

社保審一介護給付費分科会	
第47回 (H.20.2.8)	資料1-1

平成20年2月8日

介護給付費分科会 ヒアリング要旨

日本療養病床協会 副会長
徳島県 博愛記念病院 理事長
武久 洋三

- ① 地方の状況とこれから
- ② 病院から施設へ
- ③ 老健との機能の相異
- ④ 新しい施設の創設
- ⑤ 新しい施設に求められる機能
- ⑥ 過疎地や有床診の場合は

資料①

急変や看取りへの対応

	介護療養型医療施設	老人保健施設
施設内での死亡率 (あるいは看取り率)	26.9%	3.5%
死亡前2週間に実施した医療 処置(上位7つ)	酸素療法 18.2% 点滴 17.9% 喀痰吸引 17.2% レントゲン検査 13.0% 採血 11.6% 抗生剤の投与 11.2% 留置カテーテル類 10.9%	酸素療法 1.3% 点滴 1.4% 心臓マッサージ 0.6% 留置カテーテル類 0.4% 褥瘡の処置 0.2% 経鼻栄養 0.2% 胃ろうの管理 0.1%
利用者の死亡が予想される 場合、施設内で看取ると回答 した施設	53.3%	19.4%

引用:厚生労働省発表 平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概況および厚生労働省療養病床から転換した老健施設における医療サービスの提供に関する参考資料

介護老人保健施設及び病院又は診療所に係る耐火基準について

	介護老人保健施設	病院又は診療所（療養病床）
建築基準法の 規制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3階以上の階を介護老人保健施設とする場合、耐火建築物としなければならない。 ・ 2階の部分について床面積の合計が300㎡以上の場合、耐火建築物又は準耐火建築物としなければならない。 （建築基準法第27条・別表第一（二）、建築基準法施行令第19条、第115条の3）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3階以上の階を病院又は診療所とする場合、耐火建築物としなければならない。 ・ 2階の部分について床面積の合計が300㎡以上の場合、耐火建築物又は準耐火建築物としなければならない。 （建築基準法第27条・別表第一（二）、建築基準法施行令第19条、第115条の3）
介護保険施設の 基準省令の 規制	介護老人保健施設の建物は耐火建築物とされている（療養室等を2階以上の階及び地階のいずれにも設けていない介護老人保健施設の建物は準耐火建築物とすることができる。）。 （基準省令第4条第1項）	なし。

第47回介護給付費分科会

平成20年2月8日



- 地域格差と収益格差
- 職員確保および人員配置
- 転換老健で評価されるべき項目
- その他

日本療養病床協会 安藤 高朗

収入の年度推移(対16年度比)

	16年度	17年度	18年度
収入	100.00	92.71	91.65
金額	447,489	414,883	410,128

介護福祉施設
(東京都社会福祉協議会)

平成17年度
全国 11.2%
全国で最大値

支出(対収入比)の年度推移 (単位:対収入比)

	16年度	16年金額	17年度	17年金額	18年度	18年金額
収入	100	447,489	100	414,883	100	410,128
人件費	59.97	268,359	61.72	256,000	62.20	255,100
医療関係費		0		0		0
材料費	16.50	73,836	17.05	71,401	17.21	71,401
委託費	8.97	40,140	9.78	40,576	9.72	40,327
その他経費	5.51	24,657	5.50	22,819	5.32	22,072
		0		0		0
減価償却費	1.04	4,654	1.50	8,132	2.19	9,086
支出計	91.99	411,645	96.01	398,329	96.64	397,985
収支差額	8.01	35,844	3.99	16,554	3.36	12,143
借入金返済						

老人保健施設(東京都介護老人保健施設連絡協議会)

2007年6月30日調べ

収入の年度推移(対16年度比)

	16年度	17年度	18年度
収入	100.00	90.66	88.23

収入の年度推移(対16年度比)

	16年度	17年度	18年度
収入	100.00	100.00	100.00
人件費	53.88	55.25	56.76
医療関係費	4.16	4.25	4.27
光熱水費	4.04	4.08	4.36
委託費	8.29	8.72	8.70
その他経費	16.61	15.06	14.40
支払利息	2.09	2.32	2.55
原価償却費	5.06	5.64	5.84
支出計	94.13	95.31	96.00
税引前損益	5.87	4.69	3.12
元金返済	13.56	10.61	11.07

職員配置数(名)

	計	常勤	非常勤
職員計	76.08		
医師	1.91	1.11	1.57
看護師	7.87	5.67	3.04
准看護師	6.61	4.57	3.13
介護職員	44.36		
介護福祉士	21.92		
ヘルパー	18.98		
その他	6.19		
相談員	2.53		
作業療法士		2.26	1.65
言語療法士		1.44	1.03

(定員規模:110.98)

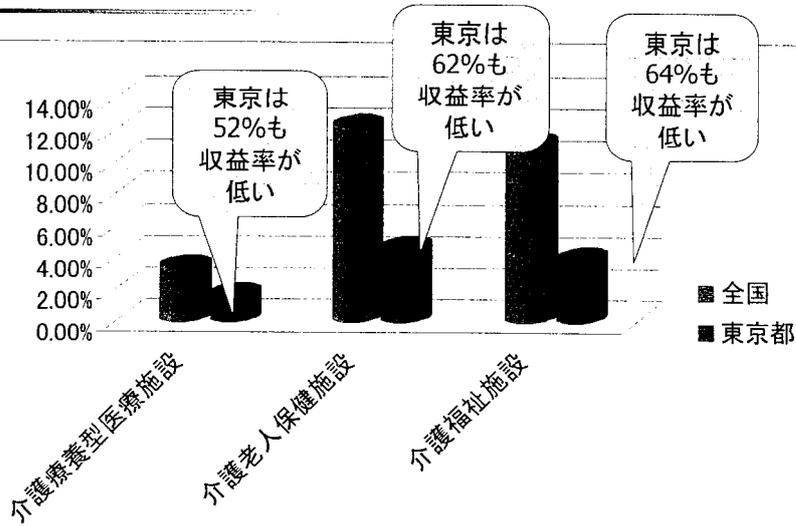
介護療養病床(東京都療養病床研究会) 平成18年度は赤字

医業収益比率の年度推移

平成16～18年度

項目	医業収益比率(%)			金額 (単位:千円)
	16年度	17年度	18年度	18年度
医業収益	100	100	100	1,138,830
給与費	62.49	62.96	66.02	751,912
医薬品費	3.52	3.35	3.33	37,876
診療材料費・医療消耗器具備品費	2.69	2.62	2.66	30,247
給食用材料費	2.86	2.85	3.02	34,439
経費	16.71	16.08	16.54	188,371
委託費	6.32	6.61	6.25	71,221
減価償却費(年度実績)	3.12	3.00	2.97	33,858
その他の医業費用	0.93	0.90	1.06	12,034
医業費用計	98.63	98.37	101.86	1,159,957
経常利益	1.37	1.63	-1.86	-21,127
借入金返済額(長期・短期を含め年度実績)	13.14	13.61	11.61	136,022
長期借入金残高(各年度末現在)	75.12	72.98	68.46	867,963

介護保険施設収益比較 全国 vs 東京（平成17年度）



5

転換のシミュレーション

介護老人保健施設への転換の場合

収入 -23.5% 経常利益 -55.0%

	現在のベッド数	転換後のベッド数	差	%
本館2S・2N	98	48	-50	-51.0
新館4B	58	42	-16	-27.6

有料老人ホームへの転換の場合

収入 -34.2% 経常利益 -128.9% ∴ 赤字

	現在のベッド数	転換後のベッド数	差	%
本館2S・2N	98	21	-77	-78.5
新館4B	58	16	-42	-72.4

☆

6

■収支率、地域別

全日病統計資料より

	医業収支率(%)		総収支率(%)	
	平成17年	平成18年	平成17年	平成18年
総数	104.4	103.7	104.1	103.7
東京	101.0	98.3	101.2	98.1
指定都市	104.6	105.3	104.6	105.8
その他	104.6	103.8	104.5	103.8

■病院数の%、医業収支率別

医業収支率	総数		東京		指定都市		その他	
	平成17年	平成18年	平成17年	平成18年	平成17年	平成18年	平成17年	平成18年
総数	100	100	100	100	100	100	100	100
100%未満	23	27	47	61	10	19	23	24
100%以上	77	73	53	39	90	81	77	78

医業収支 : 赤字病院は27%、昨年(23%)

地域別 東京では61%の病院が赤字 昨年(47%)より増加

7

平成18年度 東京都病院協会経営調査より

開設者(N)	総収支状況	
	赤字病院	黒字病院
総数 (63)	60.3	39.7
個人 (4)	50.0	50.0
医療法人 (32)	62.5	37.5
公益法人 (7)	42.9	57.1
公立・公的 (11)	72.7	27.3
その他 (9)	55.6	44.4

8

介護保険施設に係る介護報酬の地域差等に関する提言

～大都市東京で深刻化する人材不足の打開に向けて～

平成19年5月

 東京都福祉保健局

平成19年5月
「介護保険施設にかかわる
介護報酬の地域差などに
関する提言」
～大都市東京で
深刻化する
人材不足の打開に向けて～
を厚生労働省へ提出した

東京都は、
全国平均より
人件費 20%
物件費 10%
地価 5.5倍～8.8倍
高い
∴ 16%の地域差が必要

9

介護報酬の地域差に関する提言 ～東京都から厚労省へ～

- 介護施設報酬では10.48円が11.60円となると全国的にフェア
- 現在の介護保険施設は人件費率40%に特別区の調整手当で支給率12%を乗じて得た4.8%分を加え、10.48円の単価
- 人件費、物件費、地域差指数を加味し、
 - ①東京特別区に所在する介護保険施設に適用される単価について現行と改定案の算定基礎を組み合わせて試算する。
 - ②人件費率は現行の40%に対し、試算では特定施設入居者生活介護および認知症対応型共同生活介護に適用されている60%とする。
 - ③人件費地域差指数は現行の12%に対し、試算では東京の賃金に実態に即してプラス20%とする。
 - ④物件費地域差指数は現行の±0に対し、試算では東京の消費者物価水準に即して+10%とする。これらのことを前提にして試算を行なった最大のものにおいて人件費率60%、人件費、地域差指数20%、物件費地域差10%

$$\therefore 10円 + (10円 \times 60\% \times 20\%) + (10円 \times 40\% \times 10\%) = 11.60 \text{ 円}$$

有効求人倍率

- 平成19年平均有効求人倍率
 - 全国 1.04 (12月 0.90)
 - 東京 1.38 (12月 1.37)
 - 平成19年9月関東市場圏職種別有効求人倍率
 - 職業計 0.95
 - 医師・薬剤師等 3.75
 - 保健師・助産師等 3.00
 - 医療技術者 1.71
 - その他保健医療 1.36
 - 介護関連 2.13
- 大都市、特に東京は
職員確保が非常に厳しい
∴ 運営困難(人員不足)
⇒ 人件費大幅増
⇒ 経営困難

11

地域差(東京都と全国平均の比較)

	東京	全国平均	地域差
■ 地価	525.3	100	5.25倍
■ 公益家賃	3,439円	1,557円	2.20倍
■ 民営家賃 一坪	9,217円	4,585円	2.01倍
■ 年間賃金	121.7	100	1.21倍
■ 初任給(医師)	493,834円	446,726円	1.11倍
■ " (看護師)	259,628円	235,615円	1.10倍
■ 有効求人倍率	1.38	0.95	1.45倍
■ 固定資産納税額	530.2万	233.5万	2.27倍
■ 減価償却費	771.1万	669.7万	1.15倍
■ ベビーシッター (早朝・夜間)	2100円	1800円	1.17倍

12

地域差導入例

- マクドナルド
 - 東京、大阪など4都府県で、平均3%~5%の値上げ
 - 宮城、鳥取など5県で、1%~2%の値下げ
 - 海外では、同一地域でも、店ごとに価格が違うのは当たり前で、日本の全国一律が異例だった
- すかいらーく
 - アルバイトの時給は都市部と地方で300円~400円の開きがある。
- ローソン
 - 食品地域別価格
- 喜久屋
 - クリーニング料金に地域差

13

地域差

- アメリカでは、日本の1点10円均一の報酬はありえない
 - ハード面(土地代含む)の費用
 - 人件費(医師の技術料含む)
 - 治療に付随する潜在的危険度
- 上記の3要素に、物価スライド係数を掛ける
- 日本においては、
 - 国家公務員の級地区分最大は、12/100
 - 生活保護法の地域差最大は、22.5/100

14

東京都の療養病床

- 介護療養病床 8,177床
- 医療療養病床 12,610床
- 合計 20,787床
- 全国の療養病床は、38万床あり、東京都の人口は、全国の1割であるから、人口比であれば、3万8000床。現実には、非常に少ない
- さらに、東京都から埼玉県の療養病床へ約5000人流れている
- つまり、東京都は療養病床が不足している

15

転換にあたり配慮すべき重要事項(1)

1. 転換型老健の新たな理念と設置基準を創設し、介護療養型医療施設が提供してきたサービスを継続して利用者に提供できる人員配置と報酬体系を構築すること

- ①重度要介護者への継続的な医学管理及び積極的な維持期リハビリテーションの提供
- ②短期入所利用ならびに在宅療養支援
- ③24時間365日急変時の初期医療対応ならびに終末期対応
- ④医療処置などへの適切な看護対応
- ⑤薬剤管理指導や栄養マネジメント対応
- ⑥医学管理上必要な投薬、注射、検査、画像診断

16

転換老健の医師の配置

- 現在の老健と比較し、医療必要度が高い
- 単独、病院併設どちらの場合も、日勤帯で、50床～60床で1名の配置が必要
- 患者の病態にもよるが、100床では1名～2名程度の医師の配置が必要と考えられ、1名以上の配置についても、明確に評価されるよう要望する
- また、単独の転換老健においても、365日24時間、急変時等にもスムーズに医師が対応できるような仕組みづくりを要望する
- 更に、同一建物内に診療所を開設する場合には、必要により、診療所の管理者が転換老健の医師を兼務することができることを要望する

17

看護師 人員配置について

イリノイ州シカゴのLTACH

看護師配置	新) 常時	旧) 配置
	5 : 1	1 : 1
一般病棟	7 : 1	1.4 : 1
	10 : 1	2 : 1
Skilled Nursing ¹³	13 : 1	2.6 : 1
Facilities	16 : 1	3 : 1
	18 : 1	3.6 : 1
医療療養病棟	20 : 1	4 : 1
医療療養病棟	25 : 1	5 : 1
	32 : 1	6.4 : 1

日本の一部の急性期
一般病院

・アメリカと比較して、急性期病棟看護師配置は少ない。

・医療療養病棟の人員配置は、アメリカのナーシングホーム(身体的な日常生活のケアを提供する)に近い配置。

・医療を必要とする患者様の入院病棟として、一般病棟と医療療養病棟の人員配置の差がありすぎるのではないか。

アメリカのナーシングホーム

18

老健と介護療養の人員比較

60床	看護職員	介護職員
介護老人保健施設	6	14
介護療養型医療施設	10	15
	+4	+1

19

介護療養型医療施設の人員配置(60床)－1

看護職員 10名 (6:1)	夜勤 PM5:00～翌日AM9:00	1名
	日勤 AM9:00～PM5:00	4～5名 (日・祝 3名)
介護職員 15名 (4:1)	夜勤 PM5:00～翌日AM9:00	2名
	早番 AM7:00～PM3:00	2～3名(主に食事介助・排泄)
	遅番 AM11:30～PM7:30	2～3名(主に食事介助・排泄)

<主な介護業務>

オムツ交換 付随して体位交換 洗面介助
入浴介助 頻回におよぶラウンド
朝夕の食事介助

<主な看護業務特徴>

経管食準備 与薬業務
気管切開を含め吸引 ネブライザー

現状の介護療養型の人員基準を継続しなければ
看護業務及び夜間体制を整えられない!

看護6:1 介護4:1は最低ライン

現状でも、東京においては95%、全国でも90%
程度が 看護6:1 介護4:1

(※その内35%は 介護3:1を堅持している)

20

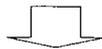
介護療養型医療施設の人員配置(60床)－2

看護業務

- 食事の間に、全身状態の悪い方を中心にラウンドしたり、朝晩は経管食の準備と与薬・点滴業務(準備、確認、与薬、サイン)、に追われる
- 気管切開を含め吸引、ネブライザーが必要な患者が20%程度

介護業務

- 夜間帯2～3回のオムツ交換が50人以上(全体の90パーセント)
- 洗面の介助はほぼ全員介助を要す 入浴は最低週3回
- おむつ交換を必要とする方はADLの状態も悪いため、夜間帯の2時間毎の体位交換も必要
- 認知症や理解力の低下により、転倒転落の問題もあり昼夜にわたるラウンドも頻回(最低1時間毎)に必要
- オムツ交換、体位交換のためには2人1組で巡回が必要
- 食事及びレクリエーション時は、離床可能な方全員(ほぼ全員)を介助にて病室より食堂に移し、食事終了後病室に戻すということを朝昼晩と行っている
- 食事介助が必要な方は30%以上(人数的には20人程度)一人一人に時間がかかる



- 夜間の業務に介護職が、2名入る事を考えると、介護が4:1でも介護4～5名(早番、遅番あわせて)程度しか確保できない ⇒ 現状でも基準以上に加配して対応している
- 早番1名、遅番1名の人員追加は必要

21

リハビリテーション

- 入院ケースの重度化・重症化
- 入院患者の7割が脳血管疾患(以下CVA)であり、CVA患者の特徴としては機能低下の予防・維持のため継続的なリハビリが絶対必要
- 急性期病院で十分なリハビリが行われず、回復期リハ病棟を経由せず、療養病床へ入院するケースも多い
- 本来であれば、週3回～4回(1日1単位)の個別リハビリテーションが必要。そのためには、60床に対して、2.0～2.7名のセラピスト配置が必要
 - $60名 \times 4回 / 週 \div 18単位 / セラピスト \div 5日 = 2.7名$
 - $60名 \times 3回 / 週 \div 18単位 / セラピスト \div 5日 = 2.0名$

22

薬剤管理指導料

- 高齢者においては、多くの疾患を有し、また、併発等による多剤併用の傾向が強く、副作用・相互作用・漫然投与の問題が起こりやすい
- 急性期等において既に投与された薬剤についても、高齢者からの訴えも少ないため、漫然投与の問題が起こりやすい
- これらの問題を解消するためには、医師の診察のみならず、看護師の日々の観察も含め、薬剤師による服薬状況と副作用チェックが不可欠である。
- このように医師、看護師、薬剤師等の医療チームとしての連携、情報の共有が重要となる
- 副作用の早期発見や高齢者の体内動態に配慮した薬剤の提言は安全で適切な薬物療法の提供に不可欠である。
- これらを可能とするためには、週1回の患者からの聞き取り(医師には話づらいことも薬剤師には話しやすい等)、指導を含めた説明等の対応が不可欠である。
- またその結果として、高齢者への安全・安心な医療サービスの提供の一助と考える

23

その他

- 転換に伴う建物の制限
病院から転換老健になる時に耐火基準上、新たな問題が生ずる

準防火地域内および防火指定のない地域内において

1. 2階建てで2階に療養室のある病院
2. 平屋で制限なしの病院

を老健とする場合、

耐火あるいは準耐火建築物の要件が適用される可能性があり、新たな改修が必要となる(平成11年厚生省令40号)

厚生省令の適用を大規模改修あるいは建替えるまで適用緩和処置をお願いしたい。

- 調査・見直し

平成24年度の介護療養型医療施設全廃までに、転換老健について、運営等の状況を調査し、見直しをお願いしたい。

24

安定した介護サービスの提供を行うための報酬と 職員確保に付いての要望

東京都社会福祉協議会高齢者施設福祉部会
東京都介護老人保健施設連絡協議会
東京都病院協会慢性期医療委員会
東京都病院協会
東京都療養型病院研究会

私たち介護施設サービスを都民に提供している団体は、ここに都民が良質で安心の医療と介護を受けられるよう、施設職員の安定した労働条件を確保し、東京都の生活状況を踏まえた介護報酬の改善と首都圏地域の地域加算の見直しを求めます。

平成12年に始まった介護保険制度も4回の報酬改定を経て現在に至っていますが、制度開始時と比べ介護報酬本体は約1割の減額となりました。それぞれの施設の努力によって現在のサービス提供を維持しているところではありますが、常勤職員の離職をカバーすることは非常勤職員の供給によっても補うことができない状況にあります。

25

しかし都内の高齢者は他府県と比べその総数も多く、したがって介護を必要とする人も多数であり、施設数が追いついていないにもかかわらず、要介護高齢者を受け入れる介護現場の賃金水準の低さ等から職員確保が困難になっています。

高い志を持って介護の仕事を選んできた若者たちが、その仕事に見合った給与の保障が見込まれないことに将来への不安を覚え、心ならずも他職へと転職していくことや、それを補う新規職員が得られないことなどから人員配置を下回る施設も出てきそうな状況です。

私たちは、良質な介護を提供しようと国の人員配置基準をはるかに超える人員配置を行っているところではありますが、現在の介護報酬のままでは加配状況の維持が困難になります。私たちはサービスの質の低下はなんとしても避けたいと願っております。

私たちは改めてここに、都民が安心して介護サービスを受けることのできるために次の通り要望いたします。

1. 安定した運営のできる報酬の確保
2. 将来にわたって安心して仕事のできる職場の確保
3. 首都圏の適正な報酬として地域加算の大幅な増額

26