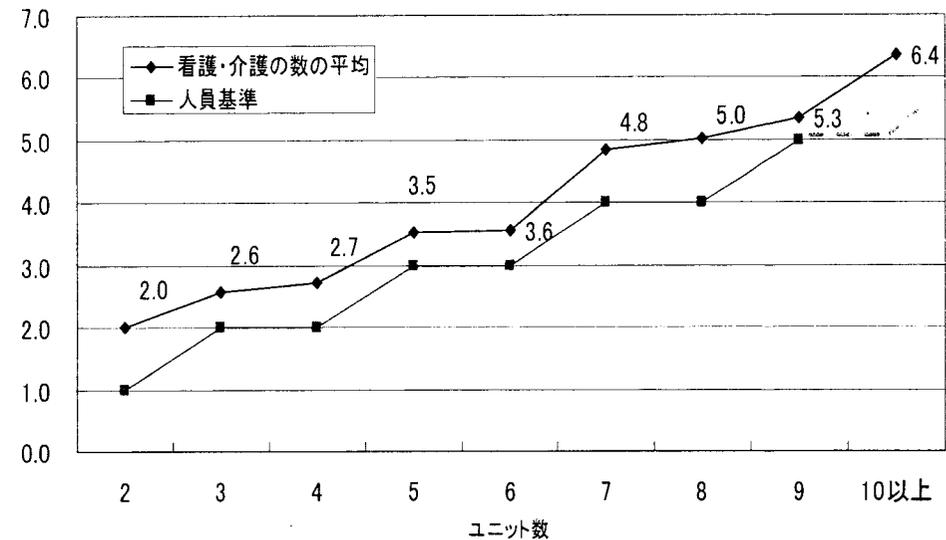
従来型施設



(※) 101人以上の人員基準は入所者25人ごとにプラス1人

夜勤を行う介護職員
又は看護職員の数

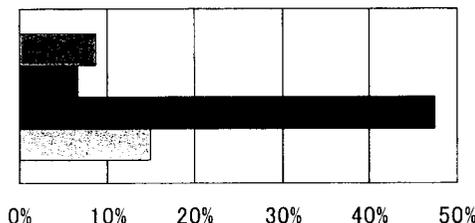
ユニット型施設



(出典) 平成18年介護施設サービス・事業所調査(厚生労働省統計情報部)

● 労働条件等の悩み、不安、不満等に関する回答

「夜間や深夜の時間帯に何か起きるのではないかと不安がある」



- その他
- 施設系(通所型)
- 施設系(入所型)
- 訪問系

0% 10% 20% 30% 40% 50%

(出典)「介護労働者の就業実態と就業意識調査」(平成20年7月 介護労働安定センター)

【地域密着型介護老人福祉施設の状況】

○ 地域密着型介護老人福祉施設については、サテライト型施設の活用により経営効率化を図ることを前提として、一般の介護老人福祉施設と同様の報酬設定としている。

※ 定員30人の小規模介護老人福祉施設については、介護保険制度創設当初から経営の非効率を考慮して高い報酬を設定している。

○ しかし、現状においては、地域密着型介護老人福祉施設においてサテライト型施設を活用しているものは158施設中58施設(約37%)にとどまっており、収支差も-9.8%と赤字になっている。

定員規模別の介護報酬設定

入所定員	~29人		30人	31人~
		26~29人で経過措置適用		
介護サービス費の名称	地域密着型介護福祉施設サービス費(Ⅱ)	経過的地域密着型介護福祉施設サービス費(Ⅱ)	小規模介護福祉施設サービス費(Ⅱ)	介護福祉施設サービス費(Ⅱ)
単位数				
要介護1	639	803	803	639
要介護2	710	870	870	710
要介護3	780	938	938	780
要介護4	851	1005	1005	851
要介護5	921	1072	1072	921

(※)多床室の介護報酬について比較。

地域密着型介護老人福祉施設におけるサテライト型施設の活用状況

	合計	サテライト型	
		サテライト型	サテライト型以外
施設数	158	58	100

(出典)「介護給付費実態調査」(平成20年5月審査分)

地域密着型施設及び30人規模の施設の収支状況

	地域密着型	30人規模	介護老人福祉施設全体(地域密着型を除く)
収支差率	▲9.8%	6.7%	3.4%
施設数	45	33	173

(出典)平成20年「介護事業経営実態調査」

Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成19年12月10日 社会保障審議会介護給付費分科会ワーキングチーム報告】

3 今後の検討課題について

(1) 各事業に共通する事項について

② キャリアアップについて

○ 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討が必要ではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

(3) 施設系の事業について

○ 施設入所者の重度化の進展などを踏まえた施設の人員配置基準の在り方や介護福祉士等の専門性の高い職員を多く配置した場合の評価の在り方、任用要件について検討すべきではないか。

○ 平成20年9月25日 第54回社会保障審議会介護給付費分科会ヒアリングにおける「全国新型特養推進協議会」からの意見

- ・ 個室ユニット型特養の介護報酬基本単位の見直し及び新たな職員配置基準の設定
- ・ 居住費2万円の増額(補足給付の増額)、食事は物価スライド制を導入
- ・ 世帯分離制度の見直し

Ⅲ 介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設の報酬・基準については、以下の基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。
 - ① 施設における重度化や重度認知症の入所者の増加、医療ニーズの増大等への対応
 - ② 地域密着型介護老人福祉施設の経営安定化のための方策の検討

【具体的な論点】

- ① 介護老人福祉施設(地域密着型を含む)における看護体制の評価については、重度化対応加算の考え方を踏まえつつ、看護職員の手厚い配置を評価する加算を検討してはどうか。
- ② 看取り介護加算については、現行の重度化対応加算の要件のうち看取りのための体制に関する要件を統合するとともに、施設内における看取りの労力をより適切に評価する方法について検討してはどうか。
- ③ 質の高い介護のための職員の手厚い配置を評価する報酬上の仕組みについて検討してはどうか。
- ④ 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。
- ⑤ 地域密着型介護老人福祉施設につき、介護報酬上の対応を検討してはどうか。

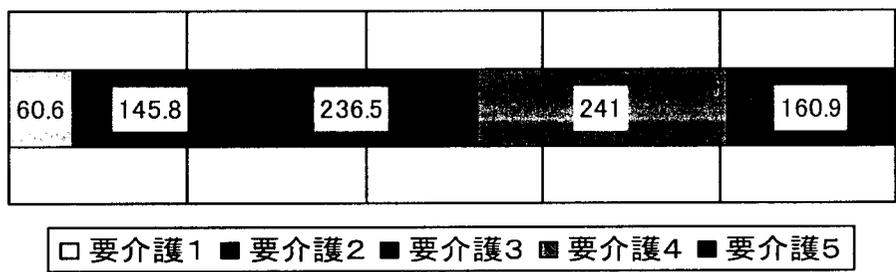
介護老人保健施設について (介護療養型老人保健施設を除く)

I 介護老人保健施設の現状と課題

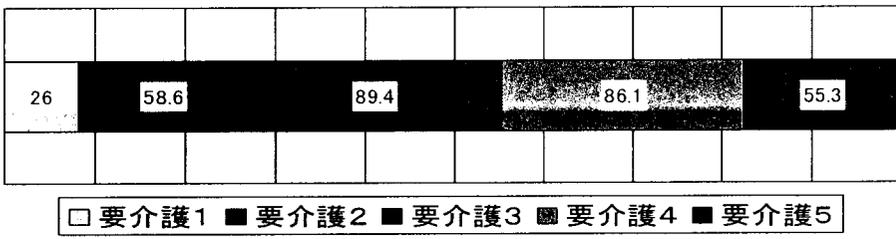
【介護老人保健施設の利用状況】

- 介護老人保健施設の利用者数は約31.6万人、費用額は約846億円であり、施設サービス費に占める割合は約36%である(平成20年5月審査分)。
- 利用者の平均要介護度は3.27、利用者のうち要介護3以上の者の割合は約73%である(平成20年5月審査分)。近年、利用者に占める中重度者の割合は増加している。

介護老人保健施設の費用の状況(億円)

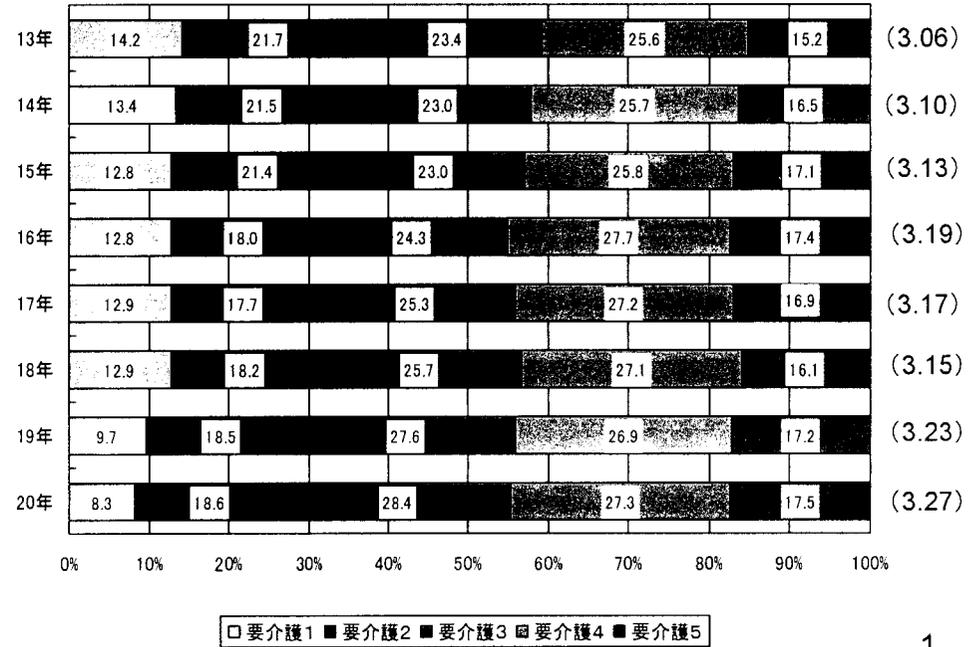


介護老人保健施設の利用者の状況(千人)



(出典)介護給付費実態調査(平成20年5月審査分)

要介護度別入所者数(構成割合)の年次推移 (平均要介護度)



(出典)介護給付費実態調査(各年5月審査分)

【平成18年介護報酬改定の概要①】

介護保険施設に係る平成18年度介護報酬改定においては、

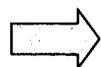
- ① 中重度者への重点化
- ② 在宅復帰支援機能の強化
- ③ サービスの質の向上

等の観点から改定を行うこととし、介護老人保健施設については、主に以下の見直しを行った。

(1) 在宅復帰支援機能の強化(3施設共通)

退所後の在宅生活について本人・家族等の相談支援を行うとともに、居宅介護支援事業者や主治医との連携を図るなど、在宅復帰支援を積極的に行い、かつ、一定割合以上(介護老人保健施設の場合5割)の在宅復帰を実現している施設について加算を創設する。

在宅復帰支援機能加算(新設)



10単位/日

(2) 試行的退所サービス費の創設

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

試行的退所サービス費(新設)

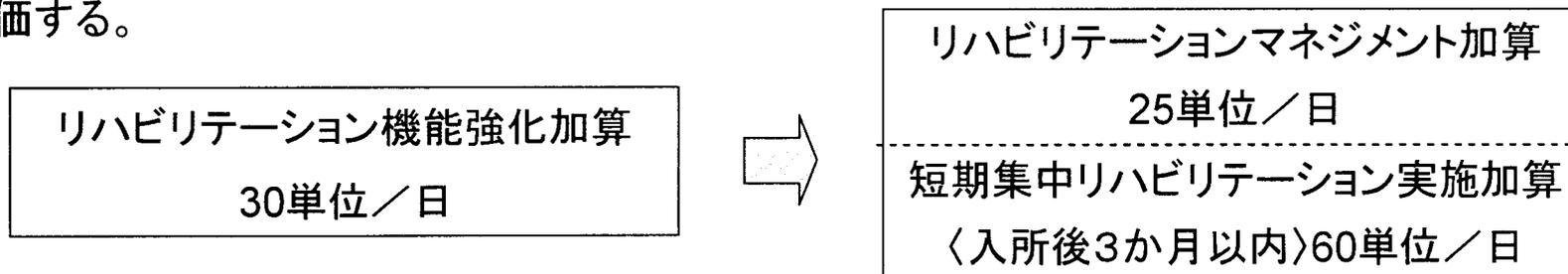


800単位/日

【平成18年介護報酬改定の概要②】

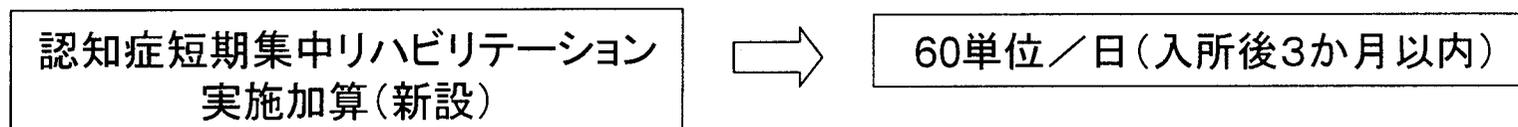
(3) リハビリテーション機能加算の見直し

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



(4) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

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



【介護老人保健施設における在宅復帰に関する加算の算定状況①】

- リハビリテーションマネジメント加算については、基本施設サービス費の算定回数と比べ、約8割の算定実績がある。
- 短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、算定が入所日から3か月以内の期間に限られてはいるが、基本施設サービス費の算定実績と比べ、算定実績は必ずしも高くはない。

介護老人保健施設における在宅復帰に関する加算の算定状況

	要件等	回数 (千回)	算定割合 (%)
リハビリテーションマネジメント加算 (1日25単位)	イ 医師、PT、OT、STその他の職種が共同して、入所者ごとのリハビリ実施計画を作成していること ロ 入所者ごとのリハビリ実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けたPT、OT、STがリハを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録していること ハ 入所者ごとのリハ実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直し ニ リハを行う医師、PT、OT、STが、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること	6,851.2	77.8
短期集中リハビリテーション実施加算※ (1日60単位)	入所日から3か月以内の期間に集中的にリハを個別に実施(1週につき概ね3日以上)した場合	275.4	3.1
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (1回につき60単位)	軽度の認知症と医師が判断した者でありリハにより生活機能の改善が見込まれると判断された者に対し老健施設が医師又は医師の指示を受けたPT、OT、STが集中的なリハを個別に行った場合に入所日から3か月以内の期間に限り、週3日を限度として加算	15.2	0.2
(参考) 基本施設サービス費	—	8,809.8	

※は日数を集計している。

(出典:介護給付費実態調査H19.5審査分からH20.4審査分の月平均) 4

【介護老人保健施設における在宅復帰に関する加算の算定状況②】

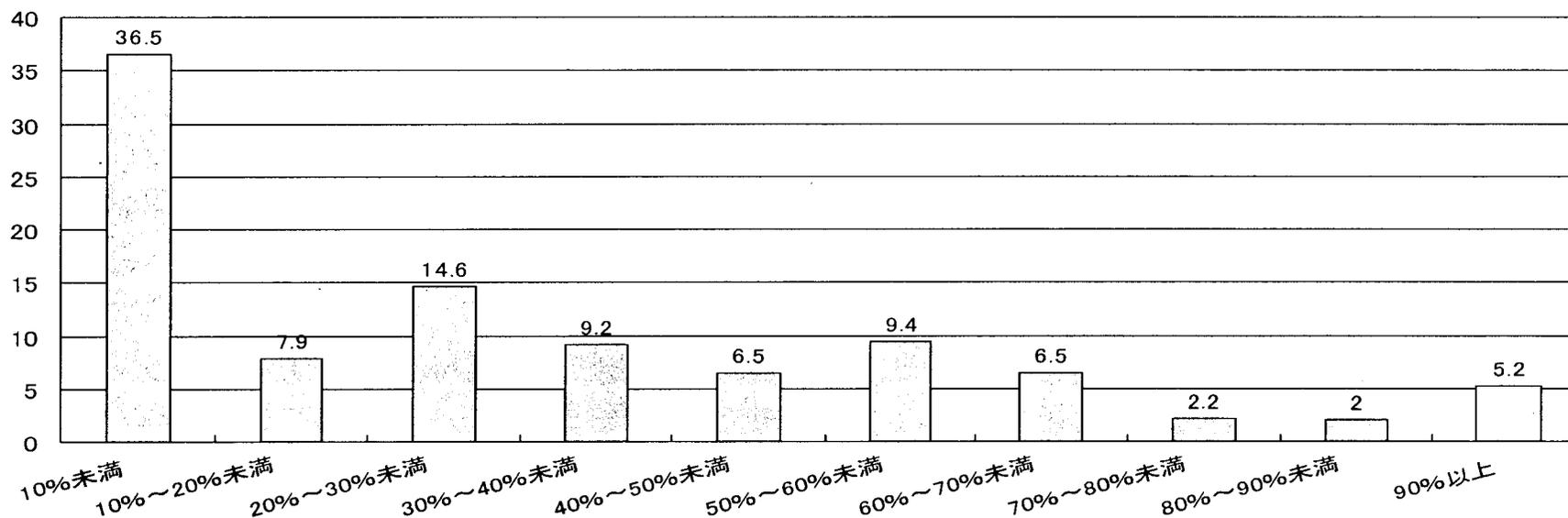
○ 在宅復帰支援機能加算は、前6月に退所した者の総数のうち、在宅において介護を受けることとなった者が5割を超えていることが要件である。

一方、介護老人保健施設において家庭へ退所した者の割合が10%未満の施設は36.5%である。また、家庭へ退所した者の割合が50%以上の施設は約25%である。

	要件等	回数 (千回)
在宅復帰支援機能加算 ※(1日10単位)	前6月間において退所した者の総数のうち、在宅において介護を受けることとなった者が5割をこえている介護老人保健施設について、次のいずれにも適合していること イ 入所者の家族との連絡調整を行っていること ロ 入所者が希望するケアマネ事業者に対し、入所者に係る居宅サービスに必要な情報提供、退所後のサービス利用に係る調整を行っていること。	121.5

(出典)介護給付費実態調査H19.5～H20.4審査分の月平均。

平成18年9月中の退所者における老健施設から家庭へ退所した者の割合別の施設分布(%)



(出典)平成18年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省統計情報部)

【介護老人保健施設における在宅復帰に関する加算の算定状況③】

○ 試行的退所サービス費は、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合に算定されるが、介護老人保健施設が主たる居宅サービスである訪問介護事業所や通所介護事業所を併設している割合は、それぞれ約23.3%、約12.4%にとどまっている。居宅サービス事業所を併設していない介護老人保健施設は、他事業所と契約を結び、サービスを提供することが必要であり、こうしたことから、試行的退所サービス費は、殆ど算定されていないのではないかと考えられる。

	要件等	回数 (千回)
試行的退所サービス費※ (1日につき800単位)	退所が見込まれる者を居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合に1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定。	0.04

(出典)介護給付費実態調査H19.5～H20.4審査分の月平均。

(参考)介護老人保健施設における主な居宅サービス事業所の併設の状況

	事業所数	割合		事業所数	割合
総数	3,391	—	(介護予防)短期入所生活介護事業所	317	9.3%
(介護予防)訪問介護事業所	791	23.3%	(介護予防)短期入所療養介護事業所	1,669	49.2%
(介護予防)訪問入浴介護事業所	91	2.7%	(介護予防)特定施設入居者生活介護事業所	35	1.0%
(介護予防)訪問看護ステーション	1,028	30.3%	居宅介護支援事業所	2,482	73.2%
(介護予防)訪問リハ事業所	378	11.1%			
(介護予防)通所介護事業所	422	12.4%			
(介護予防)通所リハ事業所	1,865	55.0%			

(出典)平成18年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省統計情報部)

【介護老人保健施設における在宅復帰に関する加算の算定状況④】

○ 退所時指導等加算(退所前後訪問指導等加算、退所時指導加算、退所時情報提供加算、退所前連携加算)については、介護老人保健施設の退所者数と比較し、相応の算定状況である。

	要件等	回数 (千回)
退所前後訪問指導加算 (1回460単位)	入所者の退所に先立って入所者が退所後生活する居宅を訪問し、入所者及びその家族等に対し退所後の療養上の指導を行った場合 ※他の社会福祉施設等に入所する場合であっても算定可	1.0
退所時指導加算 (1回400単位)	入所者が退所し、居宅で療養を継続する場合、当該入所者が退所時に、入所者及びその家等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合	4.1
退所時情報提供加算 (1回500単位)	入所者が退所し、居宅で療養を継続する場合、当該入所者の退所後の主治医に対して、入所者の同意を得て当該入所者の診療状況を示す文書をそえて当該入所者の紹介を行った場合 ※他の社会福祉施設等に入所する場合であっても算定可	4.2
退所前連携加算 (1回400単位)	入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て、入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合	3.5

(出典)算定回数は介護給付費実態調査H19.5～H20.4審査分の月平均。

○介護老人保健施設における退所者の状況(平成18年9月)

退所者	15,982人
うち家庭へ(33.0%)	5,274人
うち介護老人福祉施設へ(9.6%)	1,534人
うちその他の社会福祉施設へ(2.4%)	384人

(出典)平成18年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省統計情報部)

※ 人数は、退所者(15,982人)に、各退所後の行き先の割合を乗じたもの

【看取りに関する報酬上の評価について】

○ 看取り・ターミナルケアに関する加算は、介護老人福祉施設及び介護療養型老人保健施設にはあるが、介護老人保健施設にはない。

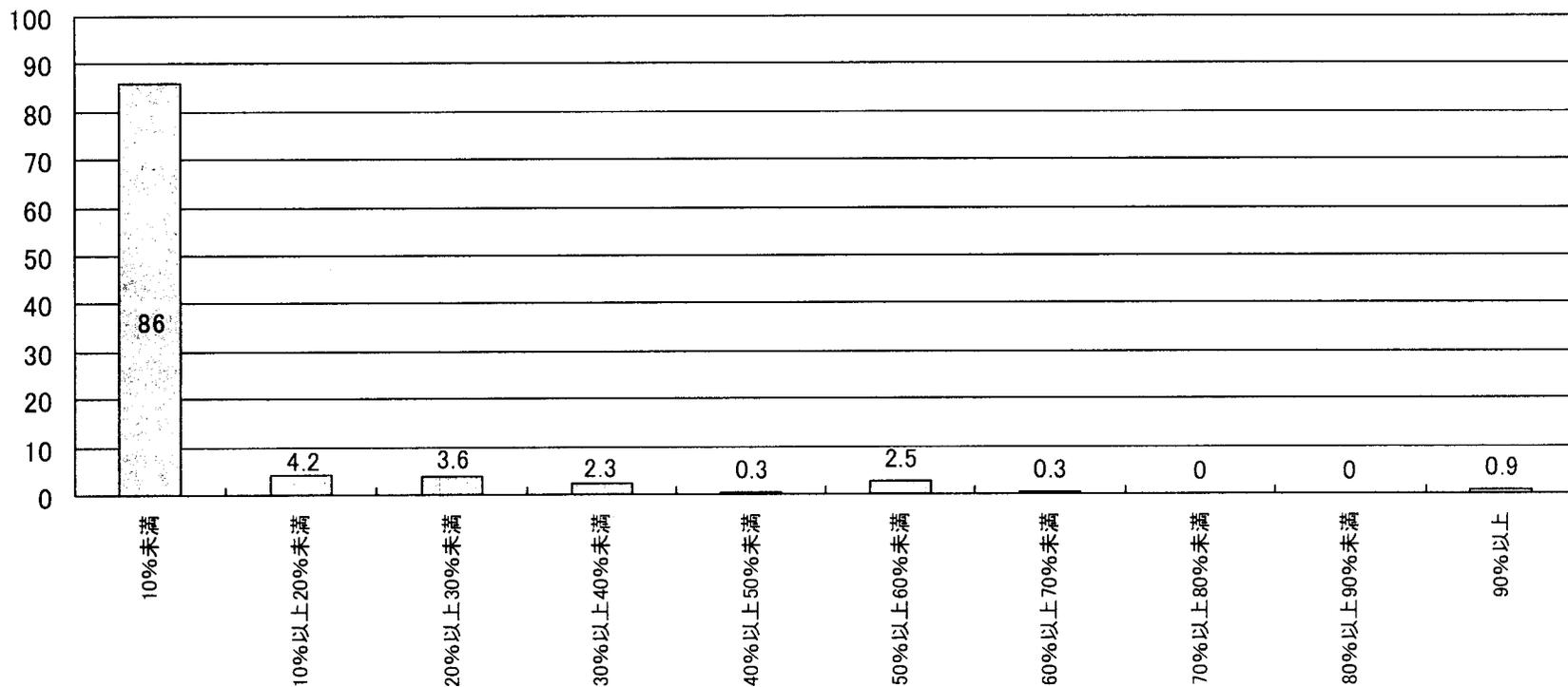
	介護老人福祉施設	介護療養型老人保健施設	介護老人保健施設
加算	看取り介護加算(Ⅰ)160単位 看取り介護加算(Ⅱ)80単位 ※死亡日以前30日を上限として1日につき上記単位数を死亡月に所定単位数を加算	ターミナルケア加算 240単位 ※死亡日以前30日を上限として1日につき上記単位数を死亡月に所定単位数を加算	—
要件	看取り介護加算(Ⅰ) (1)次のいずれにも適合する者 ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者 ②入所者又はその家族等の同意を得て、入所者の介護に係る計画が作成されていること ③医師、看護師、介護職員等が共同して、少なくとも週1回以上、本人又は家族への説明を行い、同意を得て、介護が行われていること (2)入所している施設又は入所者の居宅において死亡した者 看取り介護加算(Ⅱ) ①(1)①に該当する者 ②入所していた施設以外の介護保険施設その他の施設又は医療機関において死亡した者 ③入所していた施設以外の介護保険施設その他の施設又は医療機関に入所又は入院等した後も、当該入所者の家族に対する指導や当該介護保険施設その他の施設又は医療機関に対する情報提供が行われている者	(1)次のいずれにも適合する者 ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者 ②入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること ③医師、看護師、介護職員等が共同して、少なくとも週1回以上、本人又は家族への説明を行い、同意を得て、ターミナルケアが行われていること (2)入所している施設又は入所者の居宅において死亡した者	—
算定実績	14.3千日(H19.5～H20.4審査分平均)	—	—
死亡退所率	62.0%(※)	—	3.5%(※)

※平成18年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省統計情報部)平成18年9月中の退所者の退所後の行き先が「死亡」である者の割合

【介護老人保健施設から退所した者のうち死亡退所した者の割合別の施設分布】

- 介護老人保健施設において死亡退所した者の割合は約3.5%である。
- 介護老人保健施設において死亡退所した者の割合別の施設分布を見ると、死亡退所した者の割合が10%以上である施設が約14%程度存在する。

老健施設から死亡退所した者の割合別の施設分布(%)



【介護老人保健施設の夜勤職員の基準及び夜勤における職員の配置状況】

○ 介護老人保健施設の夜勤の基準は「看護職員又は介護職員が2以上」

※ 40人以下の施設で常時、緊急時の連絡体制を整備しているものにあつては1以上

○ 介護老人保健施設では、入所者数に応じた夜勤職員の配置を行っている(下表参照)。

- ・ 2人配置の施設(約9%) の部分→平均在所者数 約46.7人
- ・ 3人配置の施設(約20%) の部分→平均在所者数 約67.6人
- ・ 4人配置の施設(約38%) の部分→平均在所者数 約84.3人
- ・ 5人配置の施設(約27%) の部分→平均在所者数 約96.2人

介護老人保健施設における夜勤職員の配置状況

	介護職員0名		介護職員1名		介護職員2名		介護職員3名		介護職員4名以上		合計施設数 と割合
	施設数	平均在所者数	施設数	平均在所者数	施設数	平均在所者数	施設数	平均在所者数	施設数	平均在所者数	
看護職員 0名	—		—		139	46.7	84	65.0	116	86.7	339施設 10.0%
看護職員 1名	—		161	46.7	583	68.3	1,103	84.3	869	96.5	2,716施設 80.5%
看護職員 2名	4	46.0	10	50.9	48	77.0	34	90.6	174	120.1	270施設 8.0%
看護職員 3名	2	64.0	4	77.3	2	88.0	1	114.0	16	114.5	25施設 0.7%
看護職員 4名以上	7	98.9	2	76.5	1	50.0	3	82.0	13	113.0	26施設 0.8%
合計施設数 と割合	13施設 0.4%		177施設 5.2%		773施設 22.9%		1,225施設 36.3%		1,188施設 35.2%		

【外泊時の費用について】

- 介護老人保健施設については、入所者に対して外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて、1日につき444単位(※)が算定できることとなっている。

※ 多床室の場合：要介護3(883単位)の50.3%、要介護4(937単位)の47.4%、要介護5(990単位)の44.5%

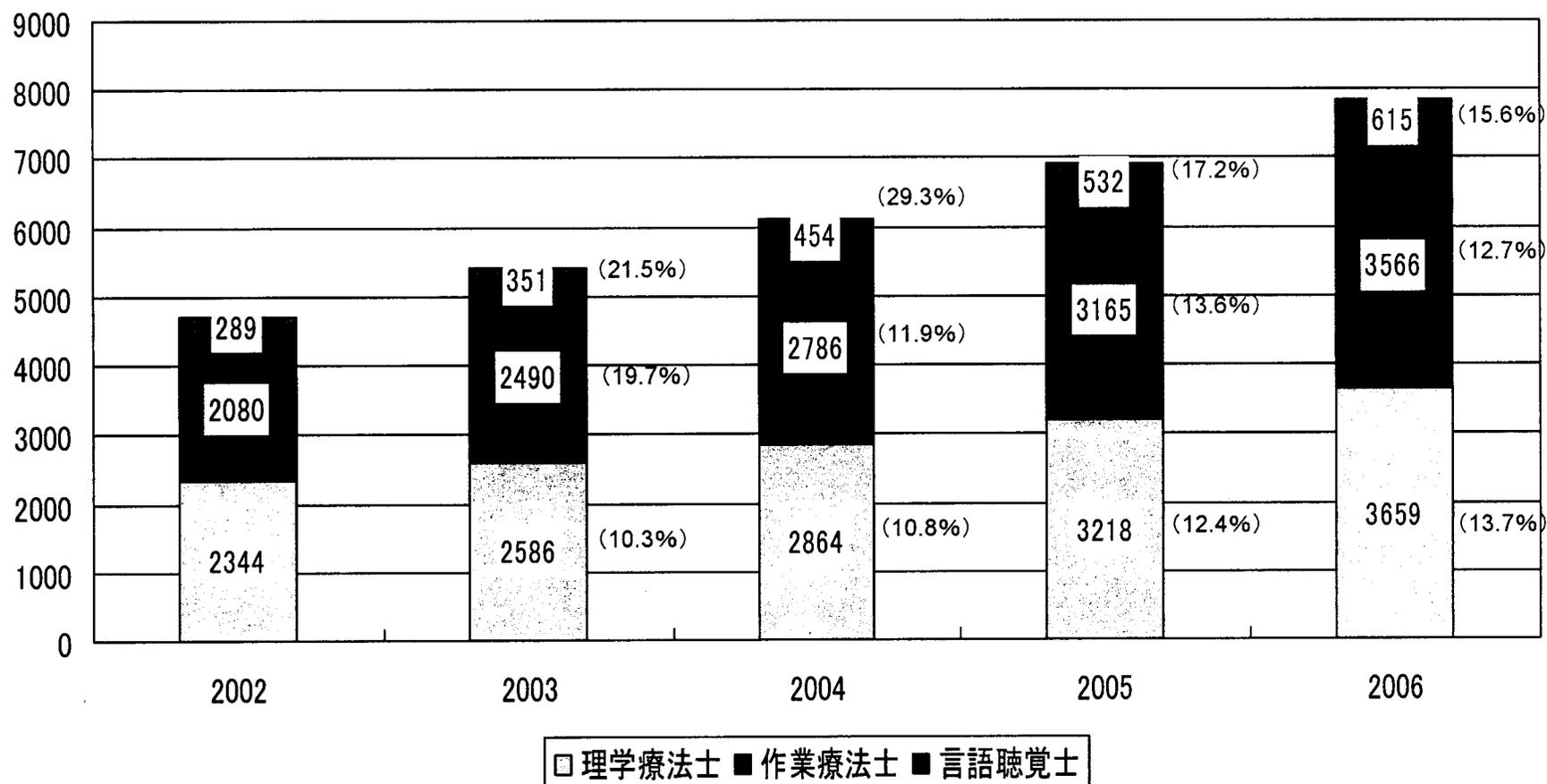
※ 算定実績：18.5千日。(出典：介護給付費実態調査。H19.5審査分からH20.4審査分までの月平均。)

- 平成17年10月に実施した施設給付の見直しにより、居住費は保険給付の対象外とした。
このことに関し、施設入所者の入院・外泊の際の居住費の取扱いについては、施設と利用者の契約により定められるべき事項ではあるが、利用者が入院・外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費の対象として徴収をすることができることとしている。
- なお、診療報酬においては、入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料の基本点数の15%を算定できることとなっている。

【介護老人保健施設における理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の常勤換算従事者数推移】

○ ここ数年の介護老人保健施設における言語聴覚士の従事者数の伸びは、理学療法士や作業療法士を超える伸び率となっている。

介護老人保健施設における常勤換算従事者数(人)



(注) グラフ横のかっこ内は、各職種の対前年伸び率。

(出典) 介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省統計情報部) ¹²

Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成19年12月10日 社会保障審議会介護給付費分科会ワーキングチーム報告】

3 今後の検討課題について

(1) 各事業に共通する事項について

② キャリアアップについて

○ 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討が必要ではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

(3) 施設系の事業について

○ 施設入所者の重度化の進展などを踏まえた施設の人員配置基準の在り方や介護福祉士等の専門性の高い職員を多く配置した場合の評価の在り方、任用要件について検討すべきではないか。

Ⅲ 介護老人保健施設の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

○ 介護老人保健施設の報酬・基準については、以下の基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。

- ① 入所者の在宅復帰に向けた支援を行う機能の強化
- ② 従事者のキャリアアップ・処遇改善につながるよう、資格・経験年数や事業所の処遇改善に向けた取組に対する評価
- ③ 介護老人保健施設が現に果たしている機能に対する評価

【具体的な論点①】

- ① 介護老人保健施設における在宅復帰に関する各種加算等については、その算定実績も踏まえ、入所者の在宅復帰の支援に資する等の観点から、次の方向で見直しを行うこととしてはどうか。
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションに関する計画作成、実施、評価、計画の見直しという「PDCAサイクル」の流れを評価したものであることや、その算定実績を踏まえ、本体報酬に包括することとしてはどうか。
 - ・ 入所後間もない期間に集中的に行うリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算については、その評価を見直すこととしてはどうか。
 - ・ 在宅復帰支援機能加算については、介護老人保健施設における在宅への退所者の割合の実態を踏まえ、算定要件を見直すこととしてはどうか。
 - ・ 試行的退所サービス費については、その算定実績や介護老人保健施設における居宅サービス事業所の併設状況を踏まえ、退所時指導加算として、退所が見込まれる入所者を試行的に退所させる場合に算定することとしてはどうか。
- ② 介護老人保健施設における看取りの労力を適切に評価することとしてはどうか。

【具体的な論点②】

- ③ 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。
- ④ 介護老人保健施設における夜勤の職員の配置に関しては、基準を上回る配置を行っている施設については、配置の実態を踏まえて評価することとしてはどうか。
- ⑤ 外泊時費用については、利用者が入院・外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費の対象として徴収をすることができることを踏まえ、その評価を見直すこととしてはどうか。
- ⑥ 介護老人保健施設における言語聴覚士の配置の実態を踏まえ、人員配置基準上、言語聴覚士を理学療法士及び作業療法士と同等に位置付けることとしてはどうか。

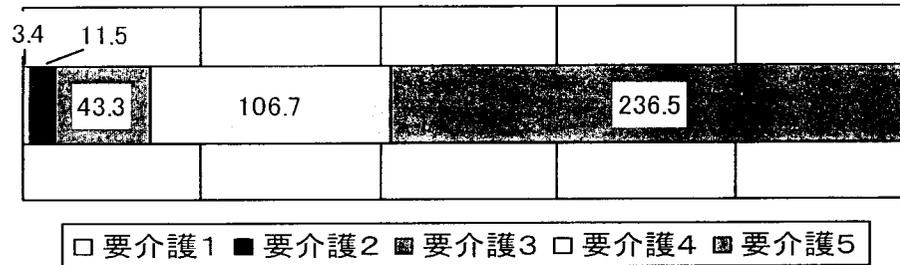
介護療養型医療施設について

I 介護療養型医療施設の現状と課題

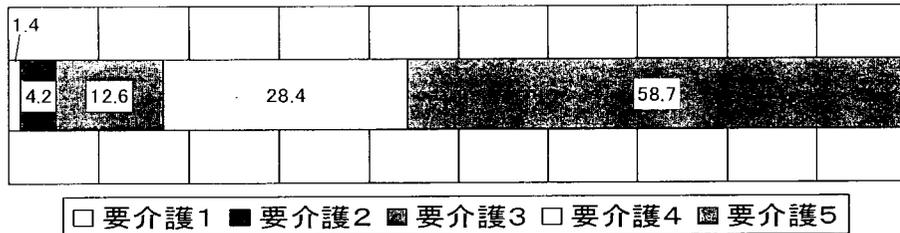
【介護療養型医療施設の利用状況】

- 介護療養型医療施設の利用者数は約10.5万人、費用額は約401億円であり、施設サービス費に占める割合は約17.3%である(平成20年5月審査分)。
- 利用者の平均要介護度は4.32、利用者のうち要介護3以上の者の割合は約95%である(平成20年5月審査分)。近年、利用者に占める中重度者の割合は増加している。

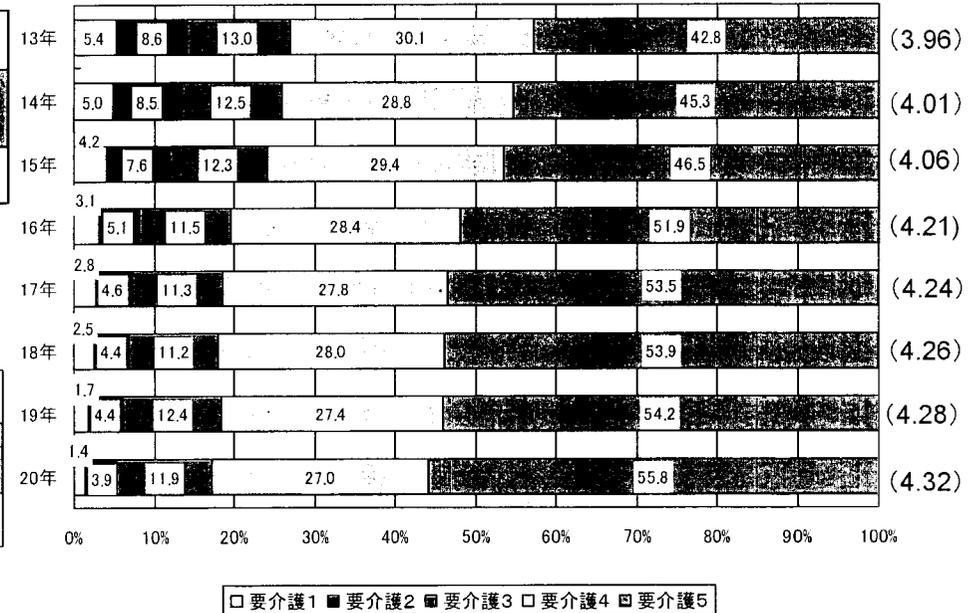
介護療養型医療施設の費用の状況(億円)



介護療養型医療施設の利用者の状況(千人)



要介護度別入所者数(構成割合)の年次推移 (平均要介護度)

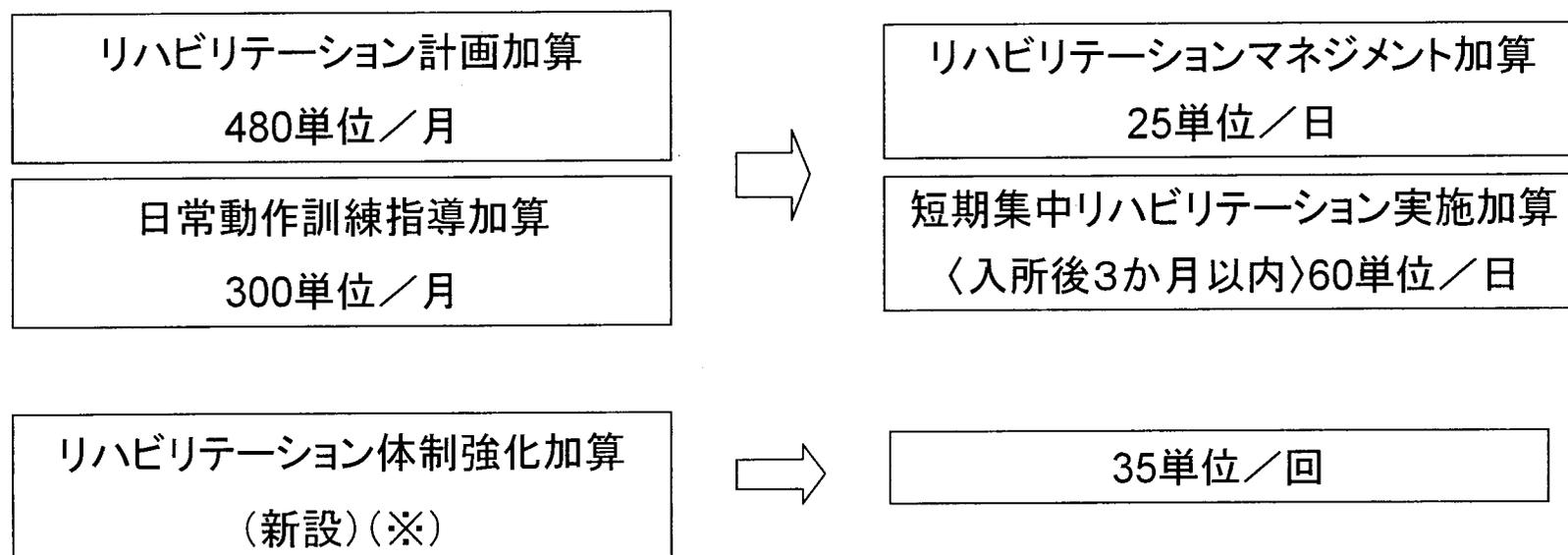


(出典)介護給付費実態調査(平成20年5月審査分)

(出典)介護給付費実態調査(各年5月審査分)

【平成18年介護報酬改定における見直し】

○平成18年介護報酬改定においては、リハビリテーション機能の充実の観点から、個別のリハビリテーション実施計画の策定等の一連のリハビリテーションプロセスの実施や、多職種協働による短期・集中的なリハビリテーションを評価する見直しが行われた。



(※)理学療法Ⅰ、作業療法又は言語聴覚療法を算定している施設が、PT、OT又はSTを1名以上加配した場合に算定できる。

【介護療養型医療施設におけるリハビリテーションに係る加算の算定状況】

- リハビリテーションマネジメント加算については、特定診療費における理学療法等の算定回数に対して、約9割の算定実績がある。
- 短期集中リハビリテーション実施加算については、特定診療費における理学療法等の算定回数と比べ、算定実績は必ずしも高くはない(約5%)。

介護療養型医療施設におけるリハビリテーションに係る加算の算定状況

	要件等	回数 (千回)	算定割合 (%)
リハビリテーションマネジメント加算 (1日25単位)	イ 医師、PT、OT、ST、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が共同して、入院患者ごとのリハビリ実施計画を作成していること ロ 入院患者ごとのリハビリ実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けたPT、OT、STがリハを行うとともに、入院患者の状態を定期的に記録していること ハ 入院患者ごとのリハ実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直ししていること ニ リハを行う医師、PT、OT、STが、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること	1034.4	91.4%
短期集中リハビリテーション実施加算※ (1日60単位)	入院日から3か月以内の期間に集中的にリハを個別的に実施(1週につき概ね3日以上)した場合	57.8	5.1%
(参考)理学療法等 (特定診療費)	—	1132.3	

(出典:介護給付費実態調査H19.5審査分からH20.4審査分の月平均)

【リハビリテーションの人員配置基準について】

- 特定診療費における理学療法(Ⅰ)及び作業療法に関する人員配置基準は、医療保険における脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅲ)や運動器リハビリテーション料(Ⅱ)と同等。

	理学療法(Ⅰ) 180単位	理学療法(Ⅱ) 100単位	理学療法(Ⅲ) 50単位
介護保険	専任常勤医師1名以上 専従PT1名以上	医師1名以上 週2日以上勤務のPT1名以上 専従の理学療法経験のある従事者1名以上	理学療法(Ⅰ)(Ⅱ)以外の施設
医療保険	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点	
	専任常勤医師1名以上 専従常勤のPT、OT、STあわせて4名以上	専任常勤医師1名以上 専従常勤PT、OT、STいずれか1名以上	
	運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 170点	運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 80点	
	経験を有する専任常勤医師1名以上 専従常勤のPT又はOT2名以上 又は専従の常勤PT、OTあわせて2名以上	専任常勤医師1名以上 専従常勤PT、OTいずれか1名以上	

(※) 特定診療費の作業療法(180単位)の人員配置基準は、理学療法(Ⅰ)と同様(PTをOTを読み替え)

【集団コミュニケーション療法について】

- 平成20年診療報酬改定において、脳卒中後の者などのうち、失語症等の言語障害を有する者について、言語聴覚士が集団で実施するコミュニケーション療法が新設されたが、介護報酬上の評価はなされていない。
- 介護療養病床には、脳血管疾患の患者や失語症の患者も入院している。

○失語症患者に対する集団療法及び個別療法の効果(田上ら)

項目	集団療法(個別+集団又は集団のみ) N=119	個別療法のみ N=26
言語機能改善	60%	58%
コミュニケーションADLの改善	38%	35%
社会適応の改善	34%	23%
心理的改善	33%	31%

○介護療養病床入院患者について(平成18年介護サービス施設・事業所調査)

全入院者	うち脳血管疾患患者
111,099人	57,388人(51.7%)

○介護療養病床入院患者について(平成18年度「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(複数回答))

調査対象者	うち失語症	うち脳梗塞	うち脳出血
2,671人	299人(11.2%)	1,277人(47.8%)	457人(17.1%)

○言語聴覚療法の算定実績(言語聴覚士が1対1で行うもの)

97千回 (介護給付費実態調査:平成20年5月審査分)

【外泊時の費用について】

○ 介護療養型医療施設については、入所者に対して外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて、1日につき444単位(※)が算定できることとなっている。

※ 多床室の場合：要介護3(954単位)の46.5%、要介護4(1,111単位)の40.0%、要介護5(1,152単位)の38.5%

※ 算定実績：0.8千日／月。(介護給付費実態調査：H20年5月審査分)

○ 平成17年10月に実施した施設給付の見直しにより、居住費は保険給付の対象外とした。

このことに関し、施設入所者の入院・外泊の際の居住費の取扱いについては、施設と利用者の契約により定められるべき事項ではあるが、利用者が入院・外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費の対象として徴収をすることができることとしている。

○ なお、診療報酬においては、入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料の基本点数の15%を算定できることとなっている。

【他医療機関受診時の費用について】

○ 入院患者に対し専門的な診療が必要になった場合であって、当該患者に対し他の病院又は診療所において当該診療が行われた場合、1月に4日を限度として所定単位数に代えて、1日につき444単位(※)が算定できることとなっている。

※ 多床室の場合：要介護3(954単位)の46.5%、要介護4(1,111単位)の40.0%、要介護5(1,152単位)の38.5%

※ 算定実績：2.8千日／月。(介護給付費実態調査：H20年5月審査分)

○ なお、診療報酬においては、入院患者が他医療機関を受診した際には、入院基本料の基本点数の30%を算定できることとなっている。

Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成19年12月10日 社会保障審議会介護給付費分科会ワーキングチーム報告】

3 今後の検討課題について

(1) 各事業に共通する事項について

② キャリアアップについて

○ 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討が必要ではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

(3) 施設系の事業について

○ 施設入所者の重度化の進展などを踏まえた施設の人員配置基準の在り方や介護福祉士等の専門性の高い職員を多く配置した場合の評価の在り方、任用要件について検討すべきではないか。

○ 平成20年2月13日 中央社会保険医療協議会答申書「平成20年度診療報酬改定及び当該診療報酬改定における個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細書の交付の一部義務化、処方せん様式の変更等について」における本協議会からの意見

- ・ 医療保険と介護保険のサービスが切れ目なく提供されるよう、引き続き検討を行うこと

Ⅲ 介護療養型医療施設の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

○ 介護療養型医療施設の報酬・基準については、以下の基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。

- ① 医療保険との役割分担及び評価の整合性等の観点から、リハビリテーション(特定診療費)の評価の見直し。
- ② 従事者のキャリアアップ・処遇改善につながるよう、資格・経験年数や事業所の処遇改善に向けた取組に対する評価。

【具体的な論点①】

1. 介護療養型医療施設におけるリハビリテーション(特定診療費)については、医療保険との役割分担を明確にし、医療保険との整合性をはかる観点から、その算定実績を踏まえ、次の方向で見直しを行うこととしてはどうか。

(1) リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションに関する計画作成、実施、評価、計画の見直しという「PDCAサイクル」の流れを評価したものであることや、その算定実績を踏まえ、本体報酬に包括することとしてはどうか。

(2) 入院後間もない期間に集中的に行うリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算については、その評価を見直すこととしてはどうか。

※ 介護療養型医療施設における認知症短期集中リハビリテーションについては、認知症対策を議論する際に併せて議論を行う。

(3) 理学療法及び作業療法については、医療保険との役割分担や医療保険における施設要件等との整合性の観点から、評価の見直しを行ってはどうか。

(4) 失語症等の言語障害を有する者に対して、言語聴覚士が集団で実施するコミュニケーション療法について、新たに評価をしてはどうか。

【具体的な論点②】

2. 外泊時費用については、利用者が入院・外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費の対象として徴収をすることができることを踏まえ、その評価を見直すとともに、入院中の患者に対し他医療機関における診療が行われた場合の評価についても見直してはどうか。
3. 介護従事者のキャリアアップの仕組みを含めた評価の在り方については、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

口腔機能向上加算・栄養改善加算について

I 口腔機能向上加算・栄養改善加算の現状と課題

【平成18年介護報酬改定における見直し】

- ① 要支援者を対象とした介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションが創設され、日常生活上の支援などの「共通的服务」と、運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上を目的とした「選択的服务」とに分け、それぞれについて月単位の定額報酬が設定された。
- ② 要介護者を対象とした通所介護及び通所リハビリテーションについて、口腔機能向上加算及び栄養マネジメント加算が創設された。

【口腔機能向上・栄養改善サービスの構成(概要)】

介護予防通所介護

(予防給付)

イ 介護予防通所介護	要支援1 (1月につき 2, 226単位)
	要支援2 (1月につき 4, 353単位)
ロ アクティビティ実施加算	(1月につき 81単位を加算)
ハ 運動器機能向上加算	(1月につき 225単位を加算)
ニ 栄養改善加算	(1月につき 100単位を加算)
ホ 口腔機能向上加算	(1月につき 100単位を加算)

介護予防通所リハビリテーション

イ 介護予防通所リハ	要支援1 (1月につき 2, 496単位)
	要支援2 (1月につき 4, 880単位)
ロ 運動器機能向上加算	(1月につき 225単位を加算)
ハ 栄養改善加算	(1月につき 100単位を加算)
ホ 口腔機能向上加算	(1月につき 100単位を加算)

通所介護

(介護給付)

通所介護	
注9 栄養マネジメント加算	1日につき+100単位 (月2回を限度)
注10 口腔機能向上加算	1日につき+100単位 (月2回を限度)

通所リハビリテーション

通所リハ	
注10 栄養マネジメント加算	1日につき+100単位 (月2回を限度)
注11 口腔機能向上加算	1日につき+100単位 (月2回を限度)

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

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

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

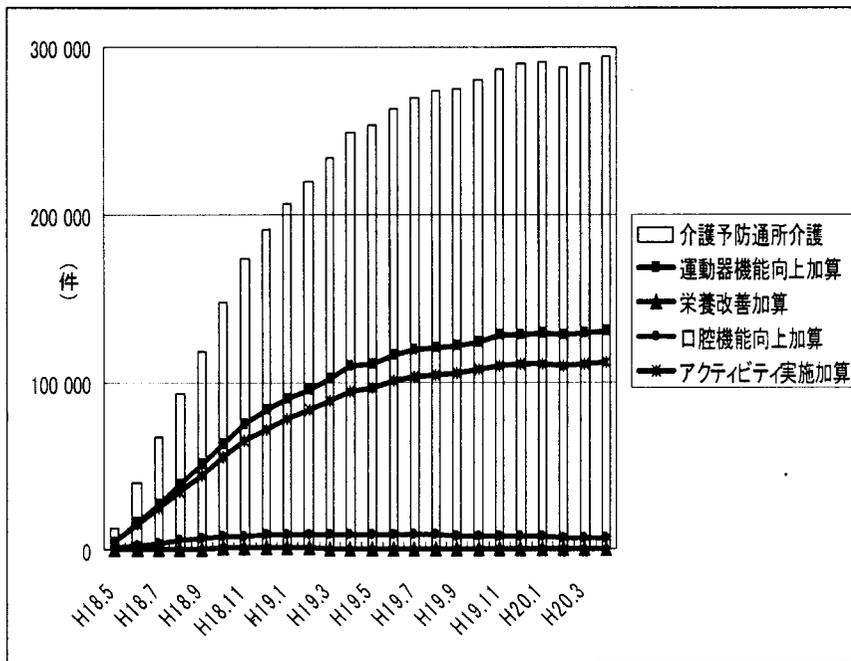
○アクティビティ実施加算 利用者に対して、計画的にアクティビティ(集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練をいう)を実施した場合に加算する(アクティビティ実施加算は、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算のいずれかを届出ている事業所では、算定できない)。

(※)管理栄養士による栄養管理については、介護保険施設等においても加算にて評価されている(栄養マネジメント加算)が、口腔機能向上に係る加算は介護保険施設等では設けられていない。

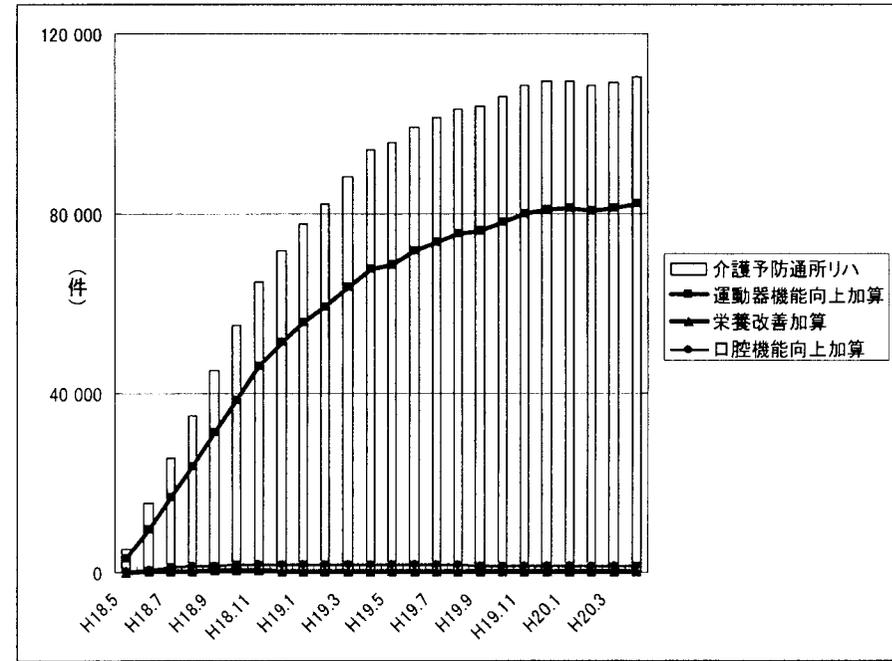
【口腔機能向上加算・栄養改善加算の算定実績①】

○ 介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションの算定件数の増加に伴い、運動器機能向上加算、アクティビティ実施加算の算定件数は増加しているが、口腔機能向上加算及び栄養改善加算の算定は低調である。

介護予防通所介護における算定件数の推移



介護予防通所リハビリテーションにおける算定件数の推移



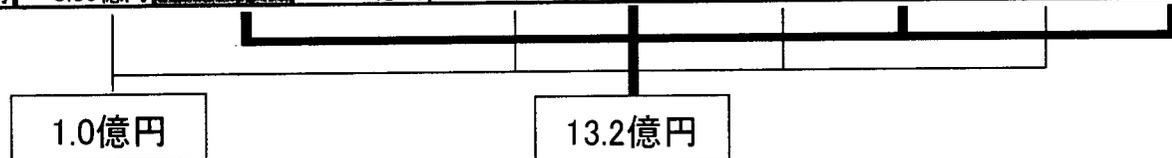
(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

【口腔機能向上加算・栄養改善加算の算定実績②】

- 平成19年度の算定実績は、栄養改善加算は約1.0億円、口腔機能向上加算は約13.2億円であり、両加算とも月別算定単位数は微減傾向である。
- 他方、運動器機能向上加算及びアクティビティ実施加算については、月別算定単位数は増加傾向にある。

審査月	予 防 給 付							介 護 給 付				
	介護予防通所介護				介護予防通所リハビリテーション			通所介護		通所リハビリテーション		
	アクティビティ 実施加算	運動器機能 向上加算	栄養改善加 算	口腔機能 向上加算	運動器機能 向上加算	栄養改善加 算	口腔機能 向上加算	栄養マネジ メント加算	口腔機能 向上加算	栄養マネジ メント加算	口腔機能 向上加算	
H19.5月	7 871	25 043	48	845	15 463	38	180	451	8 763	463	2 281	
H19.6月	8 178	26 079	46	858	16 133	37	183	440	8 874	469	2 279	
H19.7月	8 382	26 788	45	850	16 581	36	180	435	8 802	459	2 270	
H19.8月	8 493	27 214	44	835	16 984	34	173	431	8 622	437	2 223	
H19.9月	8 520	27 374	40	797	17 140	33	171	399	8 297	428	2 173	
H19.10月	8 694	27 930	39	783	17 565	34	169	388	8 162	406	2 102	
H19.11月	8 859	28 743	36	780	18 007	33	171	351	8 075	397	2 120	
H19.12月	8 971	28 946	36	758	18 191	32	169	337	7 815	377	2 071	
H20.1月	8 990	29 049	32	733	18 261	30	158	323	7 527	372	1 990	
H20.2月	8 903	28 778	31	697	18 137	30	151	288	7 219	354	1 902	
H20.3月	8 960	29 013	27	678	18 272	28	148	267	7 101	340	1 894	
H20.4月	9 096	29 356	26	678	18 501	27	148	266	7 065	326	1 857	
H19年度算定 単位 (千単位)	103 917	334 313	450	9 292	209 235	392	2 001	4 376	96 322	4 828	25 162	790 288千単位
H19年度推 計額*	10.4億円	33.4億円	0.05億円	9.3億円	20.9億円	0.04億円	2.0億円	0.4億円	9.6億円	0.5億円	2.5億円	79.0億円

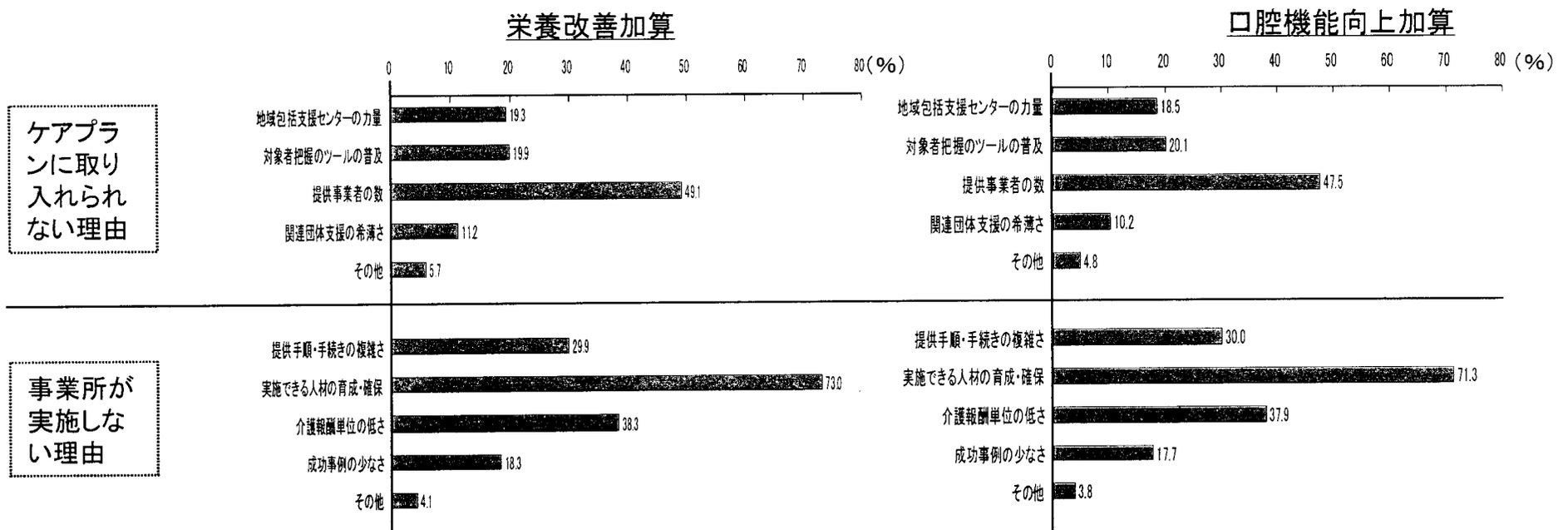
* 1単位10円として推計



【口腔機能向上・栄養改善サービスの利用・提供が進まない理由】

- 地域包括支援センターは、ケアプラン作成にあたり、口腔機能向上加算・栄養改善加算の必要性を判断する役割を有する。そこで、地域包括支援センターを対象に、口腔機能向上・栄養改善サービスの利用・提供が進まない要因について調査を行った。
- その結果、以下の可能性が示唆された
 - ① ケアプランに取り入れられない理由としては、提供事業所の数が少ないこと、対象者の把握が困難であること等が考えられる。
 - ② 事業所が実施しない理由としては、人材の育成確保が困難であることや介護報酬の低さ等が考えられる。

口腔機能向上・栄養改善サービスの利用・提供が進まない要因



(出典)平成19年度老人保健健康増進等事業「介護予防給付の栄養改善・口腔機能の向上の実施に関する研究」(研究代表者:植田耕一郎)調査報告書による地域包括支援センターに対する調査結果

【介護予防通所介護におけるアクティビティ実施加算と他の加算との関係について】

- 運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算については、理学療法士等の一定の資格を有した者が当該サービスを提供することとなっているが、アクティビティ実施加算については、これら有資格者についての要件がない。
- 運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算は、計画に基づいてサービスを提供し、かつ、定期的な評価等を行った場合に算定できる。他方、アクティビティ実施加算については、定期的な評価等の要件がない。
- アクティビティ実施加算は、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算のいずれかを届出ている事業所では、算定できない。
- 介護報酬上の評価は、栄養改善加算及び口腔機能向上加算が100(単位/月)、アクティビティ実施加算が81(単位/月)となっている。

介護予防通所介護の算定回数 3,356.6千回 (平成19年度実績)

アクティビティ実施加算

(1,283.1千回:38.2%)

運動器機能向上加算

(1,485.9千回:44.3%)

未算定

栄養 (4.7千回:0.1%)、
口腔 (93.1千回:2.8%)

【口腔機能向上加算と歯科医療との関係(現行)】

- むし歯(齲蝕)や歯周病の治療、入れ歯(義歯)やかぶせ物(補綴物)の作成等であっても、歯科医療を受診している場合は、「口腔機能向上加算」は算定できない。

嚥下機能訓練を行わない場合は、「口腔機能向上加算」と「歯科医療」で重複部分はない

介護保険の「口腔機能向上加算」

- ・ 口腔清掃の自立支援(口腔ケア)
(歯、歯肉、口腔粘膜、義歯の清掃等)
- ・ 食事環境についての指導(体位やペース等) 等

- ・ むし歯(齲蝕)の治療
- ・ 歯周病の治療
- ・ 入れ歯やかぶせ物(補綴物)の作製 等

医療保険の歯科医療

嚥下機能訓練を行う場合は、「口腔機能向上加算」と「歯科医療」で重複部分がある

介護保険の「口腔機能向上加算」

- ・ 口腔清掃の自立支援(口腔ケア)
(歯、歯肉、口腔粘膜、義歯の清掃等)
- ・ 食事環境についての指導(体位やペース等) 等

嚥下機能訓練

- ・ 咽頭部寒冷刺激訓練 等
- ・ 息こらえ嚥下訓練
- ・ 嚥下の意識化
- ・ 舌・口唇の訓練 等

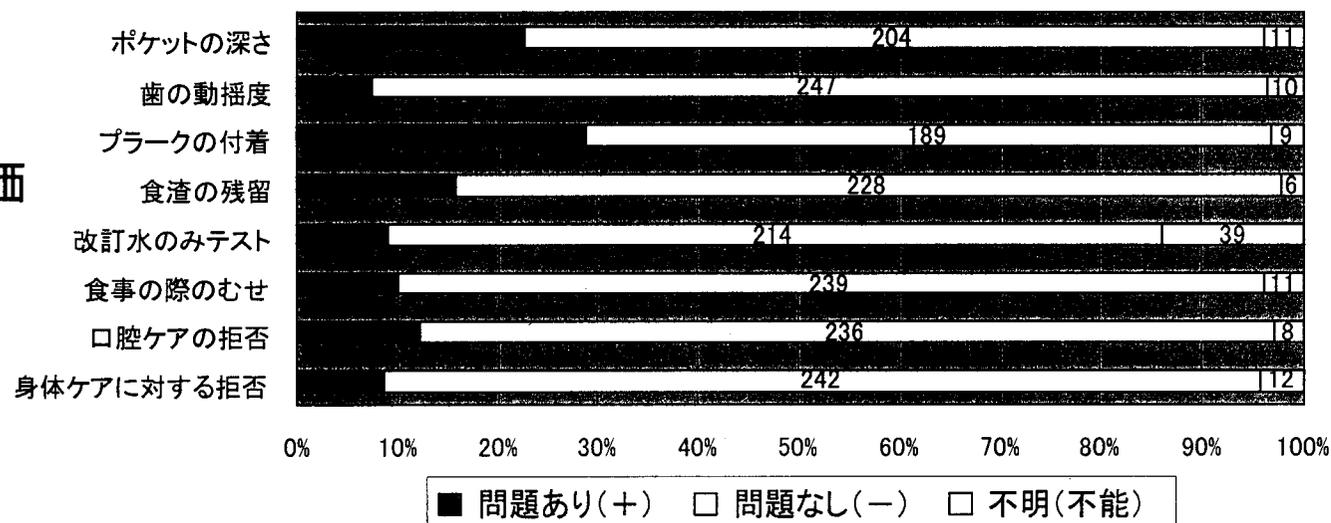
- ・ むし歯(齲蝕)の治療
- ・ 歯周病の治療
- ・ 入れ歯やかぶせ物(補綴物)の作製 等

医療保険の歯科医療

【施設入所者の口腔内の状態について】

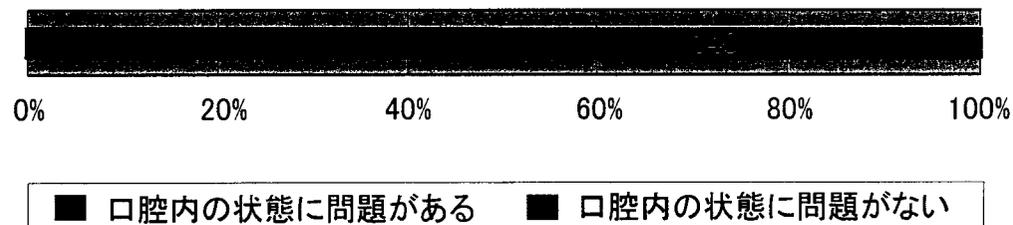
- 介護老人福祉施設に入所者(278名)について、歯科医師による評価を行ったところ、個別項目については7~29%が、総合評価では約半数において、口腔内の状態に問題があった。
- 多くの入所者において問題ありとされた個別項目としては、プラークの付着、ポケットの深さ、食渣の残留などが挙げられる。

個別項目の評価



総合評価

（いずれかの項目において問題があると判定された者）



(出典)高橋、菊谷ら、障歯誌、29:78-83、2008

Ⅱ 口腔機能向上・栄養改善サービスに関するこれまでの指摘等の概要

- 平成18年度介護報酬改定における社会保障審議会からの答申書
(平成18年1月26日付、社保審発第1号)

なお、下記の事項については、社会保障審議会介護給付費分科会におけるこれまでの審議も踏まえ、今回の介護報酬・基準等の見直し後、さらに検討を進め、適切な対応を行うものとする。

1. 介護保険法の一部改正に伴い、新たに導入された「介護予防サービス」や「地域密着型サービス」、今回の介護報酬改定において基本的な見直しが行われた「居宅介護支援及び介護予防支援」、さらに「療養通所介護」等の新たな取り組みをはじめ、今回の改定後のサービスの利用実態等について、この度の改定の「基本的な視点」も踏まえ、今後、調査・分析を適切に行うこと。

(参考) 「平成18年度介護報酬等の改定について(概要)」

2 基本的な視点

(2) 介護予防・リハビリテーションの推進

- 予防給付として提供される介護予防サービスについては、軽度者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を構築し、目標指向型のサービス提供を徹底する観点から報酬・基準の設定を行う。

Ⅲ 口腔機能向上・栄養改善サービスの報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 口腔機能向上・栄養改善サービスの報酬・基準については、アクティビティ実施加算との関係等を踏まえ、サービスを必要としている人に確実にサービスを提供する等の観点から、見直しを行うこととしてはどうか。

【具体的な論点】

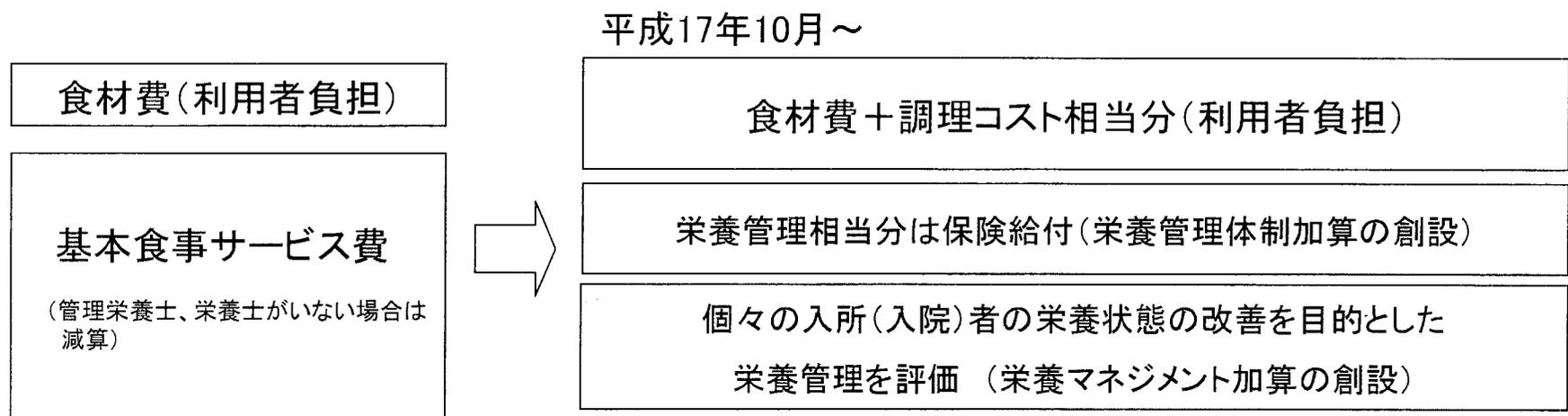
- (1) サービスを必要としている者に対して確実にサービスを提供するという観点から対象者の基準の明確化を検討してはどうか。
- (2) 口腔機能向上加算、栄養改善加算及びアクティビティ実施加算について、サービス提供に係る労力等を適切に評価する等の観点から、評価のあり方を見直してはどうか。
- (3) 必要なサービスを継続的に確保し、医療と介護の連携をはかるという観点から、齲歯の治療など、嚥下機能訓練以外の目的で歯科医療を受診している場合については、口腔機能向上加算を算定できることとしてはどうか。
- (4) 施設入所者等への口腔機能向上に係る取組の評価のあり方につき検討してはどうか。

栄養管理体制加算及び栄養マネジメント加算について

I 栄養管理体制加算及び栄養マネジメント加算の現状と課題

- 【平成17年10月の介護報酬改定】
- ①従来の基本食事サービス費を廃止し、栄養管理相当分は引き続き保険給付の対象とされた。(栄養管理体制加算の創設)
 - ②管理栄養士による個々の入所(入院)者の栄養状態、健康状態に着目した栄養管理を評価した。(栄養マネジメント加算の創設)

平成17年10月の介護報酬改定(イメージ図)



【栄養管理体制加算及び栄養マネジメント加算サービスの構成(概要)】

	栄養管理体制加算		栄養マネジメント加算 (12単位)
	管理栄養士(12単位)	栄養士(10単位)	
介護老人福祉施設	○	○	○
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
地域密着型介護福祉施設			
短期入所生活介護	○	○	/
短期入所療養介護			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			

○栄養管理体制加算(管理栄養士配置加算、栄養士配置加算)

常勤の管理栄養士、栄養士は、入所(入院)者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事提供を行う。

○栄養マネジメント加算

常勤の管理栄養士を配置し、入所(入院)者の栄養状態を入所(入院)時に把握し、関連職種が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能等へも配慮した栄養ケア計画を作成し、当該計画に従い栄養管理を行うとともに栄養状態の記録を行い、必要に応じて当該計画を見直す。

【栄養管理体制加算・栄養マネジメント加算の算定状況】

○栄養管理体制加算(栄養士、管理栄養士)の算定回数は、基本サービス費の算定回数の98.8%。

○栄養マネジメント加算の算定回数は、基本サービス費の算定回数の82.4%。

	①基本サービス費の算定回数	栄養管理体制加算				⑥合計割合 (③+⑤)	栄養マネジメント加算	
		管理栄養士		栄養士			⑦算定回数	⑧割合(⑦÷①)
		②算定回数	③割合(②÷①)	④算定回数	⑤割合(④÷①)			
介護老人福祉施設	12,430.1	10,384.5	83.5%	1,985.5	16.0%	99.5%	9,508.0	76.5%
介護老人保健施設	9,104.6	8,612.5	94.6%	461.6	5.1%	99.7%	8,212.5	90.2%
介護療養型医療施設	3,154.1	2,949.2	93.5%	133.4	4.2%	97.7%	2,655.3	84.2%
地域密着型介護福祉施設	89.3	48.9	54.8%	27.0	30.2%	85.0%	40.0	44.8%
短期入所生活介護	2,503.7	1,764.0	70.5%	601.0	24.0%	94.5%	/	
短期入所療養介護	421.6	396.4	94.0%	19.8	4.7%	98.7%		
介護予防短期入所生活介護	45.3	12.8	28.3%	31.5	69.5%	97.8%		
介護予防短期入所療養介護	8.6	8.1	94.2%	0.4	4.7%	98.8%		
合計	27,757.3	24,176.4	87.1%	3,260.2	11.7%	98.8%	20,415.8	82.4%

(千回)

(千回)

(千回)

(千回)

(出典)介護給付費実態調査(平成20年度4月審査分)
(厚生労働省統計情報部)

○ 栄養マネジメント加算の算定要件である管理栄養士が配置され、栄養管理体制加算を算定しているにもかかわらず、栄養マネジメント加算を算定していない割合は7.2%ある。

また、栄養マネジメントを算定していない理由として、施設長の判断、人員不足、他職種の理解や協力が得られない等が挙げられている。

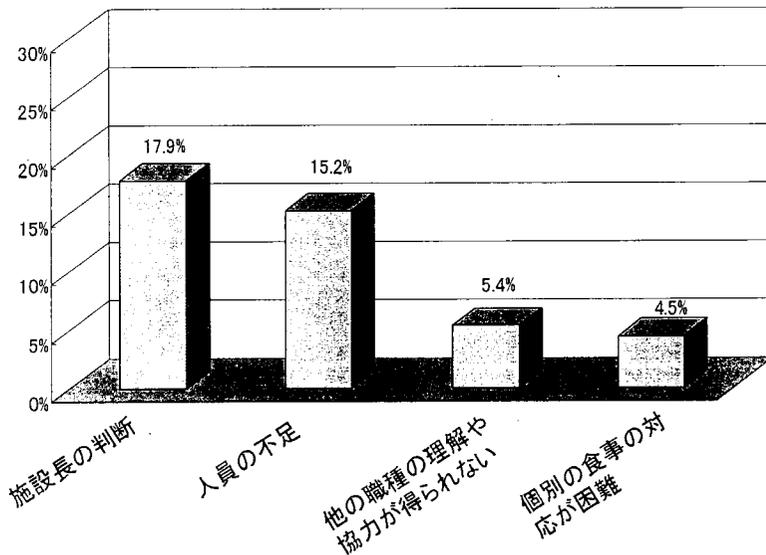
管理栄養士配置加算を算定している施設における栄養マネジメント加算の算定状況

	栄養管理体制加算	栄養マネジメント加算	管理栄養士が配置されている施設における栄養マネジメント加算の未算定の割合
	(管理栄養士)		
	①算定回数	②算定回数	③割合((①-②)÷①)
介護老人福祉施設	10,384.5	9,508.0	8.4%
介護老人保健施設	8,612.5	8,212.5	4.6%
介護療養型医療施設	2,949.2	2,655.3	10.0%
地域密着型介護福祉施設	48.9	40.0	18.2%
合計	21,995.1	20,415.8	7.2%

(千回) (千回)

(出典)介護給付費実態調査
(平成20年度4月審査分)

栄養マネジメントを算定していない主な理由



(出典)厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究(主任研究者:杉山みち子)」

Ⅱ 栄養管理体制加算及び栄養マネジメント加算に関するこれまでの指摘等の概要

○ 平成18年度介護報酬改定における社会保障審議会からの答申書 (平成18年1月26日付、社保審発第1号)

なお、下記の事項については、社会保障審議会介護給付費分科会におけるこれまでの審議も踏まえ、今回の介護報酬・基準等の見直し後、さらに検討を進め、適切な対応を行うものとする。

1. 介護保険法の一部改正に伴い、新たに導入された「介護予防サービス」や「地域密着型サービス」、今回の介護報酬改定において基本的な見直しが行われた「居宅介護支援及び介護予防支援」、さらに「療養通所介護」等の新たな取り組みをはじめ、今回の改定後のサービスの利用実態等について、この度の改定の「基本的な視点」も踏まえ、今後、調査・分析を適切に行うこと。

(参考) 「平成18年度介護報酬等の改定について(概要)」

2 基本的な視点

(4) サービスの質の向上

- 利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組合せを他職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能し得るようプロセス重視の視点に立った見直しを行う。

Ⅲ 栄養管理体制加算(栄養士配置加算、管理栄養士配置加算)及び栄養マネジメント加算サービスの報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 栄養管理体制加算及び栄養マネジメント加算の算定状況等を踏まえ、介護サービス体系の簡素化や入所(入院)者の栄養マネジメントを確実に実施するなどの観点から見直しを行うこととしてはどうか。

【具体的な論点】

- (1) 栄養管理体制加算の算定状況を踏まえ、本加算については、基本サービス費に包括して評価することを検討してはどうか。
- (2) 管理栄養士が配置されているにもかかわらず、栄養マネジメント加算が算定されていない施設が存在することを踏まえ、栄養マネジメントを適切に実施する観点から、栄養マネジメント加算の評価の見直しを検討してはどうか。

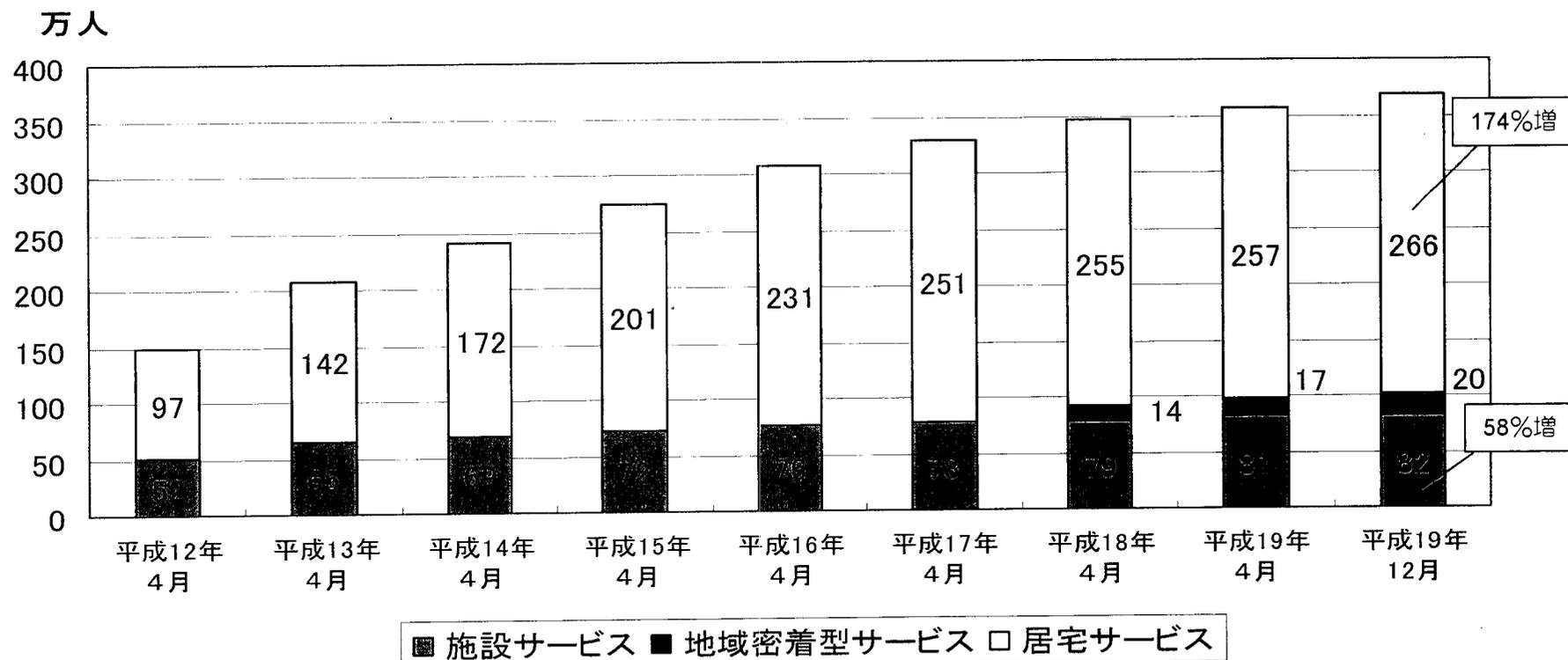
介護保険施設の現状について

目次	1.	サービス利用者数の推移	…1
	2.	各施設の概要	…2
		(1) 各施設の概要	…2
		(2) 平均要介護度の経年変化・施設ごとの現状	…4
		(3) 介護保険3施設の退所者に係る平均在所日数の経年変化	…5
		(4) 介護保険3施設の入退所の状況	…6
	3.	介護サービスの状況	…8
		(1) 職員配置の状況	…8
		(2) 資格の取得状況	…10
	4.	医療・看護サービスの状況	…11
		(1) 職員配置の状況	…11
		(2) 介護保険と医療保険の調整	…12
	5.	リハビリテーション等の状況	…13
	6.	居住環境等	…14

1. サービス利用者数の推移

(1) 居宅・施設サービス別利用者数の推移

○居宅サービス利用者及び地域密着型サービス(平成18年4月創設)の占める割合が増加している。



【資料】「介護保険事業状況報告」(厚生労働省老健局、各年各月サービス分)

(※)平成12年4月からの伸び率。

2. 各施設の概要

(1) 各施設の概要

	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
基本的性格	重医療・要介護高齢者の長期療養施設	要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設	要介護高齢者のための生活施設
定義(介護保険法)	<p>(「介護療養型医療施設」の定義)</p> <p>療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設。</p>	<p>(「介護老人保健施設」の定義)</p> <p>要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。</p>	<p>(「介護老人福祉施設」の定義)</p> <p>老人福祉法に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設。</p>
施設数	2,929	3,391	5,716
定員数	119,825人	309,346人	399,352人

	介護療養型 医療施設	介護療養型 老人保健施設	老人保健施設	特別養護 老人ホーム	
平均要介護度	4.32	-	3.27	3.81	
平均在所日数	444.1日	-	268.7日	1365.2日	
1人当たり居室面積	6.4㎡以上	8㎡以上 (大規模改修等を行う までは6.4㎡で可)	8㎡以上	10.65㎡以上	
1部屋の定員数	4人以下	4人以下	4人以下	4人以下	
主な 職員 配置 基準	医師	3以上 48:1以上	常勤1以上 100:1以上	常勤1以上 100:1以上	
	看護職員	6:1以上	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上 入所者100人の 場合、看護3人	
	介護職員	6:1以上			
	理学療養士(PT) 作業療法士(OT)	PT及びOTが 適当数	PT又はOTが 100:1以上	PT又はOTが 100:1以上	
	機能訓練指導員				1以上
	生活(支援)相談員		100:1以上	100:1以上	常勤1以上 100:1以上
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	常勤1以上 100:1以上	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準

1 施設数、定員数については、「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部、平成18年10月1日時点)

2 平均要介護度は、「介護給付費実態調査」(同、平成20年5月審査分)から算出

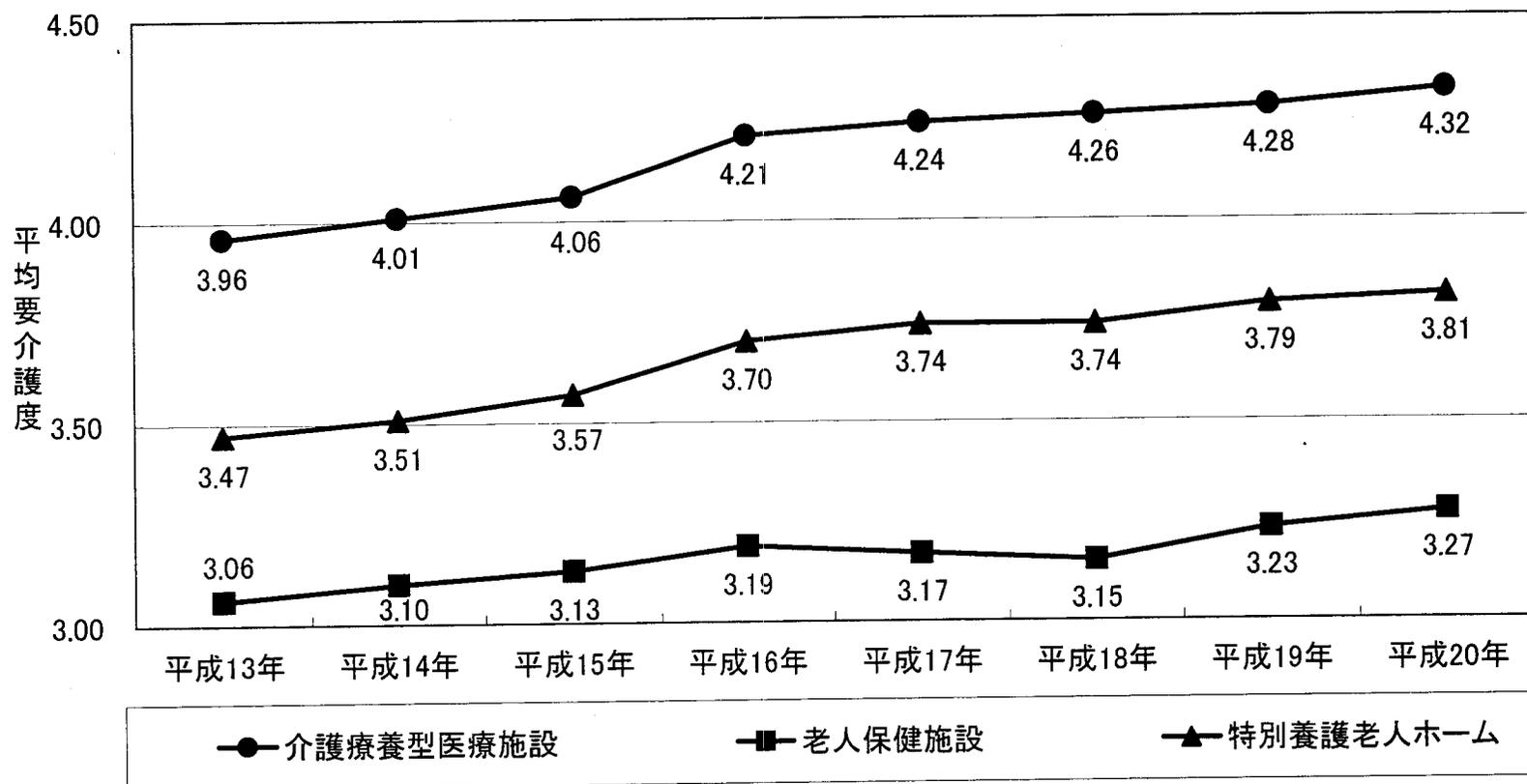
3 平均在所日数については、「介護サービス施設・事業所調査」(同、平成18年9月中の退所者等について)

4 「1人当たり居室面積」及び「1部屋の定員数」については、ユニット型施設の場合はいずれもそれぞれ「13.2㎡以上」、「原則1人」

(2) 平均要介護度の経年変化・施設ごとの現状

- 介護療養型医療施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設の順で平均要介護度が高い。
- 平均要介護度は高くなる傾向にある。

平均要介護度の経年変化・施設ごとの現状



【資料】「介護給付費実態調査」(厚生労働省統計情報部、各年5月審査分)

(3) 介護保険3施設の退所者に係る平均在所日数の経年変化

- 平均在所日数は介護療養型医療施設が約15ヶ月、介護老人保健施設が約9ヶ月、介護老人福祉施設が約3.7年である。
- 平均在所日数の推移については、介護療養型医療施設及び介護老人保健施設ではやや日数が増大している一方、介護老人福祉施設ではやや短縮している。

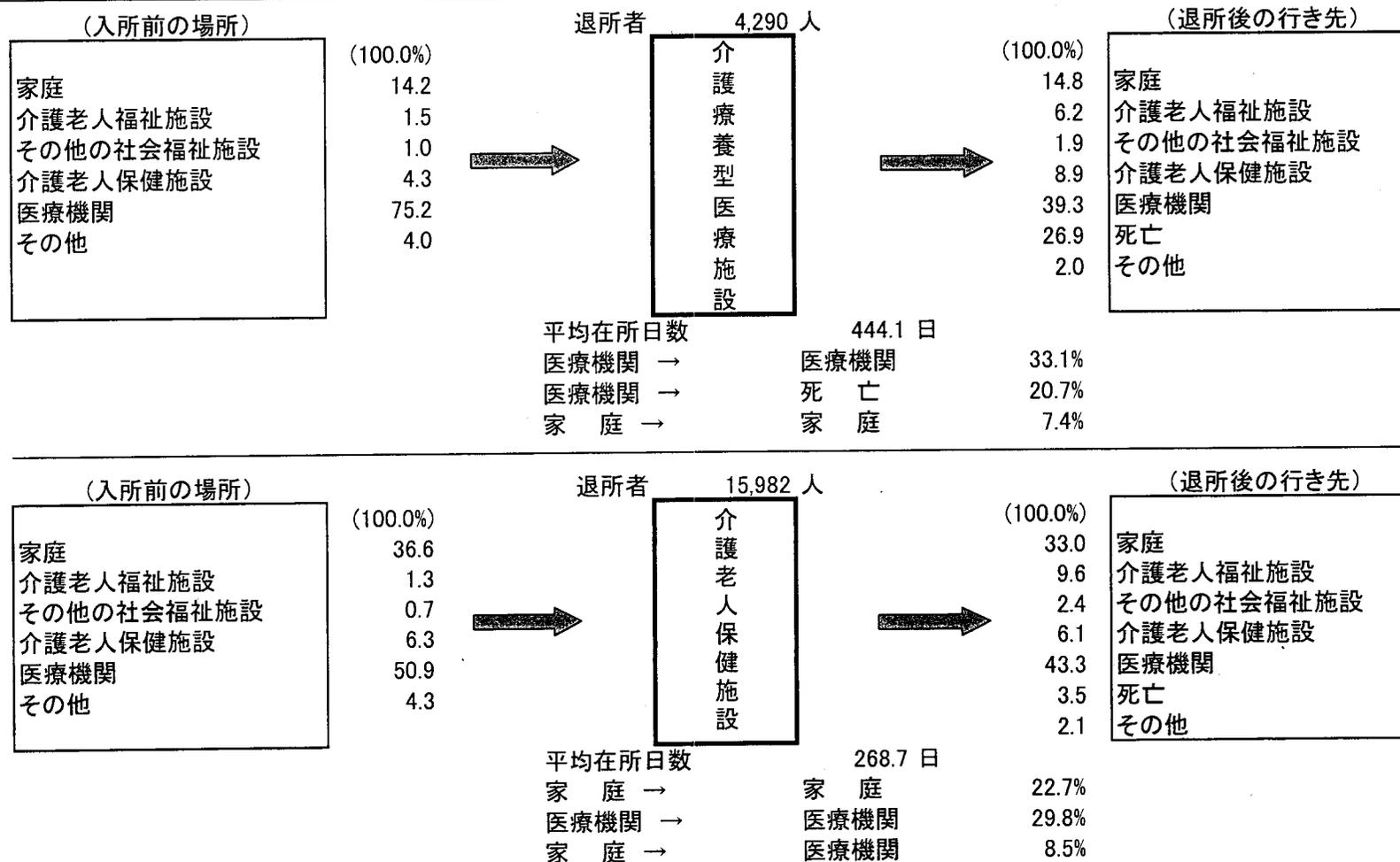
(日数)

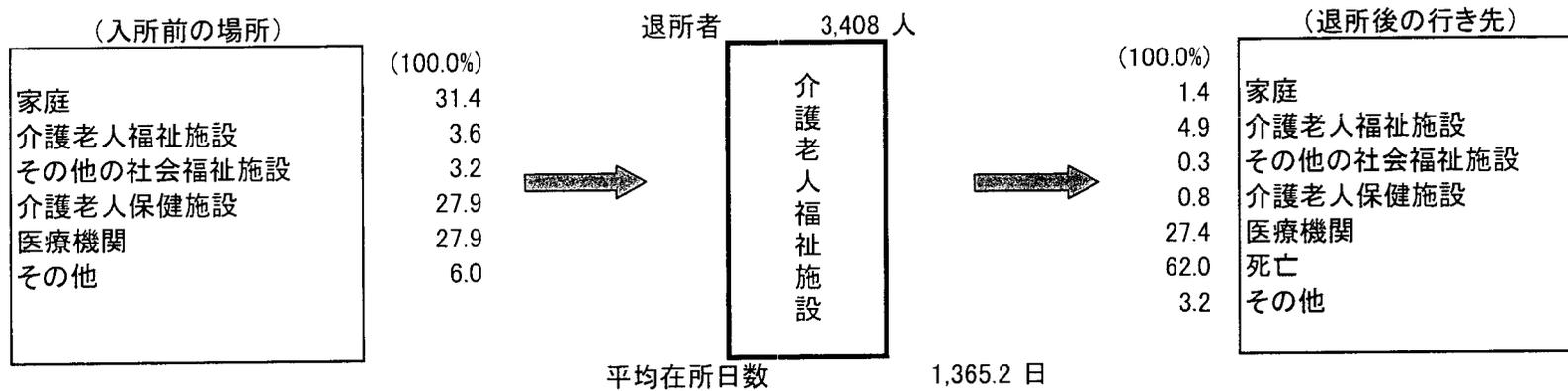
	平成12年	平成15年	平成18年
介護療養型医療施設	403.0	359.5	444.1
介護老人保健施設	184.8	230.1	268.7
介護老人福祉施設	1,455.5	1,429.0	1,365.2

【資料】「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部、各年9月中の退所者等について)

(4) 介護保険3施設の入退所の状況

- 介護療養型医療施設では、約8割が医療機関から入院し、約4割が医療機関に移り、約3割が死亡退院している。
- 介護老人保健施設では、約4割が家庭、約5割が医療機関から入所し、家庭に約3割、医療機関に約4割が退所している。
- 介護老人福祉施設では、退所者の約6割が死亡によるものである。





注:「その他」には不詳を含む。

【資料】「平成18年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部、平成18年9月時点)

3. 介護サービスの状況

(1) 職員配置の状況

○ それぞれの施設等の役割に応じて、介護職員及び看護職員の配置基準が定められており、具体的な配置基準と実際に配置されている数は以下のとおりである。

平成18年10月1日時点

職種		施設種類		
		介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
配置基準 (※1)	介護職員	6:1以上 (17人)	看護・介護 3:1以上 (看護2/7) 〔介護25人〕 〔看護9人〕	看護・介護 3:1以上 入所者100人の場合、看護3人 〔介護31人〕 〔看護3人〕
	看護職員	6:1以上 (17人)		
従業者数 (※2)	介護職員	31.3	30.5	39.1
	看護職員	27.9	10.9	5.0

※1…()内は、利用者を100人として算出した数。

※2…定員100人あたりの常勤換算従業者数。

【資料】「平成18年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部)

夜勤職員の基準

施設種類	夜勤職員基準
介護療養型医療施設	看護職員又は介護職員が2以上で、かつ入院患者数30人ごとに1以上 (うち看護職員が1以上)
介護療養型 老人保健施設	〔介護保健施設サービス費(Ⅱ)の場合〕 看護職員又は介護職員が2以上(うち、看護職員が利用者の数を41で除して得た数以上) 〔介護保健施設サービス費(Ⅲ)の場合〕 看護職員又は介護職員が2以上(常時、緊急時の連絡体制を整備しているものにあつては1以上)で、かつ、オンコール体制を整備
介護老人保健施設	看護職員又は介護職員が2以上 (40人以下の施設で常時、緊急時の連絡体制を整備しているものにあつては1以上)
介護老人福祉施設	看護職員又は介護職員が 利用者数25人以下 1以上 利用者数60人以下 2以上 利用者数80人以下 3以上 利用者数100人以下 4以上 100人を超えて25を増すごとに1以上 〔ユニット型〕2ユニットごとに1以上

(2) 資格の取得状況

- 介護職員に占める介護福祉士の割合は、介護老人保健施設と介護老人福祉施設では約4割強となっている。

平成18年10月1日時点

	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
介護職員	41,403人	94,297人	156,253人
介護福祉士(再掲)	8,919人 (21.5%)	44,013人 (46.7%)	66,977人 (42.9%)
看護職員	39,547人	33,854人	19,912人

【資料】「平成18年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部)

4. 医療・看護サービスの状況

(1) 職員配置の状況

○ それぞれの施設等の役割に応じて、医師及び看護職員の配置基準が定められており、具体的な配置基準と実際に配置されている数は以下のとおりである。

平成18年10月1日時点

職種		施設種類		
		介護療養型 医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
配置基準 (※1)	医師	3以上 48:1以上 (3人)	常勤1以上 100:1以上(注) (1人)	必要数 (非常勤可)(注)
	看護職員	6:1以上 (17人)	看護・介護 3:1以上 (看護2/7) (9人)	看護・介護 3:1以上 入所者100人の 場合、看護3人 (3人)
従業者数 (※2)	医師	5.5	1.2	0.3
	看護職員	27.9	10.9	5.0

※1…()内は、利用者を100人として算出した数。

※2…定員100人あたりの常勤換算従業員数(平成18年10月1日時点における常勤換算従事者総数及び定員総数より算出)。

【資料】「平成18年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部)

(注) 介護老人保健施設においては、利用者の症状の急変等に備え、協力医療機関を、
介護老人福祉施設においては、入院治療を必要とする入所者のために、協力病院を定めることとしている。

(2) 介護保険と医療保険の調整

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。

手術・放射線治療 急性増悪時の医療等			
特殊な検査 (例:超音波検査など) 簡単な画像診断 (例:エックス線診断など)		医療保険で給付	
投薬・注射 検査 (例:血液・尿など) 処置 (例:創傷処置など)	介護保険で給付		
医学的指導管理			
	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設(※)

(※)介護老人福祉施設については、医学的指導管理以外の医療サービスについても、①配置医師でない医師は緊急の場合等を除き入所者にみだりに診療を行ってはならない、②配置医師は初診料、再診料、往診料等を算定できない、③配置医師であるか否かを問わず、訪問診療料等については末期ガンの場合を除き算定できない、等の制限がある。

5. リハビリテーション等の状況

職員配置の状況

○それぞれの施設等の役割に応じて、理学療法士(PT)若しくは作業療法士(OT)又は機能訓練指導員の配置基準が定められており、具体的な配置基準と実際に配置されている数は以下のとおり。

平成18年10月1日時点

	職種	介護療養型 医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
配置 基準	理学療法士(PT)、 作業療法士(OT)	PT及びOTが 適当数	PT又はOTが 100:1以上	/
	機能訓練指導員	/	/	1以上
従 業 者 数	理学療法士	2.4	1.2	/
	作業療法士	1.2	1.2	/
	言語聴覚士	0.5	0.2	/
	機能訓練指導員	/	/	1.0

※従業者数は、定員100人あたりの常勤換算従業者数(平成18年10月1日時点における常勤換算従事者総数及び定員総数より算出)。

【資料】「平成18年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部)

6. 居住環境等

1人当たり居室等面積の基準

			介護療養型 医療施設	介護療養型 老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
居室等	ユニット型	1人当たり 面積	13.2㎡以上	13.2㎡以上	13.2㎡以上	13.2㎡以上
		定員数	原則個室	原則個室	原則個室	原則個室
	従来型	1人当たり 面積	6.4㎡以上	8㎡以上 (大規模改修等を行う までの間は6.4㎡で可)	8㎡以上	10.65㎡以上
		定員数	4人以下	4人以下	4人以下	4人以下
食堂		入院患者 × 1㎡以上	入所定員 × 2㎡以上 (※)	入所定員 × 2㎡以上 (※)	食堂と機能訓練室を 合算した面積が入所 定員 × 3㎡以上 (※)	

(※)療養病床から転換した場合(病院の場合)、大規模改修等を行うまでの間は入所定員 × 1㎡以上で可。

平成21年度介護報酬改定の視点（例）

※ 下線部は、第57回介護給付費分科会（10月30日開催）提出資料から追加・修正した部分

○ 平成21年度介護報酬改定では、平成17年制度改正等についての検証・評価を行うとともに、高齢化が進展する中、介護保険の目的である「要介護状態となった高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」を可能とするため、例えば、次に掲げる視点(例)に基づき、検討を行うことが考えられる。

1 介護従事者の人材確保対策

- 介護従事者の給与水準や地域格差に関する問題、経営が苦しい小規模事業所に対する対応など、介護従事者の離職を防ぐための方策について検討を行う必要があるのではないか。
 - 地域格差や小規模事業所への対応のほかに、介護従事者の処遇改善に資する措置としてどのような対応が可能か（例えば、手厚い人員配置への評価、介護福祉士等の有資格者の多い事業所への評価など介護従事者のキャリアアップの仕組みについての検討）。
 - 平成20年介護事業経営実態調査の結果、他のサービスと比較して特に収支差率が低かった居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護については、収支差率を踏まえ、経営の改善・安定化を図る方向で検討を行う必要があるのではないか。

2 高齢者が自宅や多様な住まいで療養・介護できる環境の整備（医療と介護の連携）

- 医療と介護の機能分化・連携に資する方策について検討を行う必要があるのではないか。
 - 要介護高齢者が在宅で療養・介護できるようにするため、医療と介護の機能分化・連携の推進方策について検討を行う必要があるのではないか。
 - 訪問看護、リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導といった医療系サービスについては、要介護高齢者が在宅で療養・介護できるようにする観点から、また、平成20年診療報酬改定との整合性を確保する観点から、見直しを検討する必要があるのではないか。

3 認知症高齢者の増加を踏まえた認知症対策の推進

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を受け、介護保険サービスについて認知症に対するケアの充実のための検討を行う必要があるのではないか。

4 平成18年介護報酬改定で新たに導入されたサービスの検証

- 平成18年度に新たに導入されたサービス(新予防給付、地域密着型サービス)について、実施状況、効果等を踏まえ、必要に応じ見直しについて検討を行う必要があるのではないか。
 - 例えば、介護予防通所サービスについて利用者の要介護状態の維持・改善を評価する事業所評価加算について、算定状況、効果等を踏まえ、必要に応じて見直しを検討する必要があるのではないか。
 - 地域密着型サービスについては、事業所の経営の安定化を図る観点からの方策を検討する必要があるのではないか。

5 サービスの質の確保、効率化等

- 事務作業の時間を減らしサービスを効果的かつ効率的に提供するため、要件・基準等の見直し、事務負担の軽減(書類の簡素化など)等について検討を行う必要があるのではないか。
 - 例えば訪問介護については、サービスの効果的な提供を推進しつつ、経営の安定化を図る必要があり、その際には、短時間の頻回訪問の推進等の観点も踏まえた検討や、サービス提供責任者に対する評価のあり方について検討する必要があるのではないか。
 - 例えば通所系のサービスについて、平均利用延人員数の規模で分類する単価設定の在り方について、検討を行う必要があるのではないか。
 - 質の高い介護サービスを提供する事業所を評価する特定事業所加算、介護予防通所サービスについて利用者の要介護状態の維持・改善を評価する事業所評価加算について、算定状況、効果等を踏まえ、必要に応じて見直しを検討する必要があるのではないか。

第55回～第58回給付費分科会における主なご意見

（注）本資料は、分科会の場で委員から発言のあった事項を事務局で取りまとめたものである。本資料に記載した御意見の他にも、各委員から文書で御意見を提出していただいております。それらについては、各回の分科会において資料配付していることから、本資料には記載していない。

1 総論に関する意見

- 国民にとって良いサービスとは何かを考えることが重要。
- 前回改定の評価・検証に基づき、今回の介護報酬改定を行うことが必要。
- 大都市の事業所、小規模の事業所、居宅介護支援事業所については、収支差率が低いことから何らかの対応が必要。
- 要介護度が高いと報酬が高くなるシステムをそろそろ見直し、アウトカムに対する評価を行うことも必要なのではないか。
- 介護報酬の引き上げとあわせ、給付の適正化や透明性の確保、被保険者の負担増についての国からの説明、給与水準の公表制度の創設が必要。
- 介護従事者処遇改善法の趣旨を踏まえた議論が重要。
- 今回の緊急避難的な介護従事者対策も必要だが、長期的視点に立った議論も忘れてはならず、医療との連携や短時間リハなどについても十分に検討するべきではないか。
- 加算や減算が複雑・多岐になりつつあるので、整理する方向で検討してほしい。
- 介護報酬の仕組みは可能な限り簡素化するべきではないか。

2 介護報酬・保険料負担に関する意見

- 介護報酬を引き上げると保険料も上がることから、報酬引上げの理由をきちんと説明すべき。全国の首長を納得させる説明が必要。
- 介護報酬を引き上げれば保険料が上がるのは当たり前。如何に財源を確保するかという問題がある。
- 新たな加算を創設すると利用料（1割負担）が高くなる。低所得者対策や利用料に跳ね返らない仕組みの創設が必要ではないか。
- 新たな加算を創設すると従来どおりの利用でも支給限度額に到達し、サービス利用が頭打ちになる懸念がある。加算部分に係る区分支給限度額の適用については、工夫が必要ではないか。
- 利用者負担については、高額介護サービス費の議論をすべき。高額介護サービス費の仕組みが十分活用されているのか。
- 利用者の立場からは、サービスの質が向上しない限り負担増には納得しない。
- 加算については、同じサービスを利用しながら、加算取得事業所とそれ以外の事業所とで利用者負担に差が出るのはおかしい。利用者負担が増えない仕組みの検討が必要。
- 利用者負担の増を避けるのであれば、介護報酬の引上げは不可能である。
- 介護報酬改定の議論では、財源や保険料に関する議論も行うべき。
- 加算の要件が、効率的な事業運営の妨げになっていないか検証が必要。
- 保険料の上昇を抑制する措置については、保険料が毎年度段階的に変わるのではなく、保険者の裁量により、3カ年の保険料を同額にすることができるようにするなど、保険者の意見を聞きながら進める形にすべきではないか。

- 今回の3%の報酬改定により、将来的には利用者の自然増も含め保険料も引き上げざるを得ないが、一方で安定財源の確保が必要であり、公費負担割合についての検討が必要ではないか。

3 介護従事者対策に関する意見

【総論に関する意見】

- 職員の処遇の悪化については、原因の分析が必要。単純に「悪化しているから報酬を上げる」という話ではない。
- 加算だけに頼らずに介護従事者の処遇向上につながる仕組みの検討が必要。
- 介護従事者処遇改善法の趣旨を踏まえた報酬改定が必要。
- 介護従事者の処遇を向上させるといって、従事者の給料をどの程度引き上げるのか。その結果、介護報酬はどの程度引き上がり、保険料はどの程度引き上がるのか。明確な説明が必要。
- 人材確保対策は意味があること。
- 特にヘルパーの処遇改善は考えてほしい。
- 介護従事者の人材確保対策は、賃金水準のみならず、研修の充実や仕事ぶりの評価と処遇への反映など雇用管理全体の高度化によってみられるべきではないか。
- 介護従事者の処遇改善につながる事業主の経営や雇用管理の自由な工夫が阻害されないような制度設計を行うべきではないか。

【適切な給与水準に関する意見】

- 処遇改善を図る上で適切な給与水準はどの程度か。公務員たる介護福祉士や看護師の給料を参考にしてはどうか。
- 介護職員の給与水準をどの程度にすることが必要かという点を整理すべき。
- 人材育成の観点から介護従事者の賃金水準をどの程度にするかという議論が必要。その際、施設職員については年功給のイメージが合致するが、訪問・通所系の職員については能力給のイメージが合致する。いずれにせよ、生活給の視点も必要。
- 限られた財源を有効に使う観点から、今回の介護報酬改定をいかに質の向上に結びつけるかという視点が必要。給与水準が高いから介護サービスの質が高いとは限らないが、給与水準が低いと介護サービスの質が低下することは間違いない。
- 介護サービスの提供で生計を立てている者については生活給を保障する視点からの議論が必要。一方、自ら選択してパートタイムで働いている方については、「103万円の壁」があることから、時給を引き上げても就労時間を抑制するだけである。
- 人材確保の観点から介護従事者の給与水準を議論するのであれば、他職種・全産業との比較も重要ではないか。
- 人材確保の観点から、介護従事者が現行の介護報酬で生計を立てていけるのか、望ましい給与水準はどの程度で現状の水準はどうかという分析が必要。
- 一律の賃金アップではなく、介護従事者自身が将来を見通せるような給与体系にしていくべき。

【キャリアアップに関する意見】

- 介護職員としてキャリアを積むとこれだけの仕事ができるという道筋が示さ

ればやる気が出るのではないか。

- 介護職員の配置や専門職を評価するシステムが必要。有資格者の評価や各団体の研修の評価、キャリアアップの仕組みの構築を介護報酬体系上において明確にすべき。
- サービス提供責任者については、常勤でなければならないので、非常勤で優秀な人をサービス提供者にするという柔軟な対応ができない。
- 勤続年数が長いことを報酬上、評価することはできないか。
- サービス提供責任者に対する何らかの評価が必要。
- 訪問介護の管理者に特段の任用要件がないのはいかがか。何らかの資格が必要ではないか。
- 介護従事者のキャリアアップに関しては、事業主や事業主団体等への支援、介護職員本人への支援など多様な取組が考えられる。介護報酬での対応が主力ではない。
- 事業主の経営や人事労務管理の考え方により、よりよいサービスを提供するための職員の組み合わせは多様である。育成型の事業所に不利になることもあり、個別の事業所を介護報酬上評価する仕組みのなかに、勤続年数や資格者割合などを入れることは適切ではない。
- 介護従事者の育成については、報酬以外の枠組みによる対策も考えるべきではないか。

【介護従事者の処遇改善に係る検証に関する意見】

- 介護報酬が上がったことにより、職員の給料が上がったと分かるようにすることが大事。
- 人材確保対策として給与水準を上げるために報酬上の措置を行うとすれば、

「給与をいくら上げるために保険料をいくら上げる」という説明や、報酬を上げた結果どれだけそれが介護従事者の給与に行き渡ったかが分かるシステムが必要。

- 事業主に対し従事者の賃金水準に関する情報提供を求めることが必要ではないか。
- 今回の介護報酬改定で従事者の処遇改善につながるか、国民の目に見える形で検証する仕組みが必要。
- 管理者を含め、介護従事者の給与水準を公表する仕組みの検討が必要。
- 介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかについては、分科会でもフォローアップすることが必要。

【その他の意見】

- 中間管理職の職員がリーダーシップを発揮すれば離職が減ると考える。中間管理職の待遇を改善することが必要ではないか。
- 介護職員の「夜間・深夜時間帯の不安」に対し、報酬による手当・配慮が必要ではないか。
- 施設における軽易な医療行為を介護職員に認めるべきではないか。
- EPAから受入れた者を人員配置基準上カウントできないので、一定期間経験すれば人員配置基準にカウントできるように見直すことが必要。
- 介護は女性が中心の職場である。男女の賃金格差があることは問題という視点が必要。
- 介護の質を高めるため、介護従事者は正職員を原則とすべき。
- 現下の労働市場では、常勤換算方法でなければ介護従事者の確保は難しい。

- 介護従事者の人材確保対策については、介護報酬以外の対策の必要性についてどう考えるべきか。
- 小規模事業所への対応については、僻地にあるため小規模にせざるを得ないところや、制度上小規模であることが想定される小規模多機能型居宅介護などについて配慮すべきであり、経営判断で小規模にしているところや、単に他の事業所との競争に負けて赤字になっているところに対しては、配慮する必要はないのではないか。

4 地域差に関する意見

- 地域区分の見直しは必要だが、都市部の人件費が高いのはかつての自治体単独補助に起因する面もあるので、単に都市部だけ加算するというだけではバランスを欠くのではないか。
- 第5期以降の検討課題ではあるが、地域差を勘案する仕組みとしては、生活保護の仕組みを参考にする余地があるのではないか。
- 通所系サービスを特別地域加算の対象とすることを検討してほしい。
- 中山間地域に居住する者へのサービス提供に係る移動コストについては、介護保険（介護報酬）で手当てすべきものなのか。
- 人件費の地域差を適切に反映させる仕組みは当然必要だと考えるが、改定後に検証を行うことが重要。
- 中山間地域におけるサービス提供に加算をすると、利用者負担が上がることから、そうした地域に住む者に必要なサービスが提供されない恐れがあるのではないか。

5 事業者の経営に関する意見

- 居宅介護支援事業所のあるべき経営収支等を提示すべきではないか。
- 収支差率について、どの程度であれば適切と考えるべきか。
- スケールメリットを考慮して事業所規模の拡大を図ることが重要だが、拡大のインセンティブをどう図るか。
- 事業者に対して安定経営のモデルを提示すべき。
- 経営モデルの研究については、居宅介護支援事業所だけ別個に取り扱って考えるべき。
- モデル事業所を設定し、教育訓練等を十分に行った上で現行の介護報酬で事業運営できるのか、他産業との比較はどうかの検証が必要。
- 事業所の大規模化については、サービス毎にではなく、地域ケアの拠点として考えていけばよい。

6 サービスの質の評価に関する意見

- 質の高いサービスを加算で評価するという場合、質の高さの評価の仕方は難しい。
- サービスの質を評価する際は、利用者に分かりやすい評価の仕組みや指標が必要。

7 個々のサービスに関する意見

【訪問介護に関する意見】

- 3級訪問介護員の経過措置を設けることについては、これまでの国の方針と反するのではないか。むしろ制度の趣旨を徹底させることが国の役割ではない

のか。

- サービス提供責任者は常勤であることが基本ではないか。
- サービス提供責任者の配置基準については、研修や資格の創設等により質の担保が図られるための様々な措置が確保され、全員が非常勤でないのであれば、問題ないのではないか。また、新規事業所創設にあたっての応援など、専従でない場合も認められてよいのではないか。
- サービス提供責任者の役割に見合う報酬上の評価を検討すべき。
- 複数のサービス提供責任者がいる場合に統括する責任者を置いてはどうか。
- サービス提供責任者の評価については、人材確保対策の一環として明確に位置付けるべき。
- サービス提供責任者の評価については、加算要件の中に組み込むのではなく、必要な教育訓練や福利厚生を整備を図り、現在の報酬水準でサービス提供責任者を十分に雇用できるのかを検証したうえで、位置付けを検討すべきではないか。
- 短時間の頻回訪問の推進に際しては、まずは、短時間サービスの分析を行うべきではないか。また、経営の安定化と処遇改善という点も考慮すべきではないか。
- 短時間サービスの推進は、サービスの質の低下を招くのではないか。
- 特定事業所加算については、資格要件や常勤比率、経験年数などで評価すべきではなく、全体の報酬水準を検証した上で、質の向上については、各事業所の裁量に任せるべきではないか。
- 特定事業所加算の重度化要件は厳しいのではないか。
- 現在の滞在型は非効率なので、巡回型のサービスの推進を図るべきではない

か。

【訪問入浴介護に関する意見】

- 看護職員も訪問することになっているので、褥瘡などの処置といった医療処置への対応について、検討すべきではないか。

【訪問看護に関する意見】

- 褥瘡については、介護保険と医療保険のどちらで対応すべきか分かりづらいので、この点を明確にすべきではないか。
- 訪問看護については、訪問介護と比べて割高感がある。福祉系、医療系、施設系の各サービスの役割分担の検討が必要ではないか。
- 訪問看護の介護報酬の仕組みについては、分かりやすくすべきではないか。
- 理学療法士等による訪問看護の回数制限については、地域におけるリハビリの総量が制限されることになるので、見直すべきではないか。
- 退院時における医療系と福祉系の連携について、医療保険と同様に、介護報酬でも評価すべきではないか。
- 専ら理学療法士等の訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者要件については、見直しの方向で検討すべき。
- 重度褥瘡については、本来、医療保険で対応すべきではないか。

【訪問リハビリテーションに関する意見】

- リハビリテーションについては、サービス提供時間に合わせた評価とするべきではないか。

【居宅療養管理指導に関する意見】

- 医療と介護の間でうまく情報交換・共有できるかが重要であり、そのあたりを報酬上評価するべきではないか。
- 医療提供と介護保険との関係について整理すべきではないか。
- 高専賃の入居者も対象となっているのにほとんど利用されていないので、総量規制を図りながらも、利用が促進されるようにすべき。

【通所介護に関する意見】

- 個別機能訓練については、具体的に何をすればよいのか明確にすべきではないか。

【療養通所介護に関する意見】

- 療養通所介護については、重度者の状態の改善や介護者のレスパイトの観点から伸ばしていくべきではないか。
- 療養通所介護と比べて老健のショートステイの報酬水準は低いのではないか。
- 定員の見直しは、それに見合う人員配置基準の見直しを前提に議論すべきではないか。
- 面積基準の緩和については、利用者の療養環境の観点からは、慎重に検討すべきではないか。
- 面積要件の見直しは、利用を伸ばすということであれば、緩和する方向でもよいのではないか。
- 定員や面積の見直しだけでは普及が進まないのではないか。報酬の見直しも含めて考えるべきではないか。

【通所リハビリテーションに関する意見】

- 大規模な事業所に対する評価の見直しを行うのであれば、事業規模の増加に伴う収支差率の増がなだらかになるようにすべきではないか。
- 短時間リハについては、積極的に進めるべき。

【事業所評価加算に関する意見】

- 状態が「維持」している場合についても一定の評価を行うべき。
- 状態が「維持」していることだけ进行评估するのではなく、状態が改善している場合とのバランスが取れた要件の見直しが必要ではないか。
- 加算の取得により支給限度額を超えてしまい、他のサービスを利用しにくいというケースがあるので、その点を考慮すべき。
- 一度改善するとそれ以上の改善は困難であり、加算が取れなくなるので、要件を見直すべきではないか。
- 状態が改善した時期と加算が算定できる時期にタイムラグがあるのではないか。
- 事業所評価加算を将来的に介護予防サービスだけでなく、介護サービスにも拡大するとすれば、要介護者は様々なサービスを利用することから、評価の仕組みについては、十分に検討すべきではないか。
- 試行的にでもよいので、他のサービスにも拡大すべきではないか。
- 事業所評価加算の趣旨を利用者によく周知すべきではないか。

【福祉用具に関する意見】

- 福祉用具について、いわゆる外れ値の問題や安価な用具の貸与から販売への移行を整理すべき。
- 認知症の人が使う場合が多いことを前提とした研修を行うことが必要。
- 実際の販売価格と比較して著しく高額なものには上限を設ける、そのような価格設定をする事業所に「レッドカード」を出すような仕組みを設ける、安価な福祉用具は原則購入にするなどの保険財政を踏まえた仕組みも必要ではないか。
- 日常生活の中で使用することにより、利用者の生活能力を引き出すことも想定して考えるべきではないか。
- 用具そのものの価格分以上に費用がかかっているので、価格のみならず、メンテナンス等にかかる費用も見た報酬設定にすることが必要。

【夜間対応型訪問介護】

- オペレーションサービスの機能については、利用者の安心のため日中にもサービスを拡大すべきではないか。
- 日中にもサービスを行うとすれば、利用者が混乱しないよう名称を変えるべきではないか。
- 普及させるため、24時間対応の巡回型にすることを検討すべきではないか。
- オペレーターが利用者から相談を受けた際の初期の判断は重要であるので、その質を落とさないようにすべき。
- 短時間型、夜間訪問、巡回型といった新しい類型も含めてあり方を考えるべきではないか。

【小規模多機能型居宅介護に関する意見】

- 従来型サービスを単純に組み合わせた以上の費用がかかるものであり、経営実態調査の結果や、さらに詳細な調査を行った上で、報酬について再検討すべきではないか。
- 月あたりの定額払い方式では、一回の利用でも全額が支払われることになるので、出来高払い方式を組み合わせるなどの工夫が必要ではないか。
- ケアマネージャーが積極的に小規模多機能型を紹介するようなインセンティブを与える仕組みを考える必要があるのではないか。
- 中重度の利用者を重視するスタンスは変えるべきではないのではないか。
- 特に軽度の利用者が多いことから、そういう状況でも経営を支えることができる報酬にするべき。
- 介護の必要度を見ながら、今後の方向性を考えていくべきではないか。
- 利用者が少ないので、例えば他のサービスの併用も検討するなどの見直しが必要ではないか。
- 通いのサービスが少ない要因の一つとして考えられる利用定員の制限の見直しについて、検討すべきではないか。

【居宅介護支援に関する意見】

- 居宅介護支援事業の収支差率が低いことや人件費比率が100%を超えていることを勘案し、改善のための一定の配慮をお願いしたい。
- 居宅介護支援事業所については、どれくらいの規模をモデルにするのか、利用者側の代表も入れて議論すべき。
- 軽度の時点における医療とケアマネの連携を考えるべきではないか。

- 要介護度による報酬設定については、改めるべきではないか。
- 利用者宅でのモニタリングの頻度を3月に1回に見直してはどうか。
- 利用者の要介護度が、要支援の場合と要介護の場合とを行き来する度にケアマネージャーが替わる仕組みは見直すべきではないか。
- 居宅介護支援についてはケアマネ1人当たりの利用者数を35人に近づけるような方策を検討すべきではないか。
- 40件を超えた分について、報酬が逡減する仕組みについて検討を進めるべき。
- 40件を超えた分について報酬が逡減する仕組みについては、それにより利用者が増えるのか検証が必要ではないか。
- 標準相当件数の上限は廃止すべきではないか。
- 介護予防支援の報酬については、検証を行った上で改善すべできないか。
- 中立性、公平性を担保するため事業所が独立することが大事であり、それが可能な報酬の設定を行うべきではないか。
- アセスメントなどが重複している点については、事務負担の軽減の観点から、検討が必要ではないか。

【短期入所療養介護に関する意見】

- リハビリテーションの推進は、現にある施設の有効活用という観点から推進すべきではないか。

【その他の意見】

- 個室ユニットケア重視を見直すべき。低所得者が入れないし、職員1人1人

の責任が重いため離職も多い。

- 地域密着型サービスについては、優れたものだと思うので、今後伸ばすための議論をすべき。
- 通所系サービスについては、経営実態に合わせた報酬体系にすべき。
- 通所系や居宅介護支援の規模に応じた減算については、ある水準を超えると基本単位全体が減算になる仕組みの見直しを検討すべきではないか。
- 認知症の人の家族等からの相談に事業者が応じた場合の加算を設けてほしい。
- 口腔機能の向上については、そのサービス自体が認識されていないので、周知をするべきではないか。
- 短時間リハは、ショートステイで対応することも検討すべきではないか。
- 特定事業所加算や事業所評価加算について、自己負担増への配慮を考えるのであれば、自己負担は加算分の半分とするといったことが検討できないか。
- 在宅介護を進めようにもショートステイが利用できないケースがあるので、一定程度空床を設けている場合も評価するようにすべきではないか。
- 軽度者に対するケアであっても認知症のケアには手間がかかっている。特にグループホームについては、さらに手間がかかるにも関わらず要介護1、2の報酬が低いのではないか。

8 医療と介護の連携に関する意見

- 在宅医療の推進については、高齢者に必要なサービスを確保することが重要ではないか。介護療養型医療施設の取扱いについて検討するべきである。
- 地方の診療所は医療資源として必要である。療養病床として残すことができな

いか検討が必要。

- 医療と介護の連携については、シームレスなケアを促進できる仕組みを考えることが必要。
- 介護福祉士ではどうしても医療処置ができないと言うなら、「介護療養士」という名称にした上で認めればよいのではないか。
- 病棟の看護師と訪問系の看護師のミーティングをとおしての連携が重要なので、この連携について評価すべきではないか。

9 資格・研修に関する意見

- 介護従事者の資格・研修制度について、実務経験者ルートの「600時間」の研修が、介護従事者にとっては離職のインセンティブとならないか。
- 研修期間中の賃金保障、人員補充について支援が必要ではないか。
- 2級ヘルパーの者にさらに一定時間の研修が必要となる理由について理解を促すことが必要。
- 介護福祉士の資格取得方法の見直しに伴う研修費用について、すべて自己負担とすることでよいのか。
- 研修期間中の人員配置基準を緩和することが必要ではないか。
- 介護福祉士の資格見直しに伴う新たなカリキュラムへの対応のため、養成校が行う設備の整備に対し補助等を行うことはできないのか。

10 補足給付に関する意見

- 補足給付については、利用者のことを考えるとなくすべきではないが、保険料

を財源とすべきではない。

- 補足給付については、低所得者に対して差別的であってはならない制度なので、維持すべき。
- 補足給付には問題がある。世帯分離をしたら補足給付がもらえたり、在宅とのバランスがとれないこともある。補足給付を維持するとしても、横断的な低所得対策として行うべきである。

11 その他の意見

- 応益負担の考え方は必要だが、格差社会の中にあっては、可能な範囲内で2、3割の自己負担をしてもらう人がいてもよいのではないか。

社会保障審議会介護給付費分科会御中

2008年11月21日

社会保障審議会委員

社会保障審議会介護給付費分科会委員

沖藤典子

介護報酬改定 訪問介護についての意見書

はじめに：

これまで利用者市民の立場から意見書を提出し、発言をさせていただいてきましたが、11月14日の第58回介護給付費分科会において、事務局から提出された参考資料1「第55回・第56回・第57回分科会における主なご意見（未定稿）」では、特に「訪問介護」の項目で私の意見書、発言が盛り込まれていないことを大変遺憾に思います。

介護給付費分科会においては、さまざまな立場の委員が多様な発言をされますが、議論途上で提出される「主なご意見」をまとめるにあたっては、民主的で公平な作業をしていただくことを事務局に強く求めたいと思います。

今回は、私が今夏以降、在宅の利用者、介護者の立場から、多くの方々へのヒアリングにもとづきまとめた訪問介護についての意見を、改めて提出させていただきます。

訪問介護について：

1. 暮らしを支える「生活援助」利用に、国は積極的な指導を

介護保険法施行前から、「生活援助」における掃除、洗濯、買い物、調理、手続き代行は5大サービスと言われ、もっとも必要とされてきたサービスです。

利用者の多くは、80代、90代の虚弱高齢者であり、家族がいても高齢化していたり認知症だったり、相次ぐ連続介護で疲弊していたり、数人の介護をしている多重介護であったり、介護者が仕事をしていたり、要介護者周辺の生活環境は危機的状況にあります。

しかしながら、訪問介護の「生活援助」は2006年改正以降、保険者である市区町村による“同居家族”の定義によって利用が制限され、都道府県の指導・監査を恐れて事業者がサービス提供を自主規制しています。

厚生労働省は“同居家族”がいることを理由とする「生活援助の制限」については再三、「一律機械的にサービスに対する保険給付の支給の可否について決定することがないよう」との事務連絡文を出していますが、状態は改善されておられません。地域包括支援センターのケアプラン作成支援担当者やケアマネジャーが、家族の有無に関係なく、現場における適切なケアマネジメントにもとづいて「生活援助」を提供するよう、国が積極的な指導をするよう求めます。

すべての介護予防は、生活崩壊を食い止めることから始まります。

2. 介護予防訪問介護の二重構造の解消を

2006年度の介護報酬の改定により、介護予防訪問介護には月単位の定額制が導入されました。その結果、利用者にとっては、認定ランクに応じた支給限度額内であるにもかかわらず、介護報酬の範囲でしかサービスが利用できないという二重構造が生じています。

このため「支給限度額の範囲内なのに、必要なサービスがなぜ利用できないのか」という声が多くあり、サービス提供事業所においては、“持ち出し”でサービスを提供するケースも出ています。

また、介護予防支援では、市区町村の独自サービス、非営利有償サービスを組み込むことが推奨されていますが、「スタッフが限られている、希望する時間に訪問してもらえない」などの困惑の声が寄せられています。

介護予防訪問介護の定額制の課題について分析し、二重構造を解消するとともに、サービスを必要とする利用者にサービスを届けることができるよう、報酬上の評価を再検討するよう提案します。

3. 「生活援助」の適切な提供による、『安心』と『制度信頼』の回復を

前回の介護報酬改定により、訪問介護の「生活援助」の提供時間が1.5時間を超えた部分について報酬上の評価がなくなり、「身体介護」では生活支援単価となりました。認知症利用者へのサービス提供であっても、1.5時間を超えると生活援助と同等単価です。

このことにより、その分の費用を持ち出ししたり、経営縮小のやむなきに至っている事業者もおります。さらに訪問介護員の人件費が確保できなくなり、離職が進むなど大きな打撃です。

サービスの提供時間にはさまざまな個人差があると考えられます。それなのに長時間になると単価が下がることの、合理的な理由はなんでしょうか。「生活援助」が2時間必要な場合には、1回で済んだサービスを2回に分け、むしろ提供回数が増えるという奇妙な事態も招き、利用者の不信感をも招いています。

訪問介護は、生活を維持安定させると同時に、人生の終わりに至った要介護高齢者に『安心』を提供するサービスです。効率化を求める意見や悪用例の報告もありますが、“一罰百戒”ともいべき“適正化”の前に、今を生きている高齢者それぞれの“必要に応じて”、現場の適切な判断にもとづいて決められるべきものです。

昨今の介護保険への失望と不信感を回復させるためにも、「生活援助」のサービス提供時間に応じた評価の再検討を提案します。

4. 介護現場の裁量により、柔軟なサービス提供を

高齢期の心身の状況は日々異なり、不安定なものです。訪問介護員は訪問時に、利用者の心身の変化を見極めながらケアを提供するという専門性を持っています。訪問時に緊急事態が起こり、事前プラン以外のサービス提供が必要になるのは日常的状況です。

それなのに、「ケアプランにないサービスは介護報酬を認めない」という一律の指導により、規制が強まっています。

真に利用者の心身の変化に対応したサービス提供を保障するならば、「このサービスは必要」と現場が判断した場合には、サービス提供責任者と連絡を取り、ケアマネジャーに事後承認を得るなどして柔軟なサービス提供ができるよう、介護現場の裁量を認めるようを提案します。

5. 「通院等乗降介助」「院内介助」の再検討により、通院支援を

通院では、医療機関に支援があることを前提にしており、訪問介護員による「通院等乗降介助」「院内介助」が認められておりません。このことにより、“通院難民”ともいうべき人々が多くなり、症状を悪化させる危険性があります。

しかし、支援機能のある医療機関は少なく、通院を断られるだけでなく、ケアマネジャーとの連携もないまま、一方的に医療機関が訪問介護員に支援を要求するケースもあります。高齢夫婦世帯、高齢ひとり暮らし世帯では、家族などの付き添いも頼むことができません。だからといって、ホームヘルパーの待機時間を自費で賄うことは、低所得層はもちろんのこと利用者には経済的負担が大きく、通院そのものが制限されています。また、こうした仕事には病状などの把握が必要で、ボランティアによる代替には限界があります。

介護予防訪問介護では、定額制の報酬、包括的サービスになるとともに、「乗降介助」が除外されましたが、電話相談では支援がないことによる窮状が寄せられています。要支援1・2の要支援認定者であっても、「乗降介助」の提供が必要となる場合があります。

「院内介助」については医療機関との連携がない場合には、訪問介護のメニューに位置づける必要があると考えます。

要支援認定者、要介護認定者に対する「通院等乗降介助」「院内介助」のあり方について、再検討することを提案します。

6. 「散歩」は、要介護者の『生活の質』を高めます

介護保険における最大の理念は、支援を必要とする人たちが、心身ともに健やかな“日常生活”を営むことができるようになることです。

しかし前回の報酬改定以降、訪問介護における「散歩」付き添いの制限が厳しくなりました。その結果、老老介護やひとり暮らし、あるいは認知症の高齢者、付き添いがなければ歩くことも困難な人々などが、“閉じこもり”になって廃用症状を起こしています。家族や周囲の人に遠慮して、散歩を依頼することができない利用者もいます。

改正で新設された地域支援事業の介護予防事業では、「閉じこもり予防・支援」がメニューになっています。それなのに、援助がなければ外出の機会が少ない要介護者から、どうして「散歩」を奪うのでしょうか。

利用者の日常生活におけるADLを高め、QOLを高めるためにも、「居宅」内のみならず、「散歩」の付き添いを認めることを提案します。

7. 認知症の利用者に対するサービス提供に評価を

現在、多くの高齢者は「認知症になったら、我が家にいられない」と危機感を抱いています。

居宅サービスには、地域密着型サービスにおける認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護が用意されていますが、事業者数、サービス提供量ともに不足しています。

利用の最も多い訪問介護では、現行の「生活援助」「身体介護」のメニューだけでは認知症ケアが不十分であり、サービスの充実が急務と考えます。また、訪問介護員が提供する認知症ケアについて、教育方法の確立も必要と考えます。

訪問介護における認知症ケアに対する、報酬上の評価を検討することを提案します。

8. サービス提供責任者の業務評価とともに常勤者での対応を

訪問介護におけるサービス提供責任者の役割は、「サービス管理」「職務管理」など大きなものですが、介護報酬上の評価がないため、他の訪問介護員と同じく現場でのサービス提供も兼務しなければならないという、厳しい労働環境にあります。

利用者の突発的事態に対応し、入れ替わりの激しい訪問介護員の管理・指導を行う者として介護報酬上の評価が必要です。また非常勤では、いかに有能な人であれ、利用者の緊急事態対応や訪問介護員の職務指導に限界があり、“常勤者”としなければ利用者は安心できません。

9. 特別な日時に対する評価が必要です

訪問介護では「身体介護」、「生活援助」ともに1年365日、サービスを提供する必要があり、多くの事業所そして訪問介護員は、スケジュール調整も含めて、途切れることのないサービス提供に努めています。しかし、朝・晩、土曜日や日曜日、お盆や連休、年末年始などには十分なサービスが提供されていない現状があります。

訪問介護は利用者にとって命綱であり、欠かすことのできないサービスです。

特別な日時であっても訪問介護員を安定的に確保するために、介護報酬上の評価を検討することを提案します。

10. ホームヘルパーの待遇改善と確保について

高齢化が進むなか、訪問介護員などの介護サービス従事者は、今後6年間で約40万人から約60万人のさらなる確保が必要とされています。しかし、賃金が低いため離職に歯止めがかからず、人員基準を満たすことができないなどの理由で、訪問介護事業所の廃業が相次いでいます。また、応募してくる人なら誰でも採用せざるを得ないなど、「質を問う採用ができない」という事業所からの訴えもあります。

さらに昨今ではホームヘルパーの高齢化もまた進んでおり、10年後には中心世代である50代が辞めていき、大量の人手不足が予想されます。その対策としては、今のうちから若い世代を積極的に採用していくことが大切です。そのためにも、常勤雇用を少なくとも4割以上確保できるようにするとともに、登録ヘルパーやパートであっても移動時間、待機時間、業務報告作成時間などを労働時間として認定し、賃金を払えるような介護報酬上の評価を検討することを提案します。

また、質の向上のために、介護福祉士を目指す訪問介護員養成研修修了者への支援策を早急に提示することが大切です。経済的にも時間的にも負担が大きくなると、介護福祉士を断念せざるを得ない人も多くなり、離職が促進され、人材不足に拍車がかかります。

今後は訪問介護においても、対応難度の高い利用者の増加が予想されています。施設介護では認定ランクに応じた介護報酬上の評価がありますが、訪問介護は一律の評価となっています。

専門職として命と生活を守り、神経をすり減らして働いている訪問介護員のために、重度加算の設定を検討することを提案します。

以上



全老健第 20-384 号
平成 20 年 11 月 18 日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大森 彌 殿

社団法人全国老人保健施設協
会長 川合 秀



平成21年介護報酬改定に向けての要望事項

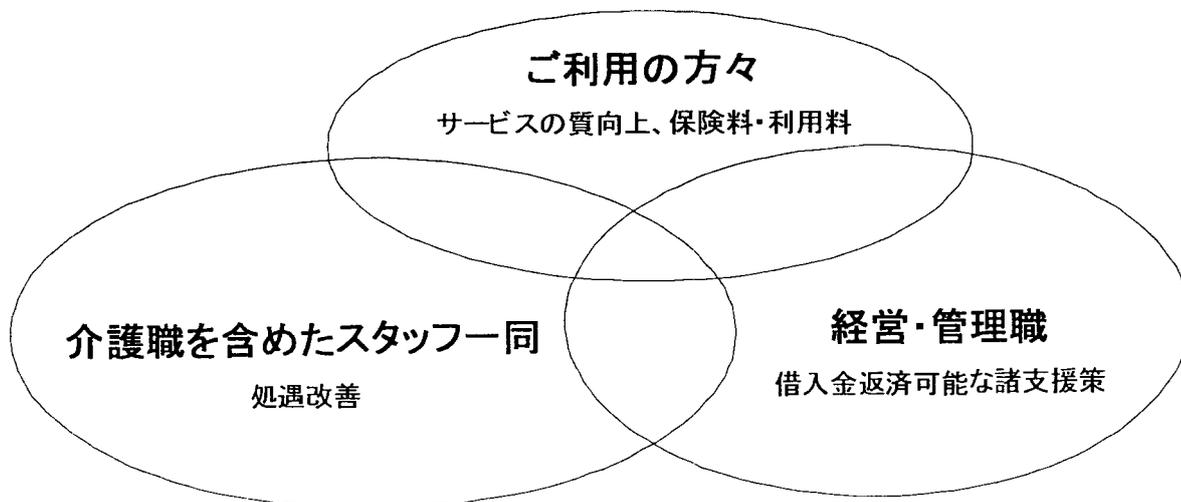
～利用者のニーズに応じて、老健施設がその機能を十分に発揮できるようにするための制度設計～

なお、リハビリテーション関連要望は全国老人保健施設協会、日本理学療法士協会、
日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会との共同要望である。

はじめに

縦割り行政の弊害を排し、障害を持たれた要介護高齢者に心のこもった医療・介護サービスを提供する全く新しい施設として、介護老人保健施設(以下、老健施設)が創設された。老健施設は、多様なニーズに適切に対応する多機能なサービスを提供することを基本としてきた。

ところが、介護保険制度導入後の相次ぐ介護報酬の削減により、利用者への質の高いサービス提供、介護人材の確保と処遇改善、持続可能な老健施設の経営、いずれの側面から見ても危機的状态に陥っている。それらの改善に向けて、現状の施設基準・人員配置基準に基づく介護報酬・施設サービス費の引き上げと、人員配置の実態に応じた介護報酬・施設サービス費の積み上げを強く要望する。



持続可能な介護保険制度のための要望事項

1. 利用者のニーズに応じた老健施設の社会的機能を十分に発揮するための制度設計の見直し

認知症高齢者も含め、個々の高齢者の状態像は安定的なものではなく、絶えず変化しているものである。変化に応じた介護、適切な医療、適切なりハビリテーション、地域におけるケアマネジメントの提供は、介護保険施設が本来備えるべき根幹的サービスである。超高齢社会の進展と急性期医療の発達、後期高齢者医療制度の創設、療養型病床再編等という医療提供体制の変革の中で、老健施設の多機能性を適切に評価し、今後の更なるサービスの質の向上へ向けた介護報酬体系の見直しが必要である。

2. 介護従事者人材確保と処遇改善を確実なものにするための諸施策の実行

介護従事者の確保のためには、給与面においても将来に夢の持てる賃金体系が必要である。一般サービス業との格差是正、職務内容に応じた評価、キャリアアップに応じた賃金体系の構築等が必要である。介護従事者の処遇改善については、単なる給与費の増額だけでなく、事業主の雇用管理体制整備や研修体制確立への支援策、社会的評価の向上へ向けた取り組み等、総合的対策の推進と、介護事業所経営の安定化策を講じるよう要望する。

3. 老健施設として存続可能になるための介護報酬・施設サービス費の引き上げと諸支援策の実行

介護の社会化という理念のもとに、国の定めた規準に応じた施設整備を行い、この20年という期間に3,500施設を越える老健施設が創られた。その大半は多額の有利子負債を抱えた課税法人である。こうした背景にもかかわらず、「介護事業経営実態調査」では補助金の多寡や有利子負債を評価しきれていない。相次ぐ介護報酬の削減により、老健施設の経営と良質な施設サービス提供が危機的状態にある。このまま放置すれば中間施設としての老健施設の機能の低下により介護保険制度は崩壊しかねない。良質な施設サービスが永続的に提供可能となるよう、安定的な財源確保による介護報酬の引き上げと各種の支援策を要望する。

1. 利用者のニーズに応じた老健施設の社会的機能を十分に発揮するための 制度設計の見直し

日常的なケアと看護・介護配置等について

- 1) 利用者への質の高い多様なサービス提供、介護人材の確保と処遇改善、介護保険施設としての存続が可能になるために、現行の人員配置基準(3対1を維持)に基づく施設サービス費の引き上げを行う
 - ① 現行の人員配置基準(3対1)に基づく施設サービス費の引き上げと、人員配置基準より手厚い看・介護職配置(2.5対1、2対1)についても評価する
 - ② 看護職の、夜間も含めた24時間配置について評価する
 - ③ 介護福祉士の配置比率について評価する
- 2) 従来型老健施設、介護療養型老健施設という施設類型によるダブル・スタンダードを廃し、地域のニーズに応じて多機能性を発揮するために、利用者の状態像に応じた少人数(20人程度)を1単位としたユニット、またはフロアによる機能区分、および専門職の人員配置に応じた評価システムに転換する
 - ① 利用者の利用目的を勘案し、生活に係るフロア単位またはユニット単位で、「リハビリテーション機能強化型」、「認知症対応強化型」、「医療機能強化型」等の利用者の状態像に応じた機能区分による評価を導入する
 - ② 人員配置については、基本となる看・介護職の人員配置に加え、PT、OT、ST等のリハビリテーション専門職、介護支援専門員等の配置の手厚さを評価する
 - ③ 医師については、従来の配置基準に加え、夜間・緊急時における往診を含めた対応について評価する
- 3) 認知症ケアにおいては、「全室個室」というハードに縛られない少人数処遇(グループケア)と多様なサービス提供を評価する

医療について

- 1) 利用者の病態に応じた標準的かつ適切な医療を提供するため、介護保険の包括扱いを見直し、医療行為は医療保険からの給付とする
 - ① 老健施設における医療は、後期高齢者医療制度と同様、包括範囲は医学管理料・検査・画像診断・処置の費用とし、薬剤・特定保険医療材料料、精神科専門療法、手術、麻酔、病理診断について算定可能とする
 - ② 急性増悪時の緊急時治療管理料については、一日あたりの単位の見直し(現行、500単位/日)と、算定期間・基準の見直しを行い、その際実施した検査料、画像診断料、処置料等については出来高算定とする
- 2) 老健施設で行なわれているターミナルケア(終末期医療)については、そのプロセス(利用者家族への説明・同意等)を評価し算定可能とする

1. -その2

リハビリテーション等について

リハビリテーション関連要望は全国老人保健施設協会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会との共同要望である。

- 1) 短期集中リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーションについては1単位(20分)あたりの給付費設定とし、利用者の状態により必要な単位数が実施、評価されるようにする
- 2) 退院(所)日からの期間だけでなく、利用者の状態像変化(新たな発症や麻痺の進行、要介護状態の悪化等)に伴い、集中的なリハビリテーションが受けられるよう、算定可能な単位数の上限をリセットする
- 3) 短期集中リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーションを医療として位置づけ、医療保険からの給付へ転換する
- 4) 定義が必ずしも明確でない「維持期リハビリテーション」や「レクリエーション」を、個別・小グループで実施する「生活機能維持リハビリテーション」として位置づけ、その評価の改善とともに、実施による給付に再構成する
- 5) 短期入所療養介護においても、短期集中リハビリテーション・認知症短期集中リハビリテーション加算を新設する

在宅生活支援のための通所系・訪問系サービスについて

- 1) 通所リハビリテーション事業所については大規模減算を廃止するとともに、利用者の状態像に応じた選択メニューの提供を評価する
- 2) 通所リハビリテーション、通所介護においては、送迎が介護報酬に内包化されたことから、送迎のある利用者については、そのサービス提供時間に送迎に要する時間を含むものとする
- 3) 通所リハビリテーションにおける短期集中リハビリテーションの算定要件の見直しを行う
 - ① 短期集中リハビリテーションについては、現行の算定要件を撤廃し、退院(所)日又は認定日からの期間にかかわらず、同一報酬で1単位(20分)あたりの給付費設定とする。なお、算定可能な単位数については、退院(所)日からの期間により、上限を段階的に設定する
 - ② 退院(所)日からの期間に係らず、通所リハビリテーション利用者の状態像変化(新たな発症や麻痺の進行、要介護状態の悪化等)に伴い、集中的なリハビリテーションが受けられるよう、算定可能な単位数の上限をリセットする
- 4) 通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーション実施加算を新設する
- 5) リハビリテーションのみを目的とした短時間通所リハビリテーションを新設する
- 6) 老健施設からの訪問リハビリテーションについては、訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションと同様、医師指示書の有効期間を1か月から6か月へ延長する

1. -その3

在宅復帰、在宅生活支援およびケアマネジメントについて

- 1) 在宅復帰、継続的な在宅生活を支援するために、入所前・入所中、退所時・退所後にわたる一貫したケアマネジメントと対応を評価する
 - ① 在宅復帰・在宅生活支援を推進するため、在宅復帰支援機能加算を見直し、算定要件についても在宅復帰率20%、30%、50%等、段階的な評価を可能とする
 - ② 一貫したケアマネジメントを実践するために必要となる支援相談員・介護支援専門員等の手厚い配置を評価する
 - ③ 在宅復帰に際し、利用者の自宅の改修(リフォーム)や福祉機器設置等の支援を行った場合の評価を行う
 - ④ 事務作業軽減のため、施設・居宅サービス計画等のケアマネジメントについては、利用者の立場に立った明解でわかりやすい形式に改善し、リハビリテーション実施計画書、栄養ケア計画書等との統合化を図る

利用者負担、補足給付等について

- 1) 第1～3段階の基準費用額設定(食費・居住費)の算出根拠を明らかにし、補足給付については介護保険からの給付ではなく福祉財源からの給付へ転換する
- 2) 利用者が所得段階により選択の自由を奪われることが無いよう、補足給付の見直しを実施する
- 3) 介護予防・重度化予防のために栄養改善サービスの更なる強化に向けて栄養マネジメント加算、(経口移行加算、経口維持加算、口腔機能向上加算)、栄養改善加算の引き上げを要望する
- 4) 日常生活品費等に関して、サービス事業者と利用者との相対契約であることを確認するとともに、再度、都道府県、市町村等に通知を行い、指導を徹底する
- 5) 介護サービス情報の公表制度と、都道府県による指導・監査の在り方の見直しによる事務作業量の軽減、および、介護サービス情報の公表制度における負担額の軽減・都道府県格差の是正を要望する

2.介護従事者人材確保と処遇改善を確実なものにするための諸施策の実行

1. 介護の質の向上を目指した有資格者の評価、人員配置上の評価を行う
2. 介護分野における専門的職種としての介護福祉士の社会的評価の確立、適切な給与の設定を行う。同時に、介護施設における他の専門職の医療分野との格差を是正する
3. 事業主への雇用管理改善への支援と同時に、キャリアアップのための取り組みに応じた事業主、事業所団体への支援策を実行する

■ 今回の「平成 20 年介護事業経営実態調査(N=208)」において、老健施設における介護福祉士の年間給与はほぼ359万円、介護職の年間給与は305万円であった。
(看護師は550万円、准看護師は430万円)

■ 全老健が平成19年に行った、「介護職員募集(パート)時の時給についてのアンケート調査(N=724)」では、介護福祉士の募集時平均時給は882円、その他の介護職の平均時給は822円、その差は60円でしかなかった。

介護福祉士の給与は一般産業、サービス業と業務内容を比較して、職務内容に見合った引き上げを要望する

具体的には、常勤の介護福祉士については、准看護師並みの給与水準となるように要望する

キャリアアップに連動して介護職の給与が右肩上がりが可能となる賃金体系の整備、専門職がキャリアアップをするためのOJT、OFF-JTのための事業主への支援策と研修期間中の事業主支援策、事業所団体の行う各種研修会への評価の具体化を要望する

3.老健施設として存続可能になるための介護報酬・施設サービス費の引き上げと諸支援策の実行

1. 介護保険制度発足時の想定に基づく有利子負債の償還可能な介護報酬・施設サービス費へ引き上げる
2. 福祉医療機構による借入金返済等に対する更なる優遇策を実施する
3. 税制改正(別添「税制改正要望書」)の実現を要望する
4. 施設サービスにおける小規模施設に対する加算等の支援策を創設する
5. 地域特性については人件費率60%、40%というサービス類型の見直しと、級地区分で評価されない大都市近郊等への評価を行う
6. 課税法人と非課税法人との格差、補助金の多寡による格差を念頭に置いた施設サービスの評価を行う
7. 「介護事業経営実態調査」の在り方を見直す

厚労省の20年3月の月次決算データでは

減価償却費 2,800万円 損益 2,900万円

全老健の19年度決算に基づく調査では

減価償却費 2,500万円 損益 1,800万円

実効税率を42%とすると「税引き後損益」は、

厚労省の20年3月の月次決算データでは 1,700万円であるので、年間返済可能限度額は4,500万円

全老健の19年度決算に基づく調査では 1,000万円であるので、年間返済可能限度額は3,500万円

<参考>介護保険制度発足時の老健施設の制度設計上の想定とその後の変遷

■人件費率は 50%を想定

■減価償却前利益率(=減価償却費+経常損益)

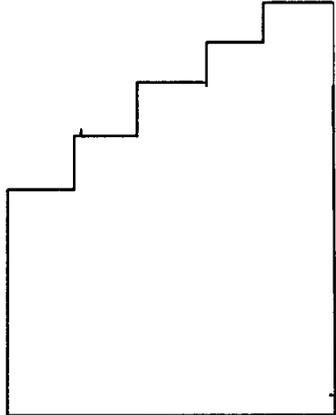
15%程度が目安

■老健施設の返済可能限度額は 概ね6,400万円程度

(出典:平成11年「介護老人保健施設の医療経済実態調査」 中医協)

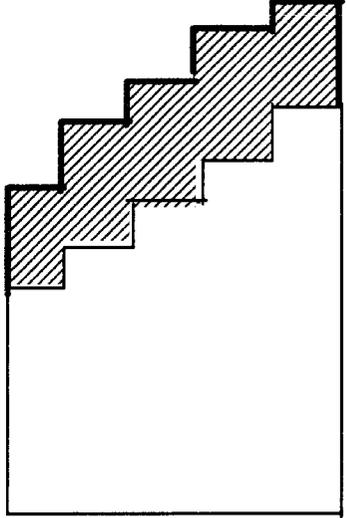
介護報酬

現行の
介護報酬体系



各種加算

新しい
介護報酬体系



加算点数の見直し

介護人材確保・経営の安定のための
介護報酬・施設サービス費引き上げ

資格取得(キャリアアップ)への支援

- 研修参加、資格・技術取得者への賃金の還元策
- 施設に対する研修体制支援策

在宅復帰・在宅生活支援

- 地域ネットワーク・連携の構築への評価
- 通所リハにおける大規模減算の廃止
- 認知症への質の高いケアの評価
- 介護予防・維持期・回復期リハビリテーションの在宅復帰による評価
- 看護職夜勤や人員加配への評価

診療報酬

医療費の包括給付
(後期高齢者医療保険もほぼ使えない)

緊急時施設療養費
特定治療
他科受診

医療は医療保険からの給付へ

標準的医療の提供

専門的医療への
他科受診

時代に見合った標準的医療の提供

- 医薬品費・診療材料費等の算定
- 急性増悪時の治療範囲・期間の拡大
- 併設・協力医療機関からの往診
- 医療的リハビリテーションの算定
- 認知症医療の算定

資料2

■全老健が平成19年6月に実施した調査による借入金残高一覧

借入金と元金返済の状況について:

※決算月にかかわらず、各施設の会計年度に沿って記入されたデータ。

※各老健施設の入所サービスと、老健施設と一体的に行なう短期入所療養介護、通所リハビリ、訪問リハビリ各事業の合算。

		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【全体】							
年度末	短期借入金	488	23,934	512	26,841	531	23,575
借入金残高	長期借入金	737	673,145	761	603,333	782	554,300
単年度の	短期借入金①				-2,907		3,266
元金返済額	長期借入金②				69,812		49,033
	①+②				66,905		52,299

		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【医療法人】							
年度末	短期借入金	328	26,400	349	31,365	360	25,242
借入金残高	長期借入金	485	724,146	501	651,085	514	594,096
単年度の	短期借入金①				-4,965		6,123
元金返済額	長期借入金②				73,061		56,989
	①+②				68,096		63,112

■全老健が平成19年6月に実施した調査による借入金残高一覧（その2）

		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【社会福祉法人】							
年度末	短期借入金	108	12,728	110	11,113	117	15,912
借入金残高	長期借入金	176	528,397	181	505,323	186	467,705
単年度の	短期借入金①				1,615		-4,799
元金返済額	長期借入金②				23,074		37,618
	①+②				24,689		32,819

		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【公益法人等】							
年度末	短期借入金	21	48,380	21	43,842	21	44,859
借入金残高	長期借入金	22	318,628	22	294,943	22	291,246
単年度の	短期借入金①				4,538		-1,017
元金返済額	長期借入金②				23,685		3,697
	①+②				28,223		2,680

		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【その他】							
年度末	短期借入金	29	18,098	30	18,446	31	17,016
借入金残高	長期借入金	51	852,702	54	624,826	57	588,501
単年度の	短期借入金①				-348		1,430
元金返済額	長期借入金②				227,876		36,325
	①+②				227,528		37,755

別添



全老健第 20-212 号
平成 20 年 8 月 20 日

厚生労働省老健局計画課長
菱田 一 殿

社団法人全国老人保健施設協会
会長 川合 秀



平成 21 年度税制改正要望書

1 介護保険事業にかかる消費税の取扱いについて、現在の「原則非課税」から「原則課税」への抜本改正

(理由)

平成元年 4 月 1 日より施行された消費税については、医療・介護の分野が「原則非課税」の規定により介護老人保健施設の支払った消費税についても、仕入控除がいまだに認められておらず、施設が消費税の最終負担者となっております。

特に設備投資額の大きい医療機器や施設建設代金に含まれる消費税の負担は、現在でも、施設運営にとって重い負担となっております。平成 17 年 10 月からの施設利用者の食費・居住費の自己負担化は実質的な報酬引下げとなり、施設経営を圧迫していることは、厚生労働省介護給付費実態調査のデータからも明らかです。そのうえ、現行の 5% の消費税が引上げられるようなことになれば、適正なサービスの質の維持が困難になるばかりか、施設の維持、経営そのものに決定的な打撃を与えることが容易に予想されます。

まずは、介護保険事業に係る消費税を原則課税とするとともに、消費税の取扱いについては、利用者から介護報酬のアップと誤解されないためにも、介護報酬 1 単位に対して、消費税率(軽減税率適用も含む)を上乗せし、介護報酬と消費税の区分表示及び財源の明確化を要望いたします。

2 食事に要する費用及び居住に要する費用にかかる事業税非課税の明確化

(理由)

介護保険制度見直しの一環として、平成 17 年 10 月から、食費は利用者の全額自己負担、居住費の一部が自己負担化されました。この食費・居住費は、平成 18 年 3 月 31 日厚生労働省告示第 249 号「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等」によらない利用料、すなわち利用者が選定できない介護サービスであって、介護保険適用外となっても、その性格は、いわゆる「自費」とは明らかに性格を異にするものです。

介護保険制度施行前の平成 11 年度まで、食費が利用者の全額自己負担であった時期においても、この食費にかかる収入は社会保険診療として計算し、事業税の課税対象ではありませんでした。

食費が全額自己負担化されたこと、また、居住費の一部が自己負担化されたことをもって、事業税の対象範囲が変更されたと判断されることがないよう、地方税法第 72 条の 23 第 2 項第 5 号「同法の規定により定める金額に相当する部分」の次に、括弧書きで(相当する部分には、食事の提供に要する費用、居住に要する費用を含む)を追加し、事業税の計算の明確化を要望いたします。

3 固定資産税の軽減措置の復活

(理由)

医療法人の開設する施設の家屋等の資産については、当初、申請によって、取得してから5年間、税額4分の1が軽減され、平成14年度から軽減率が4分の1から6分の1に、平成16年度からは、8分の1に変更され、平成18年度に軽減措置そのものが廃止されました。

しかしながら、医療法人の開設する介護老人保健施設においては、平成12年度からの介護保険制度の目的にそった質の高い施設サービスを提供しており、今後も地域ニーズに即した整備や更なる質の向上を推進するため、この軽減措置を復活するとともに上記軽減率を従来の4分の1とすることを要望いたします。

4 退職給与引当金の税制上損金算入制度の復活

(理由)

要介護・要支援高齢者の生活の質を確保し、介護保険施設が安定した質の高いサービスを維持し続けるためには、なによりも施設で高齢者ケアに従事する職員の処遇を改善し、人材定着率の高い制度とすることが不可欠です。

長年にわたって介護現場に従事してきた職員の将来の退職金支出に備えるため、退職給与引当金の税制上損金算入制度の復活を要望いたします。

5 特別修繕準備金制度の適用範囲の拡大

(理由)

特別修繕準備金制度は、船舶、溶鉱炉等周期的に大規模な修繕を要し、かつ周期が相当の期間にわたると認められる費用に備えるための制度として制定されております。

介護老人保健施設におきましても、施設療養環境の維持・整備のためには、周期的に大規模な修繕を要し、これに備える資金が必要となります。

つきましては、独立行政法人福祉医療機構と施設改修に関わる契約を締結することを前提に、その積立金を費用として認容し、団塊の世代が利用対象者となる2020年までに、築後10年以上の施設が全て適用できる特別修繕準備金制度の構築を要望いたします。

6 特定設備等の特別償却の適用範囲の拡大

(理由)

改築費やコンピュータソフト及び介護機器の取得は、土地・建物のように実体のある財産というよりは、会計上の経過勘定の性格が強いので、償却を早めることにより財政状態の改善が見込めることが予想されます。

その効果を期待して、介護保険法の各種介護サービス事業の運営を行うための必要な専用の区画を設けるための改築、介護報酬の請求事務・要介護認定等に係るコンピュータソフト及び介護負担を軽減するためのリフト等の機器について、これらを取得するための支出(平成 21 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日まで)について、各種介護サービス事業を開始した事業年度で全額償却を認めていただくことを要望いたします。

7 建物等の耐用年数の短縮並びに割増償却率の引上と適用期間の拡大

(理由)

平成 14 年 3 月の介護事業経営実態調査によると、平成 10 年度以降に医療法人の開設する介護老人保健施設の自己資本比率は低く、借入金に依存した経営となっております。更に平成 10 年度税制改正により、平成 10 年 4 月 1 日以後に取得する建物の償却方法が定額法となり減価償却費が従前に比べ小さくなることにより、借入金返済能力が低下することが懸念されます。

これを防止するために、現行の介護老人保健施設の用に供される建物及びその附帯設備(鉄骨鉄筋コンクリート又は鉄筋コンクリート造)耐用年数を 39 年から 30 年に短縮すること、並びに、平成 17 年度において適用除外となった建物の割増償却制度についてはこれを復活し、平成 18 年 4 月 1 日以後に取得の建物については、割増償却率割合 20%、適用期間 10 年以内とすることを要望いたします。

以上

平成20年11月21日
全国知事会

介護人材の確保等に係る提言（概要）

1 介護報酬の設定

- (1) 地域差を反映した単価設定
 - ・ 1単位の単価の地域区分・割増率の見直し
 - ・ 中山間地域等での特別地域加算の内容の充実
- (2) 施設等の定員規模別に応じた報酬設定
 - ・ 事業所(施設)の規模に応じた段階的な報酬設定への見直し
- (3) 有資格者の雇用を評価した報酬設定
 - ・ 有資格者の雇用を評価した報酬体系の設定、有資格者の給与への反映

2 個別介護サービスの報酬設定

- (1) 介護予防支援
 - ・ 報酬の適正な水準への見直し
- (2) 小規模多機能型居宅介護
 - ・ 要介護1・2の報酬の適切な水準への見直し
- (3) 認知症対応型共同生活介護
 - ・ 夜勤従業者の複数配置に対する加算制度、看取り加算の創設
- (4) 居宅介護支援
 - ・ 標準担当件数の緩和
- (5) 療養通所介護
 - ・ 定員の上限の撤廃
- (6) 施設サービス
 - ・ 現状を踏まえた人員基準への見直しとそれに見合う報酬設定

3 福祉・介護サービス関連職種の待遇改善・人材誘導

- (1) 待遇の改善と職員の育成
 - ・ 生涯設計が立てられるモデル賃金体系の提示と報酬体系への反映
- (2) 職場環境の改善
 - ・ 雇用管理改善に向けての相談援助事業等の拡大
- (3) イメージアップ等の広報
 - ・ 国民への啓発、効果的な行事の実施
- (4) 都道府県福祉人材センター、ハローワークにおける取り組みの連携強化
 - ・ 連携強化により、実効ある福祉・介護人材誘導體制の構築
- (5) 潜在的有資格者の就職誘導方策
 - ・ 潜在的有資格者に向けた情報提供などの対策の実施

介護人材の確保等に係る提言

平成20年11月21日

全 国 知 事 会

介護人材の確保等に係る提言

近年、我が国においては、高齢化の進行等を背景に、国民の介護サービスに対するニーズが増加するとともに、質的にも多様化・高度化している状況にある。そうした中で、国民のニーズに応えるためには、介護を担う人材の安定的な確保が必要である。

こうした認識の下で、厚生労働省では、平成 19 年 8 月に「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」を 14 年ぶりに改定し、労働環境の整備推進やキャリアアップの仕組みの構築、福祉・介護サービスの周知・理解などを柱とする人材確保方策を打ち出したところである。

しかしながら、有効求人倍率でみると、平成 19 年度、全職業が 0.97 倍であるのに対して、介護関連職種では 2.10 倍(いずれも常用でパートを含む)と介護人材の確保は非常に厳しい状況となっている。

全国知事会においては、こうした状況を踏まえて、「平成 21 年度 国の施策並びに予算に関する提案・要望」の中で、「平成 21 年度の介護報酬改定に当たっては、地域特性や各種サービスの利用状況を踏まえて適切に見直すこと。また、今後、ますます需要の増加が見込まれる介護サービスを担う人材を確保するため、適切な水準の介護報酬を設定するとともに、労働環境の改善やキャリアアップの仕組みの構築のために施策を推進すること。」を求めている。

上記の要望に加えて、今回、全国知事会では、全都道府県に対する調査を行い、その集計結果を踏まえて、以下のように提言を取りまとめたものである。

1 介護報酬の設定

(1) 地域差を反映した単価設定

ア 1 単位の単価

人件費の地域差を反映させるために地域区分、割増率が設定されているが、特に、賃金水準の高い地域では、介護以外の分野との給与水準の格差が大きく、安定的な事業運営と介護人材の確保に支障をきたしている。

○介護報酬の 1 単位の単価について、地域で安定したサービス提供ができる水準となるよう、生活、経済の圏域も勘案しながら、地域区分・割増率を見直す必要がある。

イ 特別地域加算

中山間地域等では、過疎化の進展でサービス利用者が点在しており、移動に時間を要することから、効率的な事業運営が困難な状況となっている。

こうしたことにより、事業者の参入が進まないなど、地域間で介護サービスの提供に格差が生じている。

○中山間地域等におけるサービスの確保のため、訪問系サービス以外のサービスも特別地域加算の対象とする必要がある。

○特別地域加算を拡充した場合は、保険者、利用者の負担増とならないよう、国が財源措置を講じる必要がある。

(2) 施設等の定員規模別に応じた報酬設定

平成 20 年介護事業経営実態調査結果によると、定員等が小規模な事業所(施設)の経営が非常に厳しいものとなっている。

また、介護老人福祉施設の介護支援専門員や生活相談員のように、利用者数が 50 名でも 100 名でも 1 名を配置しなければならないにもかかわらず、報酬単位が同じであるため、小規模な施設では人件費が占める割合が大きくなり、経営が厳しいものとなっている。

○小規模な事業所(施設)が安定的に経営できるよう、事業所(施設)の事業(定員)規模に応じて段階的な介護報酬の単価を設定する必要がある。

(3) 有資格者の雇用を評価した報酬設定

事業所(施設)では、利用者へ質の高いサービスを提供するために、介護福祉士等の有資格者を介護職員として雇用しているが、有資格者に対する報酬上の評価がされていない。

このため、人材の離職防止や潜在的有資格者の人材確保に支障をきたしている。

○利用者に対する質の高いサービスを継続的に提供し、優れた人材を安定的に確保するため、有資格者を雇用した場合に評価する報酬体系に改め、有資格者の給与に反映させる必要がある。

2 個別介護サービスの報酬設定

(1) 介護予防支援

介護予防支援は、居宅介護支援と同様の事務処理が必要であるにもかかわらず、その報酬は居宅介護支援に比べて極めて低いため、介護予防支援事業所において、担当職員の確保が困難な状況となっている。

○介護予防支援の報酬により、必要な専従職員を雇用できるように、介護予防支援の報酬単位を適正な水準に引き上げる必要がある。

(2) 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護は、本人・家族の安心感につながり、中重度者となっても在宅での生活を継続できるよう支援するもので、今後、特に普及させる必要がある。

しかし、このサービスを利用すると訪問介護等他の居宅サービスを利用できなくなることなどにより、利用者が増えない状況である。

また、1事業所での登録者数が25名以下とされているとともに、要介護1・2の報酬単位が極端に低く設定されていることなどから、事業者が採算性に不安を抱いており、新規の事業参入を阻害していると思われる。

○事業所の安定的な経営のため、要介護1・2の報酬単位を適正な水準に見直す必要がある。

○1事業所の登録者数や通いサービスの利用者数の上限規定等を緩和するとともに、空室を利用して登録者以外の者にも宿泊利用を認めるなど、設備・人員の有効活用を図れるような柔軟な運営を認める必要がある。

(3) 認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護は、共同生活住居で家庭的な環境と地域住民との交流の下、介護・機能訓練を提供し、自立した日常生活を送れるよう支援するものであるが、利用者が重度化し、事業所の設立趣旨である共同生活が営めない者も利用しており、人員基準や介護報酬体系が現状にそぐわなくなってきた。

○利用者の安全確保及び職員の待遇改善のため、夜勤従業者の複数配置に対する加算制度を創設する必要がある。

○認知症対応型共同生活介護においても、看取りをするケースが増加してきており、介護老人福祉施設と同様に看取り加算を創設する必要がある。

○看護職員の配置について、介護報酬上で評価する必要がある。

(4) 居宅介護支援

居宅介護支援は、居宅サービス計画の作成、サービス事業者等との連絡調整など介護保険制度の中心的な役割を担っているが、介護報酬が低く独立の事業所では運営できないため、他のサービスと併設することによって経営している状況がある。

居宅介護支援の公平公正な立場を確立するため、事業所の経営を安定させる必要がある。

○事業所経営が単独でも成り立つよう、標準担当件数の緩和や介護報酬の引き上げを行う必要がある。

(5) 療養通所介護

療養通所介護は、ターミナル期等の重度の要介護者を対象とした地域ケア体制構築のための重要なサービスであるが、人員基準で利用者1.5人に対して職員1人、定員の上限が5人と、通所介護事業所と比較して運営面

で厳しいにもかかわらず、介護報酬が低く設定されている。

○事業者の参入促進を図るため、定員の上限の撤廃、介護報酬単価の引き上げなど制度全般を見直す必要がある。

(6) 施設サービス

施設サービスについては、夜間の勤務体制や入所者の重度化などにより人員基準を上回る人員配置を行っているが、実態に応じた事業費収入を得ることができないため、給与水準の改善を図ることが困難となっている。

○人員基準を現実の配置状況を踏まえたものに見直すとともに、それに見合う介護報酬を設定する必要がある。

3 福祉・介護サービス関連職種の待遇改善・人材誘導

(1) 待遇の改善と職員の育成

職員の能力・職責に応じた給与の適正な分配に努め、介護職場に長く従事できるよう長期的展望を示すことは、介護人材の新規確保と離職の防止のために重要である。

○介護従事者が生涯設計をたてられるようなモデル賃金体系を示すとともに、その対応が可能となるよう報酬体系を見直す必要がある。

○人材育成の観点から従事者のキャリアパスやそれに対応した研修体系を構築する必要がある。

(2) 職場環境の改善

介護職場の職場環境の改善を図ることは、介護従事者が安心して働き続けることにもつながる、事業者自身が取り組むべき課題である。

○事業者の行う職場環境改善の取り組みについて、財団法人介護労働安定センターが行っている雇用管理改善に向けての相談援助事業等をより拡大するなど一層の支援を行う必要がある。

(3) イメージアップ等の広報

国民に介護についての理解や認識を深めていただき、介護に対するイメージアップを図ることは、人材を確保する上で大変重要である。

○介護の意義や重要性について国民への啓発をマスコミ等を通じて全国展開するとともに、効果的な行事を実施する必要がある。

(4) 都道府県福祉人材センター、ハローワークにおける取り組みの連携強化

都道府県では福祉人材センターを設置し、無料職業紹介事業を実施しているが、ハローワークも無料の職業紹介を行っており、介護職場への就職・転職紹介も両者の特徴を活かし今まで以上に幅広く取り組むことが求められている。

○都道府県福祉人材センターとハローワークのそれぞれの機能に応じた役割を明らかにし、連携を強化して実効ある福祉・介護人材誘導體制を構築する必要がある。

(5) 潜在的有資格者の就職誘導方策

介護福祉士や社会福祉士等の資格を有しながら実際に介護の分野で就業していない者も数多く、こうした、潜在的有資格者の就職誘導を図ることも人材確保の上で重要であるが、介護福祉士等の国家資格保持者の情報は、地方公共団体では保有していない。

○財団法人社会福祉振興・試験センターが管理している情報をもとに潜在的有資格者に向けた情報提供などの対策を実施する必要がある。

平成20年11月21日

全 国 知 事 会

平成 20 年 11 月 21 日

要 望 書

厚生労働省社会保障審議会
介護給付費分科会
会長 大森 彌 様

日本慢性期医療協会会長 武久 洋三
介護保険委員会委員長 清水 紘

『平成 21 年度の介護報酬改定は 5 %以上のプラス改定を要望致します』

以下、介護療養型医療施設について要望致します。

1. 救急難民を救うため、救急病院からの依頼によって急性期治療後の患者を受け入れた場合、入院後 1 か月間に限り 1 日 100 単位の急性期受託加算を新設すること。
2. 在宅、シニアリビング、特別養護老人ホーム、老人保健施設等で療養中に急変した慢性期患者の入院を受け入れた場合、入院後 1 か月間に限り 1 日 100 単位の急性期受託加算を新設すること。
3. 直近 6 ヶ月間に退院した患者のうち、入院時に日常生活機能評価表 10 点以上の患者で、退院時 3 点以上改善した患者の割合が 3 割以上であれば、重症患者回復病棟加算として入院患者 1 人 1 日につき 50 点を加算すること。
4. 認知症自立度判定基準ランク IV 以上の患者については、入院 1 日につき、30 単位を加算すること。
5. ユニットケアの評価および制度促進のために、ユニットケアでの入院患者 1 人 1 日につき 50 単位を加算すること。

以上

特別養護老人ホームに関する平成21年度介護報酬改定について

平成20年11月21日

社会保障審議会介護給付費分科会委員 中田 清
(社団法人 全国老人福祉施設協議会会長代行)

特別養護老人ホームに関する平成21年度介護報酬改定について、
下記のとおり意見の提出を致します。

「国民ニーズ」に合ったサービス体制の構築

・・・特養待機45万人の解消こそ喫緊の課題

厚生労働省の調査によると、2006年3月時点の特養ホーム入所待機者は38万5千人と推計されています。今日、未調査の数県及びその後の待機者増を加味すると45万人の待機者がいるものと考えられます。

これら入所待ちの要介護者と家族の実態は、「老老介護」、「認認介護」といわれる状況にあり、中には、「介護離職」せざるを得ない人も増えています。さらに、介護疲れからくる「高齢者虐待」も一向に減らない現実が、私たちの現場に重く押し掛かっています。

家族の介護力を前提とする在宅介護サービスには、自ずと限界があるのではないのでしょうか。安心と信頼の介護保険制度を構築するためには、特養ホームを家族の「最期の拠り所」として、要介護者の「終の棲家」として、機能させ整備していくことが必要です。

もとより、介護保険制度の安定的持続性は重要なキーワードではありますが、そのためにも効率的なサービス提供、地域介護の基幹的役割を担う特養ホームの十分な整備が必要と考えます。

平成21年度からの介護報酬改定にあたっては、こうした観点から特養ホームの新たな役割と、従来から担ってきた機能に着目した報酬の見直しをお願いします。

1. 介護従事者が意欲と誇りを持って働くことができる制度の実現

1) 介護報酬の算定基礎となる人件費比率を訪問・通所系並の人件費率60%に統一し、地域区分ごと割り増し率を見直すこと。

- 人件費比率については、介護保険制度の施行に先立つ介護報酬の検討に際し、厚生省(当時)が実施した全国規模の調査結果に基づき、介護保険施設については40%と設定され、その後の2度の報酬改定においてもこの割合は見直されていません。
- 施設においては、介護・看護職以外の職員も一体となってチームケアでサービス向上に

努めております。これらも含め人件費比率は平均60%を超えていることから、実態に合わせた見直しが必要です。

- この人件費比率は介護報酬の「地域差」の計算根拠ともなっているため、都市部に適用されている「地域差」についても見直し、訪問・通所系並の人件費比率60%での算出に改めるべきです。

2) 職員のキャリアアップ、業務負担軽減等への評価

① 介護福祉士を一定割合以上に配置している場合の評価を講ずること

- 介護の専門国家資格である介護福祉士を積極的に雇用することにより、介護の質向上と社会的評価、地位向上を図るべきです。

② 介護従事者の定着に着目した評価を講ずること

- 介護従事者の定着化に努力する事業所は、それに伴う人件費増、昇給財源の確保に苦慮しています。介護・看護従事者の平均勤続年数が5年を超える事業所に対する評価を行ってください。

3) 人員配置基準を上回る事業所を評価すること

- 重度化、個別ケアへの対応、職員の処遇・労働環境改善等の努力は、人員配置にもあらわれています。介護・看護に関わる基準職員配置を上回る事業所に対する評価が必要です。

4) 夜勤介護職員の基準以上の配置を評価

- 重度化、重度認知症の方の増加に伴い、物理的な夜間業務の増加とともに、職員の心身への負担も増加しています。より質の高いケアの確保のために、基準数を超えて夜勤の介護職員を配置する場合の評価を行ってください。

2. 医療ニーズ・重度認知症ケア等に対する適正な評価

1) 医療ニーズの増大に対応する体制の強化について

① 夜間の看護体制の強化を評価・・・看護職員の夜勤体制

- 「重度化対応加算」の多くは、「看取り介護加算」における看護職員のオンコール体制だけでなく、看護職員を加配し夜勤体制を整備する場合について、特段の評価が必要です。

② 看取り介護加算における死亡場所による加算額の差の廃止（施設にいる間のケアを評価）

- 「看取り介護加算」は単に死亡場所によりⅠとⅡに分けられています。それまで、より良い最期の時を迎えていただくために行ってきたケアが、単に死亡した場所により大きな差があることに矛盾を感じます。

- 看取り介護加算が「施設にいる間のケア」に対する評価であることを考えると、死亡場所により差を設けることに合理性はなく、一律とすることが適当です。
- ③ 重度化対応加算等における「常勤看護師」1名以上の配置を、「常勤看護職員」に改める
 - 看護師の確保が困難な状況にあって、准看等看護職員により体制を確保し、配置医師との密接な連携体制を確立し、より良いケアに努めている事業所は多くあることから、基準の見直しをお願いします。
- ④ 特別養護老人ホームにおける口腔ケア加算の創設
 - 「口腔ケア」に対する評価が18年改正により通所介護に導入されましたが、利用者に対する口腔ケアの取り組みは、特養ホームにおいても、感染症予防・症状の悪化防止・死亡率の低下等の効果が期待できるため、積極的な取り組みが必要であることから、これへの評価が必要です。
- ⑤ 医療・看護的ケアを必要とする入所者が増えるなか、常勤医師の確保、看護職員体制の強化を講じる特養ホームもあることから、これらに対する実効性のある評価が必要です。

2) 重度の認知症利用者のケアに対する体制の強化について

※ 特養ホームにおける認知症の利用者は、直接的な介護とともに十分な「見守り」を必要とすることが多い。「見守りケア」は数値的評価が困難であるため、実際には介護者の大きな労力となっても「介護の手間」として要介護度に反映され難いのが現状です。

- ① BPSDへの体制整備を評価
 - 認知症に伴う徘徊、異食、妄想などのBPSDに対応するためには、生活暦・環境など十分なアセスメント、生活行動に対する見守りなど、介護・看護職員だけでなく、施設長や事務職員、調理員といった施設のスタッフ全体で対応しなければなりません。
 - 特に人数の少ない夜間の対応は職員の身体的・精神的負担ともなっています。
 - 認知症介護実践研修修了者等を配置し、これら重度の認知症利用者に対応する体制を講じた場合の評価を設けてください。
- ② 重度認知症による介護量の増加を評価（自立度Ⅲ以上の利用割合が60%以上の場合を評価）
 - 特養ホーム利用者の約7割は、認知症レベルⅢ以上の重度の認知症の方です。しかし、実際の要介護度では「3」ないし「4」と認定されており、介護に要する「手間」を評価する必要があります。

3. 特定入所者介護サービス費（補足給付）の基準費用額の見直し

1) 食費について・・・基準費用額の見直し

- 利用者のうち第1～第3段階の利用者が多い特別養護老人ホームでは、基準費用額以上の価格設定をしても一部の入所者の負担が増えるだけで施設の収入はさほど増加しないため1,380円が定価化しています。しかし、実態としてのコストは1,380円の基準費用額を超えており、超過分を施設が負担せざるを得ない状況です。
- 構成要素である食材料費・光熱費は物価により変動する要素が大きいため、必要に応じて見直す仕組みが必要です。

2) 居住費について・・・基準費用額の見直し

- 居住費は、光熱水費といわゆる家賃部分で構成され、高熱水費は石油価格等の変動する要素が大きいため、必要に応じて見直す仕組みが必要です。
- 居住費についても、食費と同様に燃料費の高騰を利用者に転嫁できない構図は同じで、特に冬季に光熱費の負担が大きい寒冷地域では、大きな負担となることを考慮する必要があります。

4. 特養待機者解消、緊急整備計画の推進

- 特養待機 45 万人の解消に向けて、在宅と施設のバランスのとれた効率的な整備を求めます。
- 特養ホームの施設整備にあたっては、介護事業経営実態調査においてあきらかになったように、50名定員の特養ホームを80～100名への増床を誘導し、健全運営を可能とする経営基盤の強化を推進されたい。
- 新たな特養ホームの整備については、居住費負担、利用者の介護状態像を考慮して、プライバシーに配慮した多床室についても認めていくよう配慮されたい。