

社会保障審議会介護給付費分科会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） 議事次第

日時：平成19年11月13日（火）

午後3時から6時まで

於：全国都市会館（2階 ホールA）

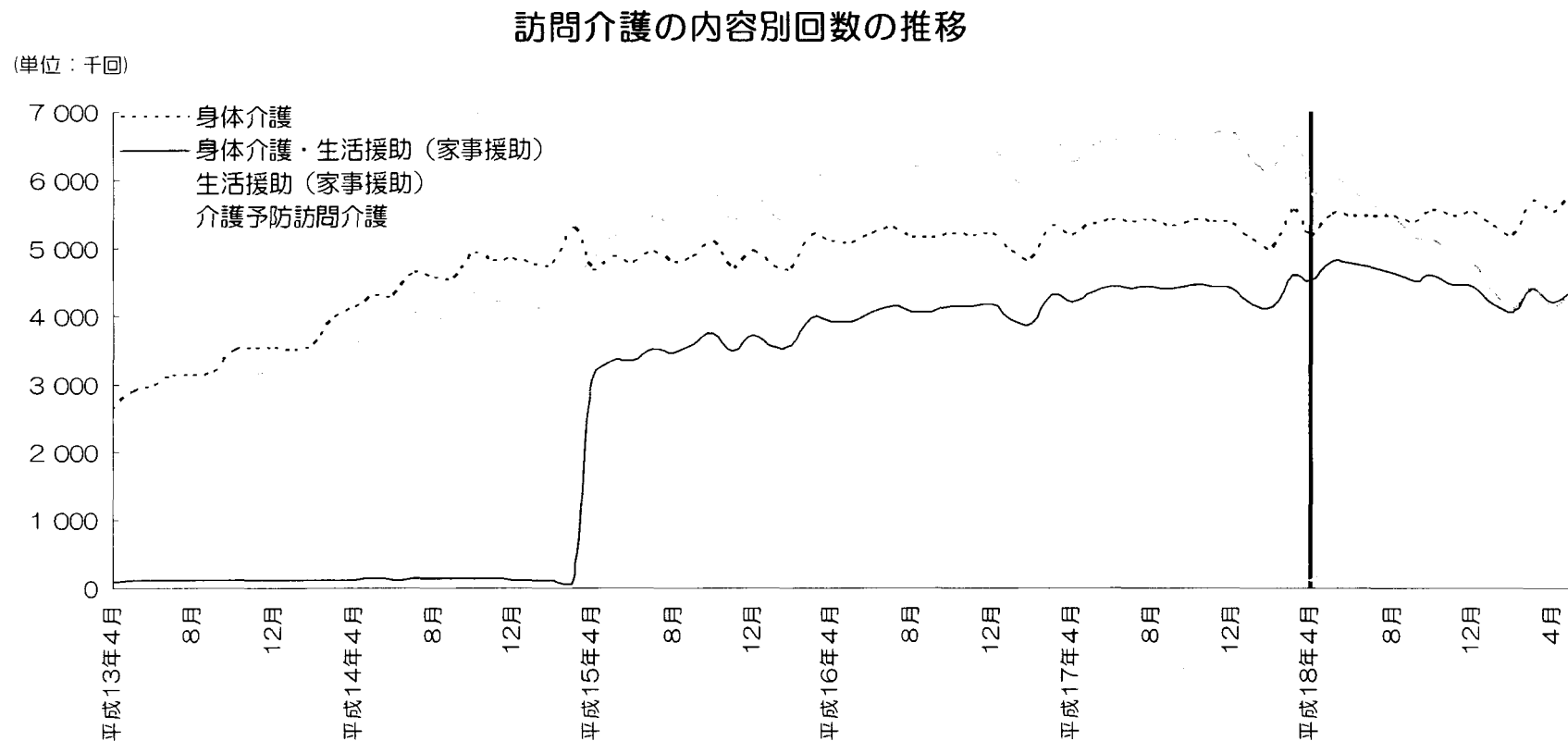
議 題

1. 事業者等団体ヒアリング
2. 介護サービス事業の実態把握のためのWTの論点整理について
3. その他

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2回) における宿題事項

訪問介護の内容別回数の推移

○ 身体介護及び身体介護・生活援助については、平成18年4月の介護報酬改定後は、大きな変化が見られない。



出典 介護給付費実態調査（各月サービス分）

注）平成15年4月以前の「複合型」は含めていない。

介護予防訪問介護の回数は利用実日数である。

通所サービス事業の介護報酬改定の 影響の分析

平成19年11月13日

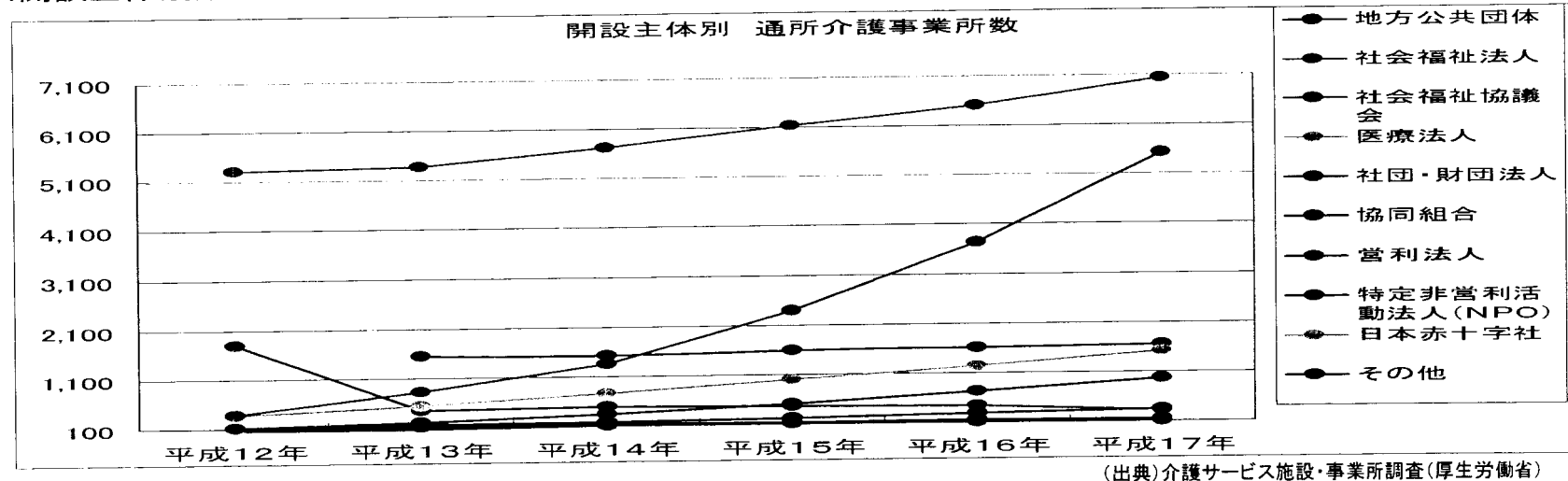
厚生労働省 老健局

1. 通所介護事業所の運営状況

1. 通所介護事業所の運営状況

通所介護事業所は、事業所数が毎年増加し、営利法人の増加が顕著。

<開設主体別通所介護の状況>



参考:損益率 平成14年3月分と平成17年3月分とを比較したところ、以下のとおりである。

<通所介護事業所(総数)の損益率>

平成14年3月分 9.8%

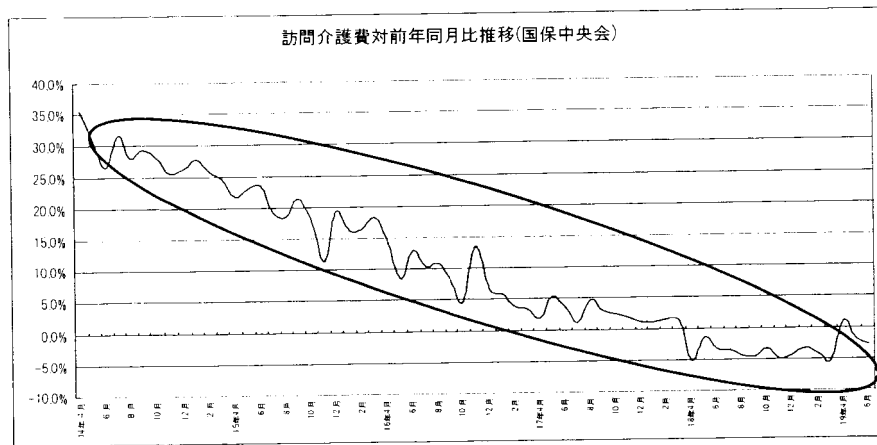
平成17年3月分 7.4%

(出典)介護事業経営実態調査結果(厚生労働省)

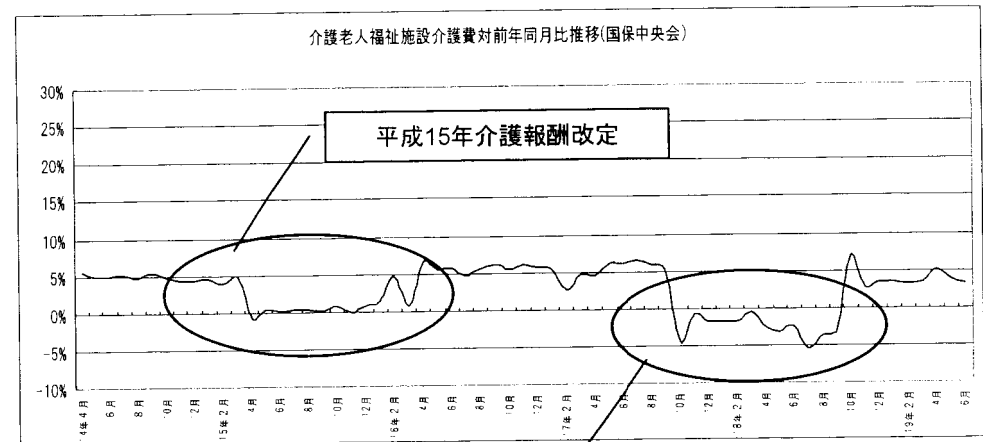
2. 通所介護費への介護報酬の改定の影響

○ 介護報酬改定の一般的な影響の現れ方は、以下のとおり。

- ①改定時点においては、一時的(1年程度)に対前年同月比推移が低下する。
- ②一定期間を経過すると、介護報酬改定の影響が剥落すること、事業所の経営方針の変更等により、改定前の水準にまで回復する。

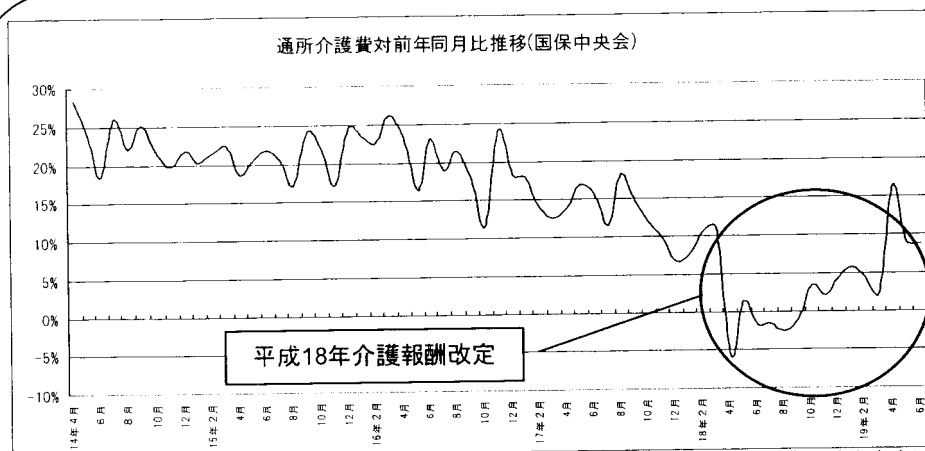


(出典) 介護費等推移(国民健康保険中央会)



食費・居住費の給付対象外化

(出典) 介護費等推移(国民健康保険中央会)



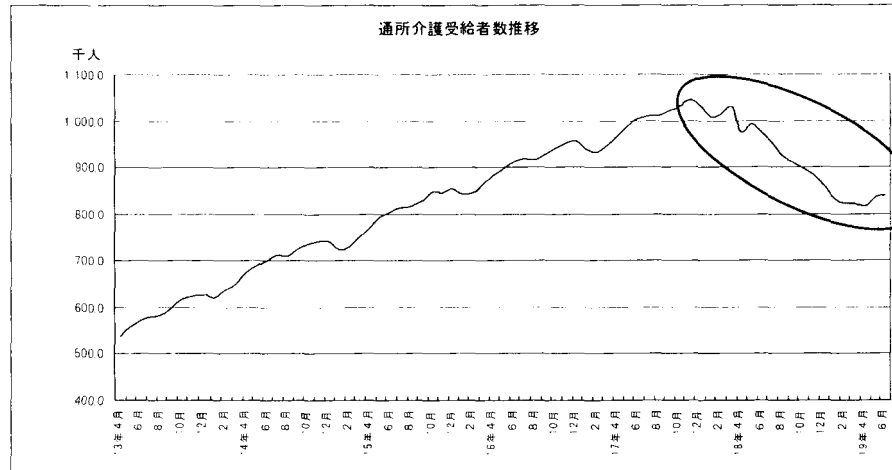
(出典) 介護費等推移(国民健康保険中央会)

通所介護費の対前年同月比推移を見ると、伸び率が逡減傾向の訪問介護費と異なり、介護老人福祉施設と同様に改定時(平成18年4月)に一時、伸び率が低下するが、1年後(平成19年4月)には、改定前と同程度の伸び率の水準に回復している。

通所介護費に対する介護報酬の
改定の影響は一時的

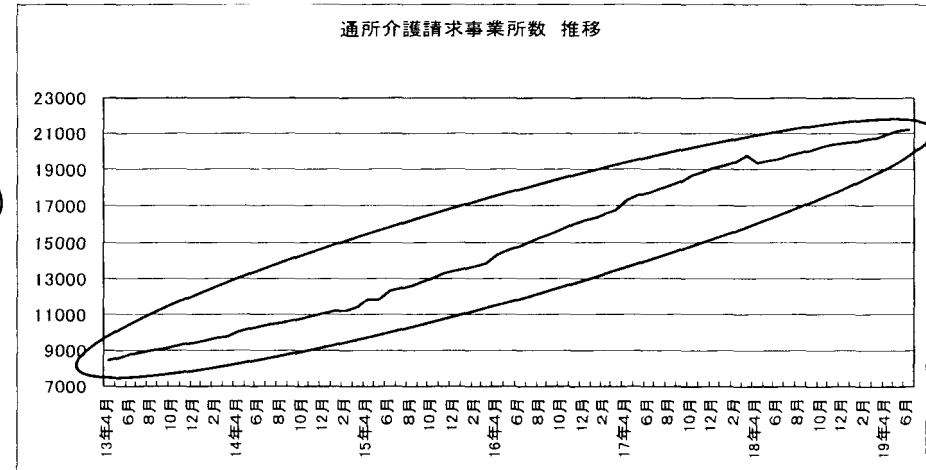
3. 通所介護事業者の動向

- 通所介護受給者数は平成13年4月の調査当初より増加傾向にあったが、平成17年度後半以降減少に転じ、今年度に入り増加に転じている。この背景には、食費の給付対象外化(17.10)、予防給付及び地域密着型サービスの導入(18.4)、大規模事業所への減算の導入(18.4)が影響していると考えられる。
- 通所介護請求事業所数は、伸び率は鈍化したものの依然として増加している。



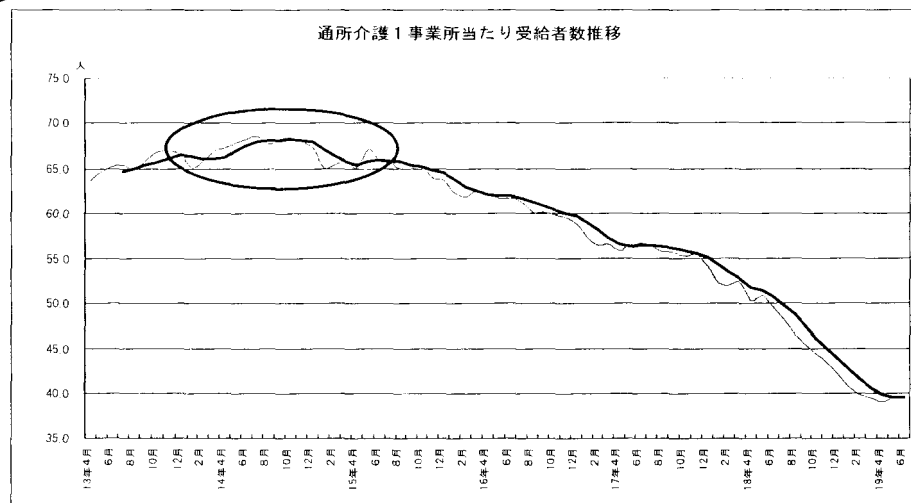
(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

※ H18,4以降は通所介護(予防通所介護及び地域密着型は除く)で集計



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

※ 通所介護(予防通所介護及び地域密着型は除く)で集計



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

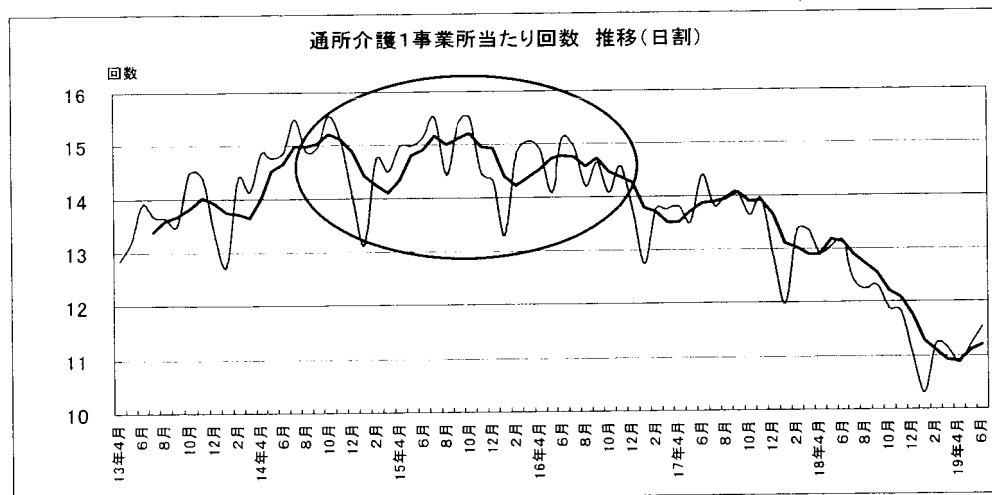
- 1事業所当たりの受給者数は、平成14年10月頃をピークに、減少傾向で推移し、平成18年度に入り減少幅が拡大した。平成19年度に入り、横ばい傾向にある。

※ 青線:月当たりの1事業所当たり受給者数
黒線:月当たりの1事業所当たり受給者数を4月ごとに計算した一連の平均値

※ H18,4以降は通所介護(予防通所介護及び地域密着型は除く)で集計

4. 「1事業所当たり受給者数」の減少の影響

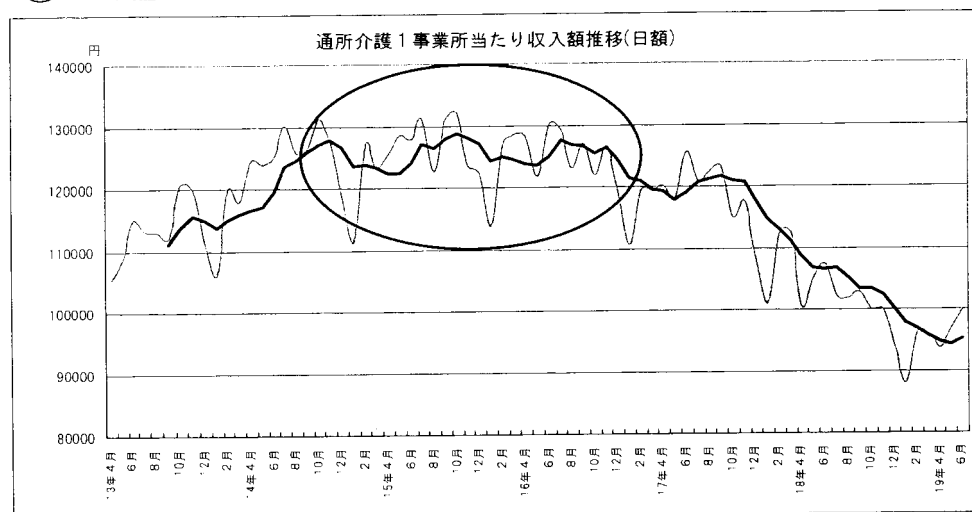
① 通所介護1事業所当たりのサービス回数



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

※ 通所介護(予防通所介護(件数)及び地域密着型は除く)で集計

② 通所介護1事業所当たりの収入額



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

※ H18.4以降は通所介護(予防通所介護及び地域密着型は除く)で集計

○ 2. のとおり、1事業所当たりの受給者数が減少している中で、結果として、通所介護1事業所当たりのサービス回数は近年減少傾向にあったが、平成19年4月頃より増加に転じている。

○ 通所介護1事業所当たりのサービス回数のピークは、平成14、15年頃となっている。

※ 青線：月当たりの1事業所当たりのサービス回数
黒線：月当たりの1事業所当たりのサービス回数を4月ごとに計算した一連の平均値

○ 2. のとおり、1事業所当たりの受給者数が減少し、また、上記のとおり、通所介護1事業所当たりのサービス回数も減少していることから、通所介護1事業所当たりの収入額についても近年減少傾向となっている。

○ 通所介護1事業所当たりの収入額のピークは、平成14～16年頃までとなっており、以降、減少傾向であったが、平成18年度以降、横ばい傾向にある。

※ 青線：月当たりの1事業所当たりの収入額
黒線：月当たりの1事業所当たりの収入額を4月ごとに計算した一連の平均値

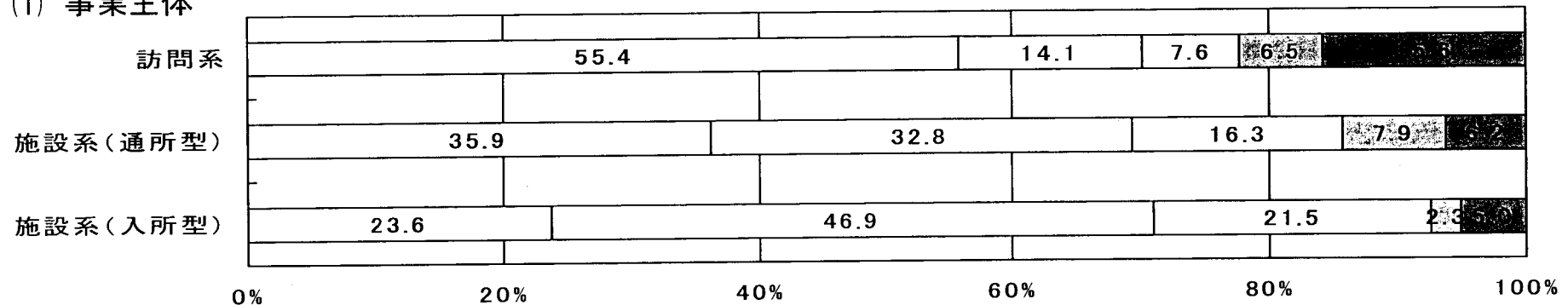
2. 通所介護事業所の労働者の 状況について

1 事業所の属性

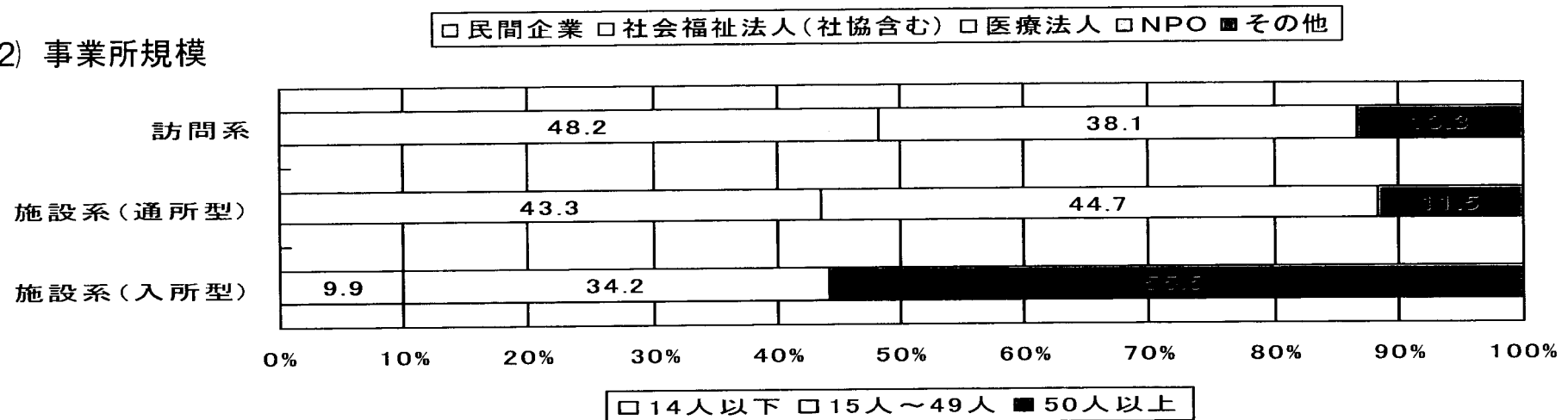
訪問系：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援
 施設系（入所型）：短期入所生活介護（療養介護）、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、認知症対応型共同生活介護、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 施設系（通所型）：通所介護、通所リハ、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護

- 訪問系の事業所は民間企業が多く、施設系（入所型）の事業所は社会福祉法人が多い。施設系（通所型）の事業所の主体別構成は、訪問系と施設系（入所系）の中間程度となっている。
- 施設系（通所型）の事業所は中規模と小規模がそれぞれ45%弱を占め、施設系（入所型）よりも訪問系の構成に近い。

(1) 事業主体



(2) 事業所規模



(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

2 労働者の属性①

- 施設系(通所型)事業所の労働者は、女性比率は施設系(入所型)と同程度。平均年齢及び平均実賃金は施設系(入所型)と訪問系の中間、勤続年数は一番低い。
- 施設系(通所型)の事業所では正社員・非正社員の割合は、ほぼ半々であり、施設系(入所型)と訪問型の中間となっている。

(1) 労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均実賃金

	女性比率	平均年齢	勤続年数	平均実賃金
訪問系	86.6%	47.8歳	3.7年	127.6千円
施設系(入所型)	75.3%	38.4歳	4.8年	205.0千円
<u>施設系(通所型)</u>	<u>77.1%</u>	<u>42.4歳</u>	<u>3.4年</u>	<u>153.4千円</u>

(2) 労働者の就業形態

	正社員	非正社員
訪問系	34.3%	65.3%
施設系(入所型)	65.0%	34.8%
<u>施設系(通所型)</u>	<u>49.8%</u>	<u>50.0%</u>

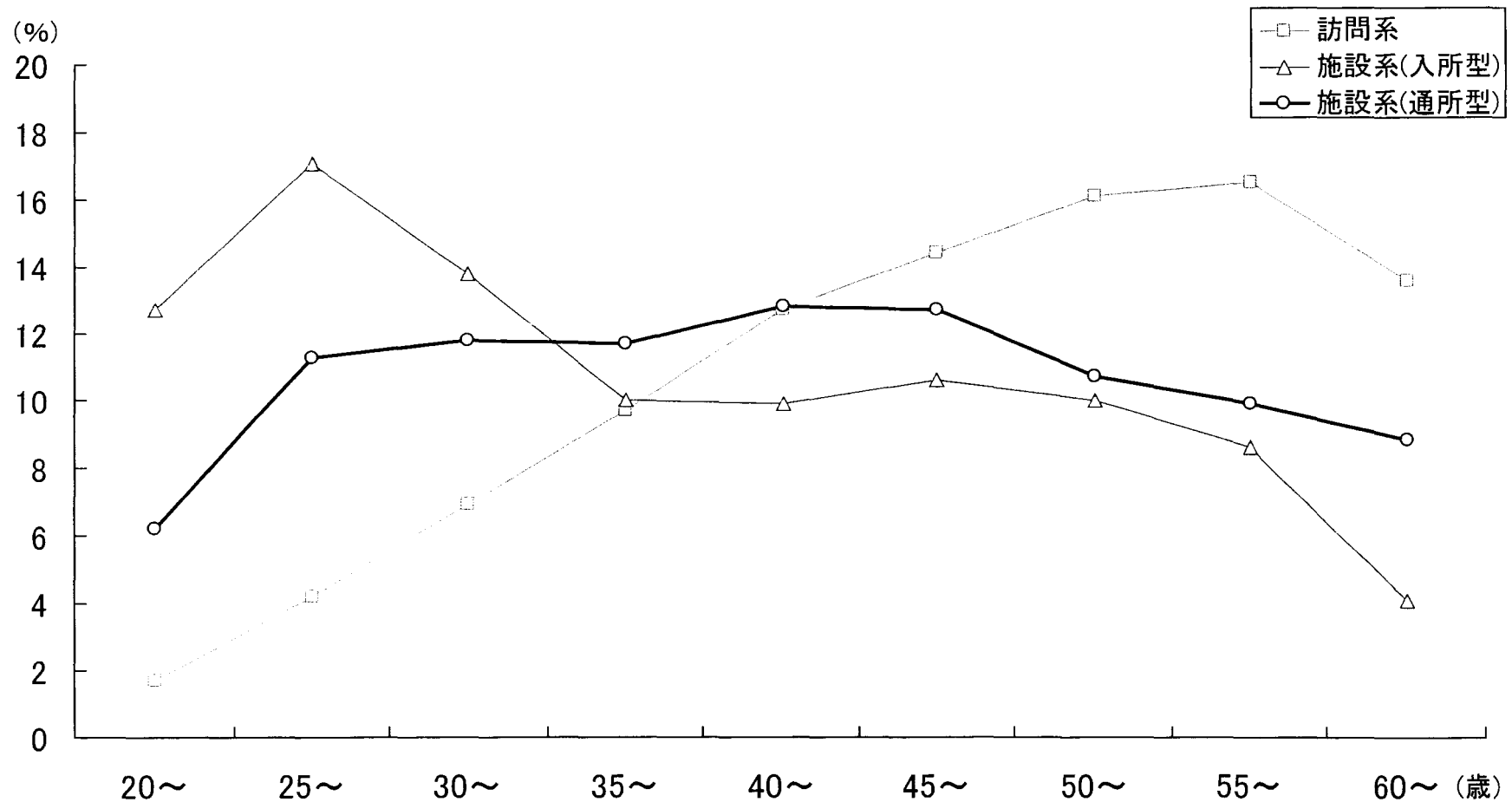
(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

(注) 平均実賃金は、諸手当及び税込みの賃金であり、正社員・非正社員を含む平均値。

2 労働者の属性②

○ 施設系(通所型)の労働者の年齢構成は、比較的均一である。施設系(入所型)は、若い世代の比率が高く、逆に訪問系は中高年層の比率が高い。

(3) 年齢階級別労働者構成割合



(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

3 現在の事業所に就職した理由（複数回答）

○ 現在の事業所に就職した理由について、訪問系の労働者は、施設系(入所型)と比較して、勤務日時が短いこと、自分の都合の良い時間に働けること、家庭の事情や他の活動と両立がしやすいことを理由に挙げる者が多い。施設系(通所型)は、訪問系と施設系(入所型)の間である。

	訪問系	入所型	通所型
経営が健全であり、将来的に安定しているから	14.7%	15.3%	12.7%
やりたい職種・仕事内容だから	49.5%	55.1%	54.4%
より収入の多い仕事に従事したかったから	8.7%	7.9%	6.5%
勤務時間や労働日数が短いから	10.0%	3.5%	8.9%
通勤が便利だから	28.6%	37.5%	37.3%
自分の都合の良い時間に働けるから	20.2%	4.8%	10.9%
家族や知人の勧めや紹介があったから	24.2%	25.8%	26.1%
家庭の事情や他の活動と両立しやすいから	16.8%	6.9%	12.5%
職員への教育研修が充実して、キャリアアップが図れるから	5.1%	3.0%	2.9%
優れた経営者がいるから	6.3%	3.5%	4.8%
その他	7.3%	6.7%	5.3%
特別な理由はない	5.3%	5.7%	5.5%

（出典）平成18年介護労働実態調査（（財）介護労働安定センター） 調査時点：平成18年8月

4 労働時間（1週間）

- 訪問系の事業所は施設系(入所型)と比べ、1週間当たりの労働時間が比較的短い。施設系(通所型)はその中間。
- 非正社員の約半数は、1週当たりの労働時間が30時間未満である。

(1) 1週間の労働時間数(サービス系別)

	30時間未満	30時間以上
訪問系	29.7%	66.3%
施設系(入所型)	7.8%	88.0%
<u>施設系(通所型)</u>	<u>16.4%</u>	<u>80.8%</u>

(2) 1週間の労働時間数(就業形態別)

	30時間未満	30時間以上
正社員	4.6%	91.4%
非正社員	46.7%	49.8%

((1)～(3)の出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

5 賃金水準①

- 平均月給は施設系(通所型)が低い。また、平均時給は施設系(入所型)とほぼ同程度である。
- 施設系(通所型)は、年収300万円未満の者の割合がもっとも高い。

(1) 月給者の平均所定内賃金

訪問系 : 214,853円 入所型 : 215,855円 通所型 : 203,518円

(2) 時間給者の平均時給

訪問系 : 1,319円 入所型 : 995円 通所型 : 1,030円

(3) 時間給者のうち、時間給の水準が1,000円未満の者の割合

訪問系 : 9.0% 入所型 : 63.2% 通所型 : 54.3%

(4) 前年の年収が103万円未満の者の割合

訪問系 : 18.3% 入所型 : 6.5% 通所型 : 14.5%

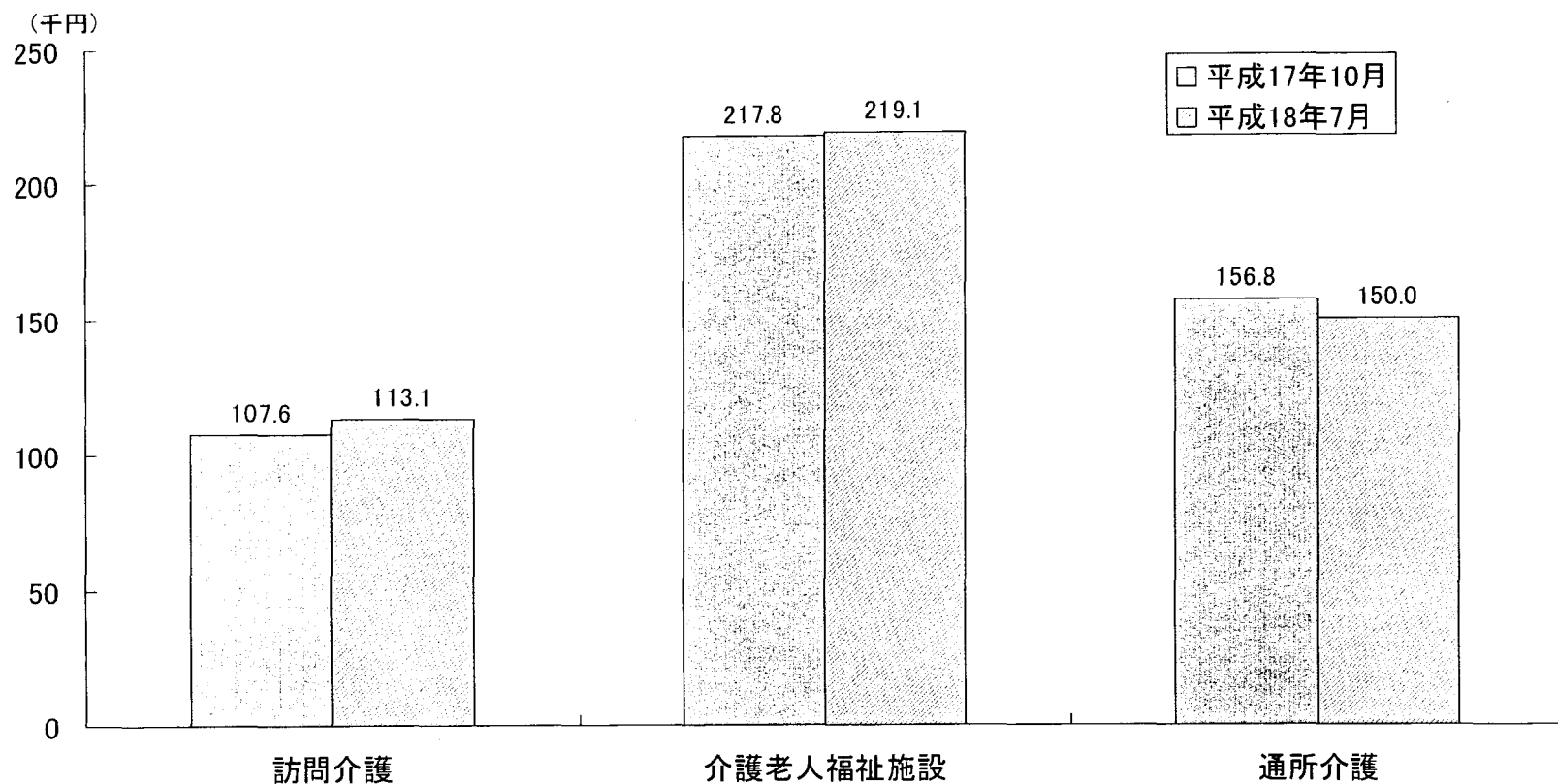
(5) 前年の年収が300万円未満の者の割合

訪問系 : 68.3% 入所型 : 66.0% 通所型 : 74.9%

※出典:平成18年介護労働実態調査 調査時点:平成18年8月

5 賃金水準②

○ 平均実賃金(諸手当・税込み)は、通所介護で平成17年から18年にかけて低下している。



※出典：平成17、18年介護労働実態調査

6 採用・離職の状況

- 通所介護の労働者の採用率・離職率は、訪問介護・介護老人福祉施設と比較して高い。また、増加率も高い。
- 通所介護は、離職率が高いものの職員の定着率が低いと回答している事業所は、それほど多くない。

(1) 採用率・離職率等

	1年間の採用率	1年間の離職率	1年間の増加率	離職者のうち 1年未満の者の割合
訪問介護	21.5%	15.3%	6.2%	38.0%
介護老人福祉施設	26.3%	19.7%	6.5%	37.4%
通所介護	<u>36.8%</u>	<u>24.5%</u>	<u>12.3%</u>	<u>48.4%</u>

※「平成18年介護労働実態調査(介護労働安定センター)」「(平成17年9月1日の従業者数に対するその後1年間の変動の割合)」

(2) 従業員の定着状況(管理者の意識)

	定着率が低くて困っている	定着率は低いが特に困っていない	定着率は低くない
訪問介護	14.6%	10.4%	73.3%
介護老人福祉施設	28.8%	13.3%	56.0%
通所介護	<u>14.7%</u>	<u>11.9%</u>	<u>71.5%</u>

(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

7 事業所における従業員の職種別過不足状況

○ 通所介護は、訪問介護、介護老人福祉施設と比較して、従業員が不足していると回答する割合が低い。

	①大いに不足	②不足	③やや不足	④適当	⑤過剰	再掲 ①+②+③
訪問介護	9.0%	23.1%	35.6%	31.7%	0.6%	67.7%
介護老人 福祉施設	3.7%	15.8%	36.0%	43.5%	1.0%	55.5%
通所介護	3.3%	10.2%	30.5%	54.7%	1.4%	<u>44.0%</u>

(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

8 働く上での悩み・不安・不満等

- 訪問系では定められたサービス行為以外の仕事を要求されることに不満がある。
- 施設系(入所型)では、仕事内容の割に賃金が安いこと、夜間帯への不安、ケア方法の不安、暴力を受けた経験があることなどに悩み・不安・不満がある。
- 施設系(通所型)は、訪問系、入所型と比べて、目立った特徴はない。

悩み等の内容	訪問系	施設系(入所型)	施設系(通所型)
仕事内容の割に賃金が低い	33.1%	50.6%	43.1%
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	11.9%	44.8%	4.8%
福祉機器の不足、機器操作の不慣れ、施設の構造に不安がある	3.1%	18.7%	13.9%
ケアの方法等について意見交換が不十分である	22.3%	38.8%	30.9%
暴力を受けた経験がある	3.3%	13.3%	5.1%
定められたサービス行為以外の仕事を要求される	38.2%	11.3%	18.0%
職場での人間関係について特に悩み、不安・不満等は感じていない	41.1%	23.4%	29.4%

※ 各項目でそのように答えた者の割合。

(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

9 事業所の経営状況①

- 平成18年7月(介護報酬改定後)の売り上げを平成18年3月(介護報酬改定前)と比較した場合、改定後に売り上げが減ったと回答した事業所の割合の方が高い。
- 施設系(通所型)は、売上を伸ばしているところもあり、バラツキが大きいが平均すれば、訪問系、入所型よりも報酬改定等の影響は少ない。

○平成18年3月を100とした平成18年7月の売り上げ指数

	80%未満	80%以上 90%未満	90%以上 100%未満	100%以上 110%未満	110%以上	平均指数
訪問系	11.7%	14.7%	19.8%	19.2%	19.0%	96.2
施設系 (入所型)	4.5%	8.2%	38.9%	29.5%	9.5%	97.1
<u>施設系 (通所型)</u>	<u>8.4%</u>	<u>15.5%</u>	<u>24.0%</u>	<u>19.4%</u>	<u>21.8%</u>	<u>98.1</u>

(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

9 事業所の経営状況②

通所介護は、地方自治体を除いた調査客体で収支差がプラスとなっている。

○介護サービス(福祉系)の開設主体別収支差

		全体	地方公共団体	社会福祉協議会	社会福祉法人	営利法人	医療法人
訪問介護	収支差	▲0.1%	▲17.0%	▲7.4%	1.6%	1.6%	2.4%
	主体別構成割合 (注1)	—	0.8%	15.1%	21.7% (注2)	40.8%	7.5%
介護老人福祉施設	収支差	13.6%	14.0% (注3)	—	13.6%	—	—
	主体別構成割合 (注1)	—	4.3%	—	95.2% (注4)	—	—
通所介護	収支差	<u>7.2%</u>	<u>▲6.9%</u>	<u>3.9%</u>	<u>8.1%</u>	<u>8.6%</u>	<u>4.1%</u>
	主体別構成割合 (注1)	—	<u>2.3%</u>	<u>11.5%</u>	<u>57.7%</u> (注2)	<u>15.2%</u>	<u>5.3%</u>

(注1) 調査客体に占める割合。(注2) 社協を除く。

(注3) 一部事務組合含む。(注4) 社協を含む。

(出典) 平成17年介護事業経営実態調査 調査時点: 平成17年3月の収支

10 事業所運営上の問題点

施設系(通所型)では、事業運営上の問題点として、書類作成の煩雑さをあげる割合が高い。

○指定介護サービス事業を運営する上での問題点(複数回答)

	訪問系	施設系(入所型)	施設系(通所型)
今の介護報酬では十分な賃金を払うことができない	45.9%	49.1%	50.3%
介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われてしまう	46.8%	37.0%	<u>50.3%</u>
経営(収支)が苦しく労働条件や福祉環境の改善をしたくてもできない	35.1%	33.1%	40.5%
良質な人材の確保が難しい	30.1%	44.6%	30.2%
介護保険の請求事務が煩雑で時間に追われてしまう	19.8%	13.9%	17.4%
介護従事者の介護業務に関する知識や技術が不足しており、教育が必要	11.1%	20.1%	14.4%
介護保険の改定等についての的確な情報や説明が得られない	13.9%	13.8%	14.3%
利用者や利用者の家族の介護サービスに対する理解が不足している	18.4%	10.6%	9.8%
介護従事者の介護業務に臨む意欲や姿勢に問題がある	5.9%	9.8%	7.7%
管理者と職員間のコミュニケーションが不足している	3.9%	8.6%	6.6%
介護従事者同士のコミュニケーションが不足している	4.3%	8.4%	6.0%
雇用管理等についての情報や指導が必要である	5.7%	5.1%	6.0%
その他	4.4%	3.8%	3.8%
特に問題はない	3.4%	3.1%	3.0%

(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

1 1 介護保険制度改正に伴う仕事や職場環境の状況変化

介護保険制度改正に伴い、施設系(通所型)では、「業務量が増えた」、「労働時間が増加した」、「利用者の介護保険サービスへの苦情が増えた」と回答した者の割合が高い。

(1) 介護保険制度改正に伴う仕事や職場環境の状況変化の有無

	あった	なかった	分からない
訪問系	51.5%	33.3%	13.0%
施設系(入所型)	48.8%	26.4%	22.2%
施設系(通所型)	<u>57.5%</u>	<u>24.1%</u>	15.9%

(2) (1)で「あった」と回答した者について、状況変化の内容(複数回答)

	業務量が増えた	業務量が減った	賃金下がった	賃金上がった	労働時間が増加した	労働時間が減少した	やめる人が増えた	新規採用が増えた	苦情が増えた※	教育・研修が増えた	その他
訪問介護	42.3%	18.1%	18.1%	3.0%	23.3%	14.0%	12.9%	8.9%	29.0%	25.6%	3.5%
施設系(入所型)	50.9%	1.0%	14.9%	4.0%	21.6%	1.9%	17.9%	14.3%	8.3%	31.3%	4.4%
施設系(通所型)	<u>63.2%</u>	1.9%	8.8%	3.5%	<u>33.4%</u>	2.1%	11.5%	12.1%	<u>18.5%</u>	22.7%	3.4%

※「利用者の介護保険サービスへの苦情が増えた」

((1)及び(2)の出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

介護老人保健施設事業の 介護報酬改定の影響の分析

1. 介護老人保健施設の人件費率と利益率の推移

○ 介護老人保健施設の人件費率及び利益率とも、平成14年時点よりも上昇している。

介護老人保健施設の人件費率及び利益率の推移

(各年3月分収支)

	平成14年	平成17年
人件費率 (給与費率)	47.8	49.5
利益率	11.6	12.3

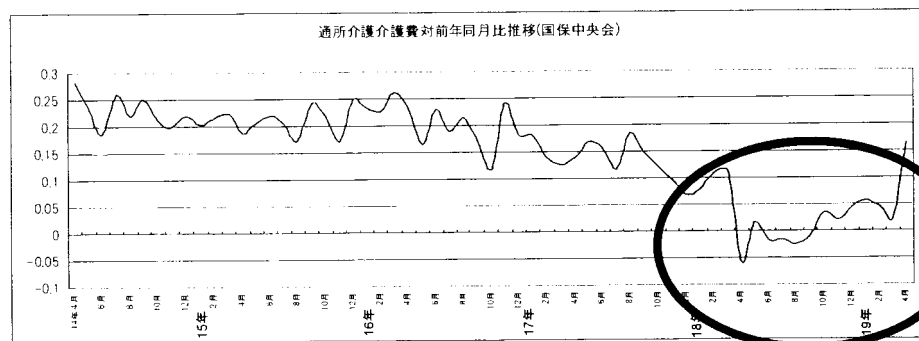
(出典)厚生労働省「介護事業経営実態調査」

(注)人件費率は収益に対する割合。

2. 介護保健施設サービスへの介護報酬の改定の影響

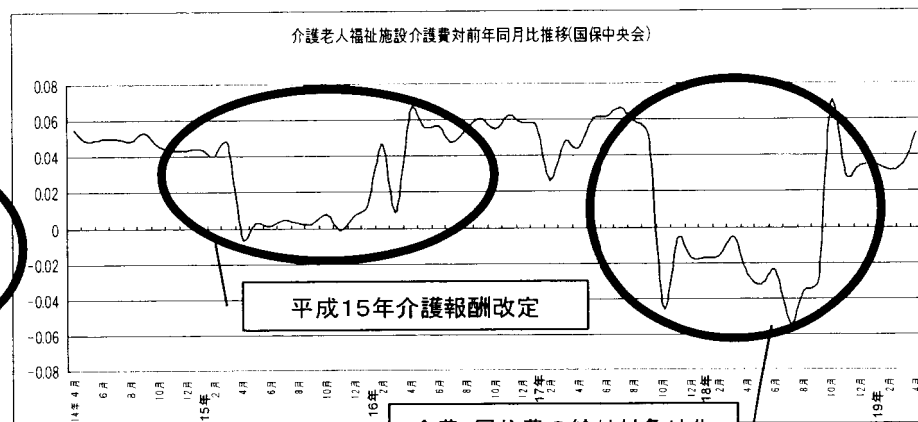
○ 介護報酬改定の一般的な影響の現れ方は、以下のとおり。

- ①改定時点においては、一時的に対前年同月比推移がマイナスまで下降する。
- ②一定期間を経過すると、事業所の経営方針の変更等により、伸びが改定前の水準にまで回復する。



平成18年介護報酬改定

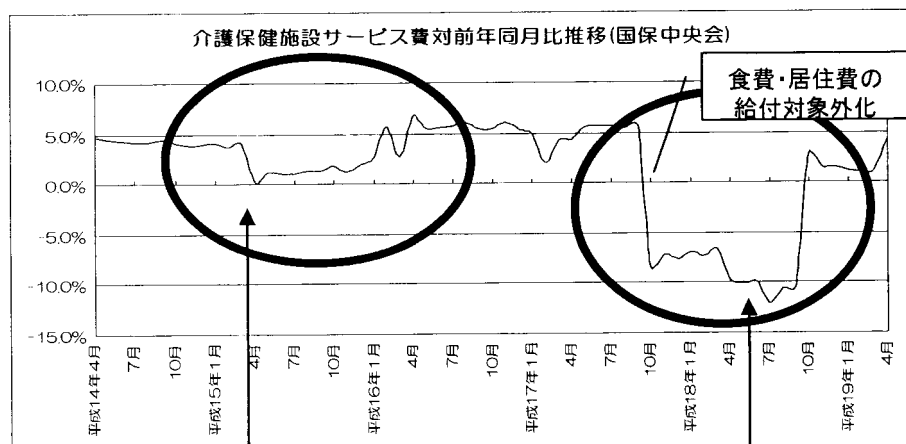
(出典) 件数等推移(国民健康保険中央会)



平成15年介護報酬改定

食費・居住費の給付対象外化

(出典) 件数等推移(国民健康保険中央会)



平成15年報酬改定

(出典) 件数等推移(国民健康保険中央会)

平成18年報酬改定

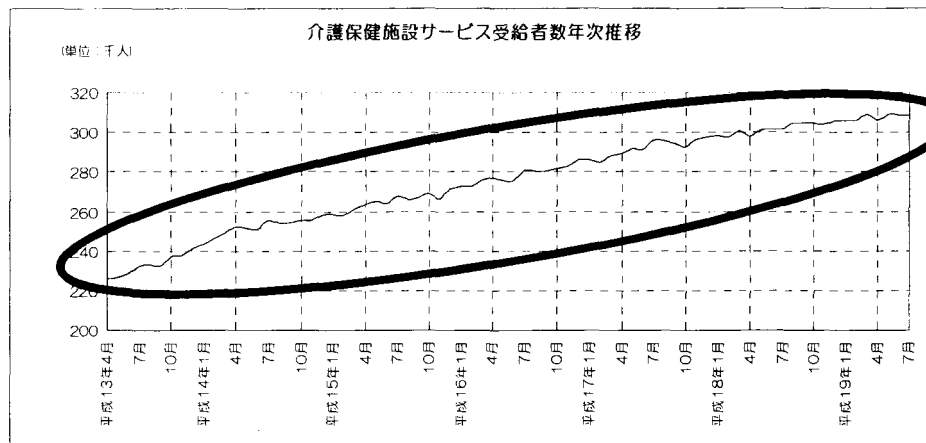
○介護保健施設サービス費の対前年同月比推移を見ると、平成15年の介護報酬改定時には少しばかり伸びが鈍化している。

○また、平成17年10月の介護報酬改定時には相当程度の伸びの下降が見られる。

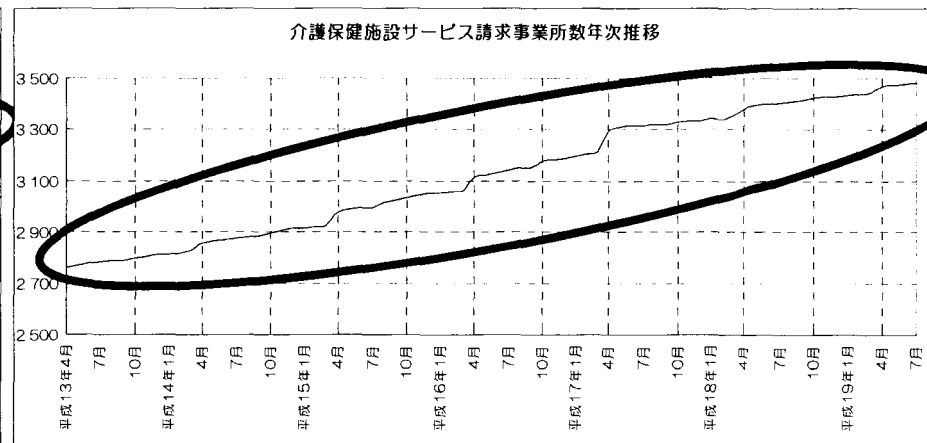
→ 介護報酬改定は一定程度の影響がある。

3. 介護老人保健施設の事業者の動向について

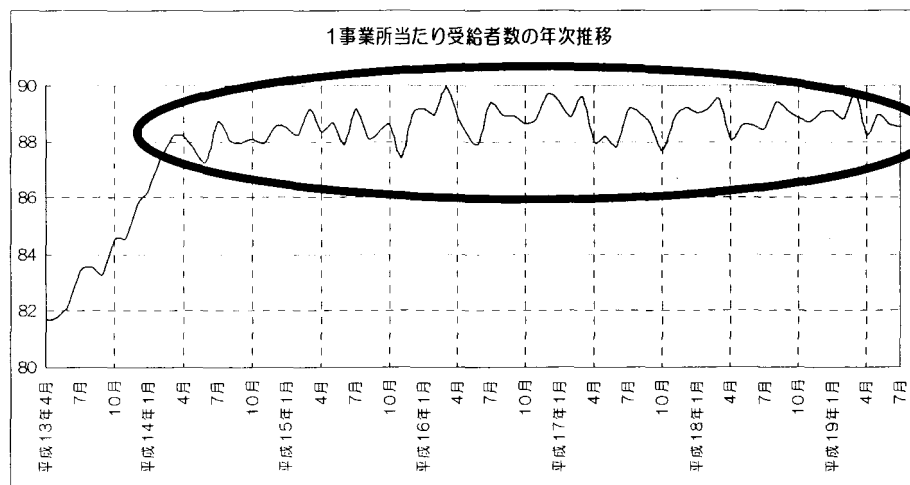
- 介護保健施設サービス受給者数は逡増傾向にある。
- 介護保健施設サービス請求事業所推移も同様に逡増傾向にある。



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)



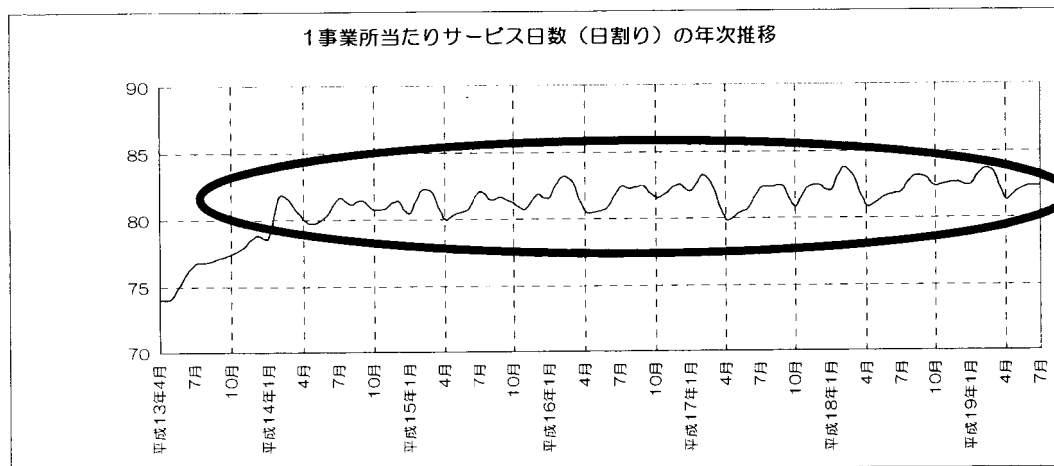
(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

- 平成14年4月以降は、多少の増減はあるものの、1事業所当たりの受給者数の推移は横ばいである。

- 事業所数と受給者数の増加幅がほぼ同程度である。

4. 「1事業所当たり受給者数」の減少の影響について

① 介護老人保健施設1事業所当たりのサービス日数について



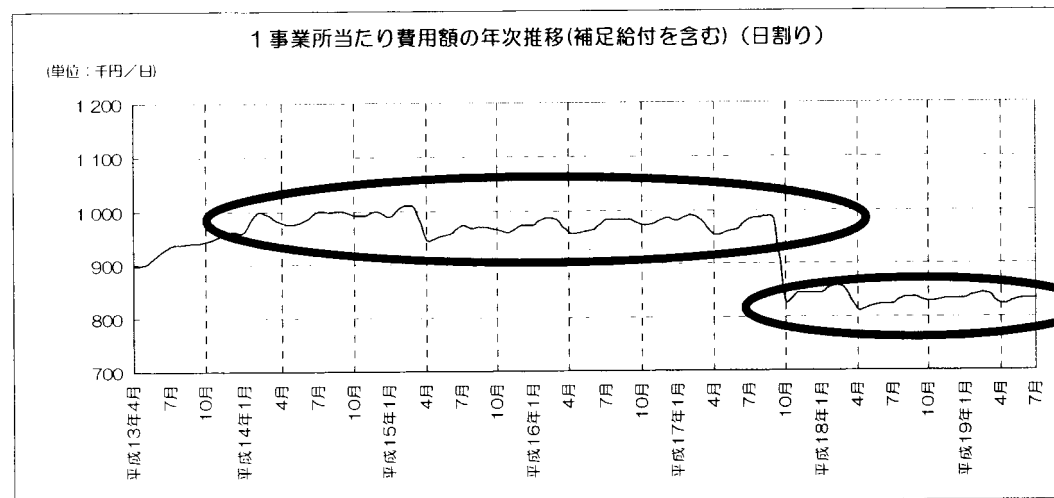
(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

○ 3. のとおり、1事業所当たりの受給者数が横ばいとなっており、結果として、介護老人保健施設1事業所当たりのサービス日数も横ばいの傾向にある。

○ 介護老人保健施設1事業所当たりのサービス日数は、平成14年1月頃から現在まで横ばいである。

※ 1ヶ月の日数が月ごとに変わり、誤差を除くため、日割り計算を行っている。

② 介護老人保健施設1事業所当たりの費用額について



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

○ 3. のとおり、1事業所当たりの受給者数が減少し、また、上記のとおり、介護老人保健施設1事業所当たりのサービス日数も減少していることから、介護老人保健施設1事業所当たりの費用額については、介護報酬改定の影響により平成15年4月と平成17年10月に減少を見せるものの、基本的には横ばいの傾向にある。

※ 1ヶ月の日数が月ごとに変わり、誤差を除くため、日割り計算を行っている。5

介護老人保健施設の介護労働者の状況

1. 就業形態・勤務形態

施設毎の正社員・非正社員比率

(単位: %)

	正社員	非正社員			無回答
		合計	うち常勤労働者	うち短時間労働者	
介護老人福祉施設	77.7	21.1	13.8	7.3	1.2
介護老人保健施設	78.2	20.0	10.1	9.9	1.8
介護療養型医療施設	84.0	14.9	6.0	8.9	1.1

賃金支払形態の構成

(単位: %)

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設
月給者	83.8	82.4
日給者	4.2	2.8
時間給者	11.8	14.1
無回答	0.2	0.6

(出典)平成18年度介護労働実態調査((財)介護労働安定センター)

2. 賃金水準

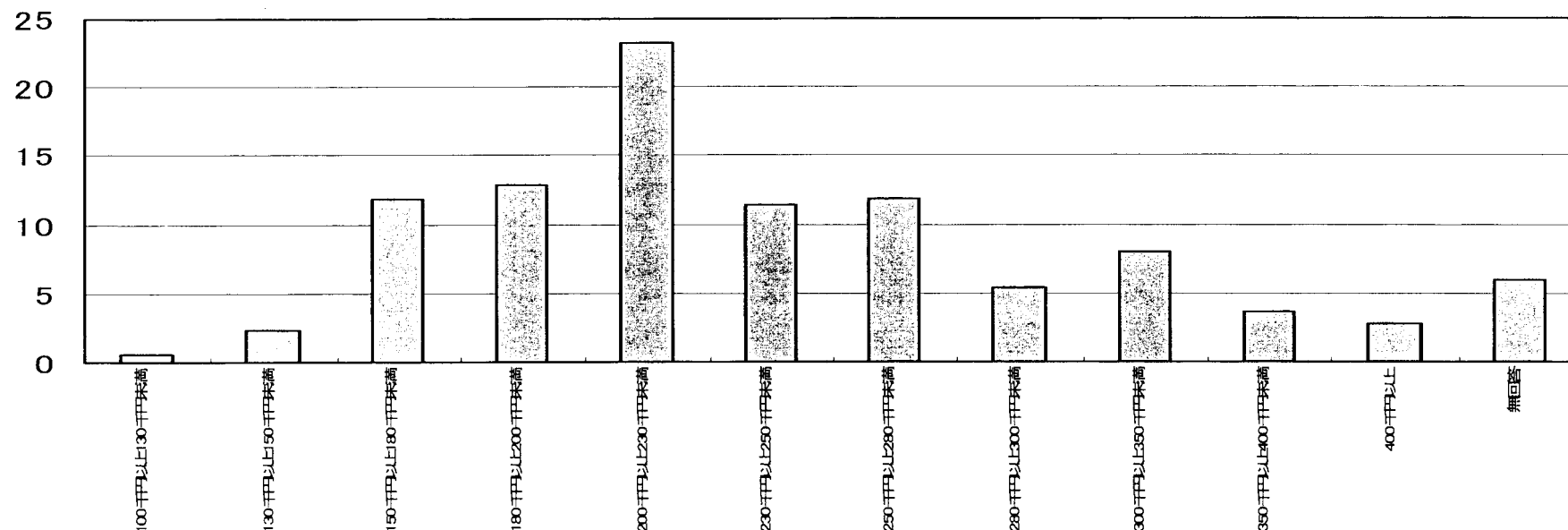
1ヶ月の平均実賃金

(単位: 千円/月)

	合計	月給者	日給者	時間給者
介護老人福祉施設	219.1	235.8	156.8	122.9
介護老人保健施設	219.7	238.4	164.4	120.0
介護療養型医療施設	231.0	246.4	163.4	116.3

(%)

月給者の平均実賃金構成



3. 離職率

各施設種類毎の採用率・離職率と離職者構成

(単位: %)

	1年間の 採用率	1年間の 離職率	離職者のうち 1年未満の者	離職者のうち 1年以上3年未満の者
介護老人福祉施設	26.3	19.7	37.4	38.0
介護老人保健施設	25.0	21.2	34.1	42.1
介護療養型医療施設	26.5	20.9	36.2	39.7

各施設種類毎の離職率の構成割合

(単位: %)

	10%未満	10%以上 15%未満	15%以上 20%未満	20%以上 25%未満	25%以上 30%未満	30%以上	無回答
介護老人 福祉施設	29.4	17.8	12.5	9.9	7.9	19.5	2.9
介護老人 保健施設	25.0	15.5	16.1	11.6	7.3	20.4	4.1
介護療養型 医療施設	17.2	13.5	9.4	14.1	6.3	30.7	8.9

(出典) 平成18年度介護労働実態調査((財)介護労働安定センター)

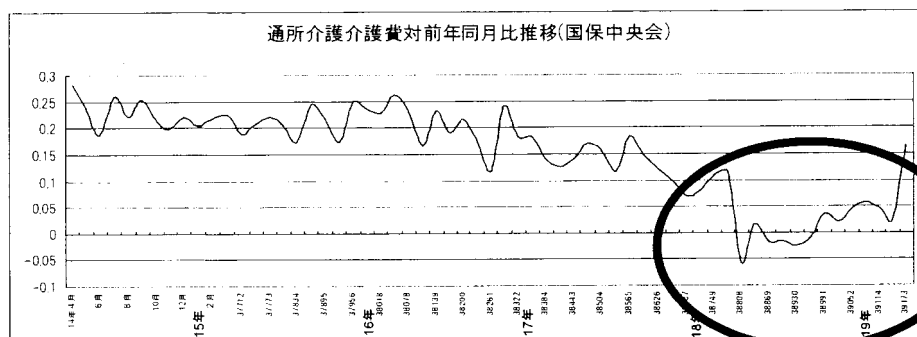
(注) 離職率及び離職者は正社員・非正社員を対象としている。

介護給付対象の訪問看護事業に係る 介護報酬改定の影響の分析

1. 訪問看護介護費への介護報酬の改定の影響

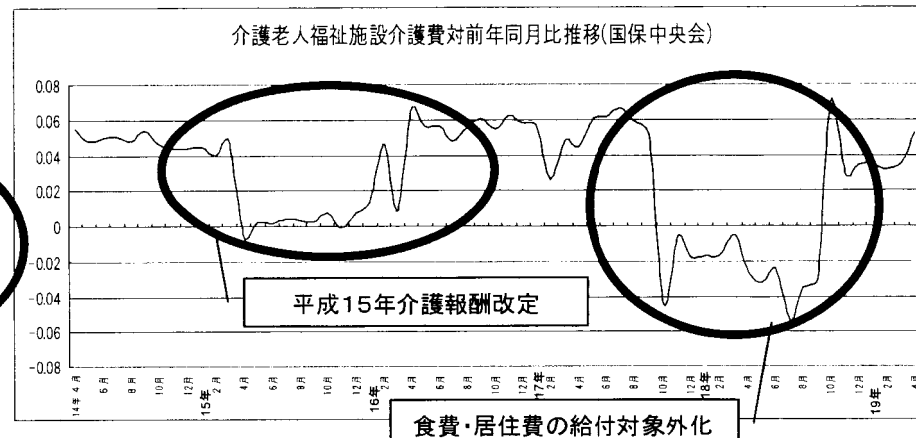
○介護報酬改定の一般的な影響の現れ方は、以下のとおり。

- ①改定時点においては、一時的に対前年同月比推移がマイナスまで下降する。
- ②一定期間を経過すると、事業所の経営方針の変更等により、伸びが改定前の水準にまで回復する。

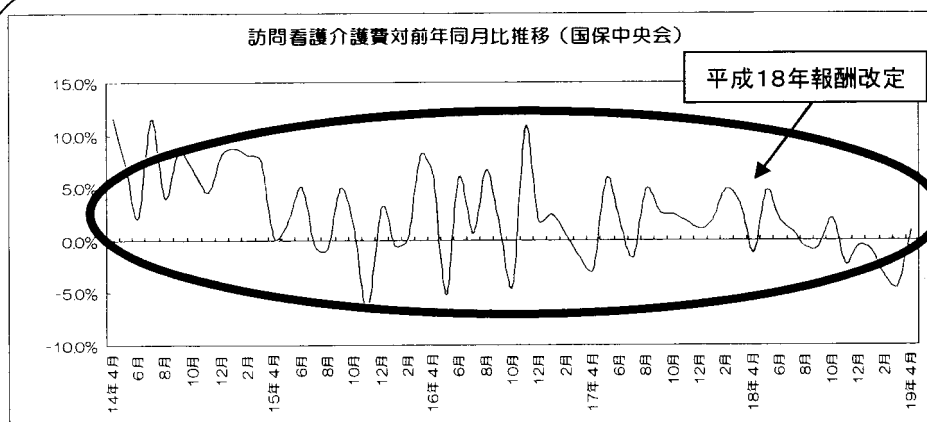


平成18年介護報酬改定

(出典) 件数等推移(国民健康保険中央会)



(出典) 件数等推移(国民健康保険中央会)



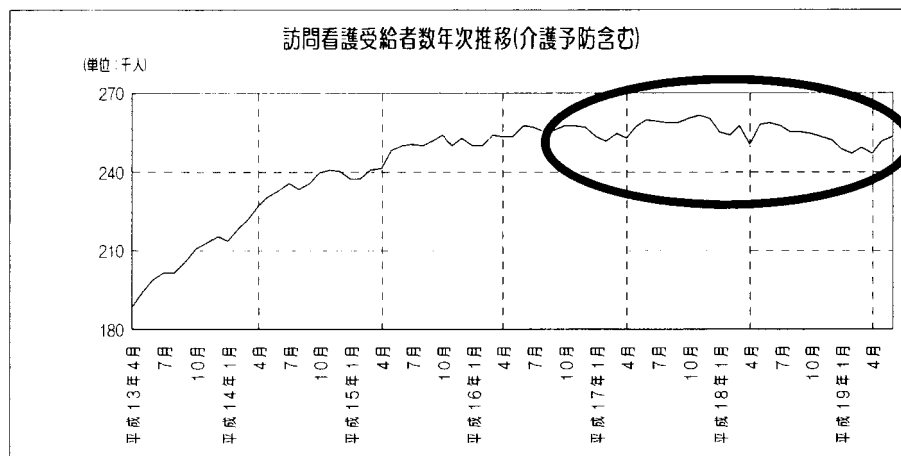
(出典) 件数等推移(国民健康保険中央会)

訪問看護介護費の対前年同月比推移を見ると、他のサービスの動向とは異なり、改定時に関係なく、伸びの兆候が見られず、常に不安定な状態である。

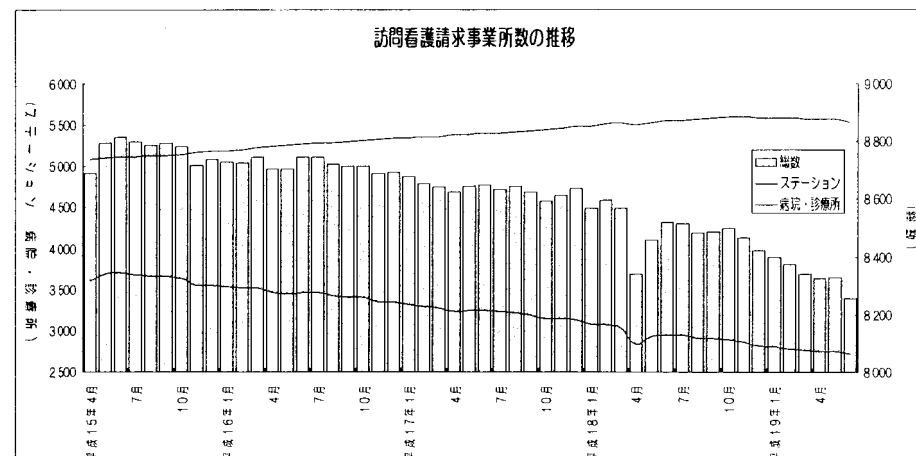
訪問看護介護費に対する介護報酬の改定の影響はあまり見られない

2. 訪問看護事業者の動向について

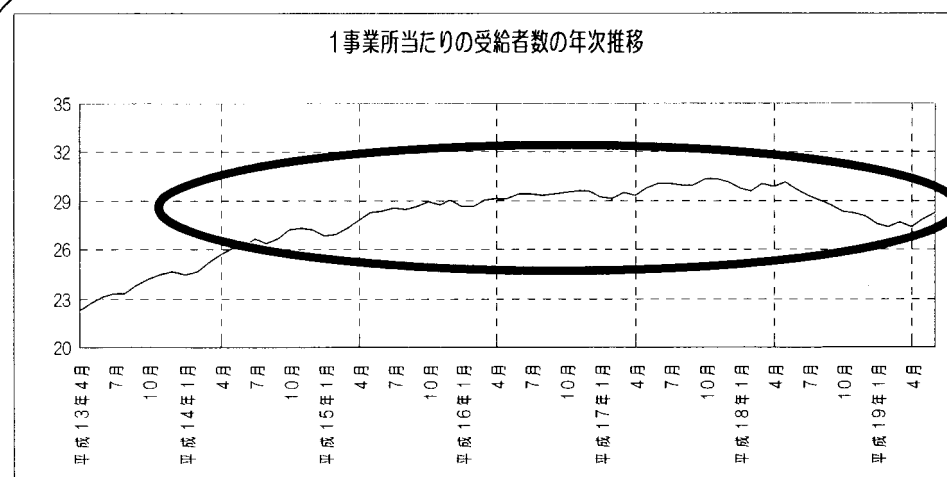
- 訪問看護受給者数は平成18年夏以後、減少に転じている。
- 訪問看護ステーション数は上昇しているが、病院・診療所による訪問看護事業所数は減少しており、結果、訪問看護請求事業所総数は、平成15年6月以降、減少している。



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)



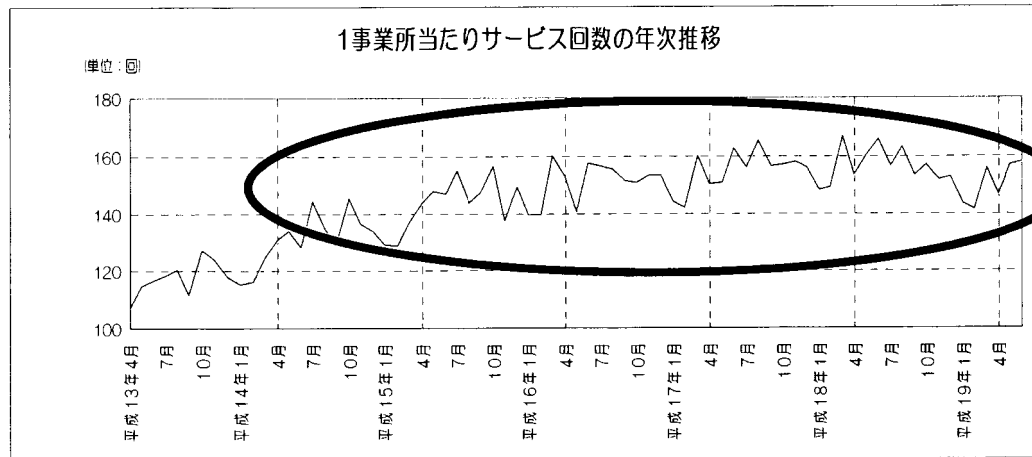
(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

○1事業所当たりの受給者数は、平成16年度以降はそれほどの増減を見せることはなかったが、平成17年10月をピークに減少し、平成18年4月以降は顕著に減少している。

○受給者数が減少に転じた平成18年夏以降、一事業者当たり受給者数も減少に転じている。

3. 「1事業所当たり受給者数」の減少の影響について

①訪問看護1事業所当たりのサービス回数について

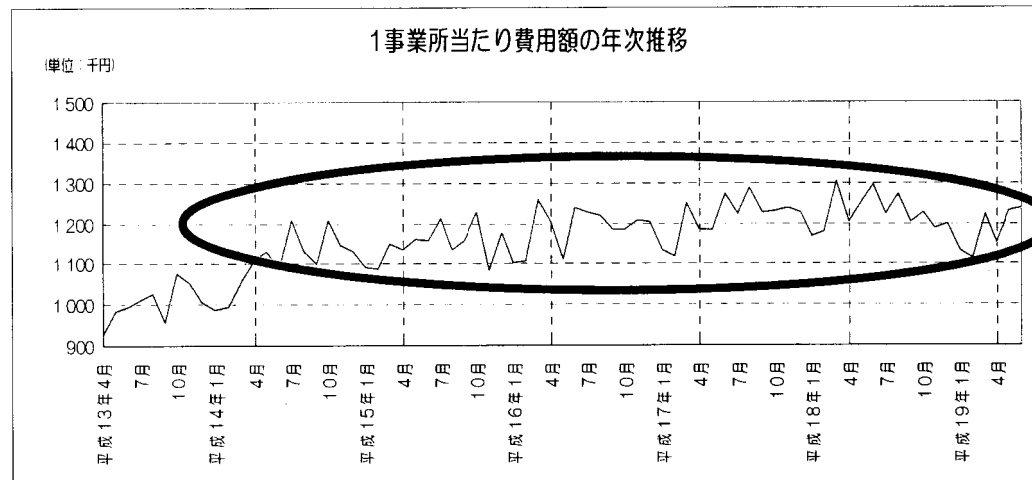


(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

○2. のとおり、1事業所当たりの受給者数の増減はあまりなく、結果として、訪問看護1事業所当たりのサービス回数は徐々に増加傾向にはあったものの、大きい増減はみられない。

○訪問看護1事業所当たりのサービス回数は、平成18年夏以降緩やかな減少に転じている。

②訪問看護1事業所当たりの費用額について



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

○2. のとおり、1事業所当たりの受給者数の増減はあまりなく、また、上記のとおり、訪問看護1事業所当たりのサービス回数も大きな増減がみられないことから、訪問看護1事業所当たりの費用額についても徐々に増加傾向にはあったものの、大きな増減はみられない。

○訪問介護1事業所当たりの費用額は、平成18年夏以降緩やかな減少に転じている。

検討

1. 訪問看護（介護保険・医療保険）の市場について

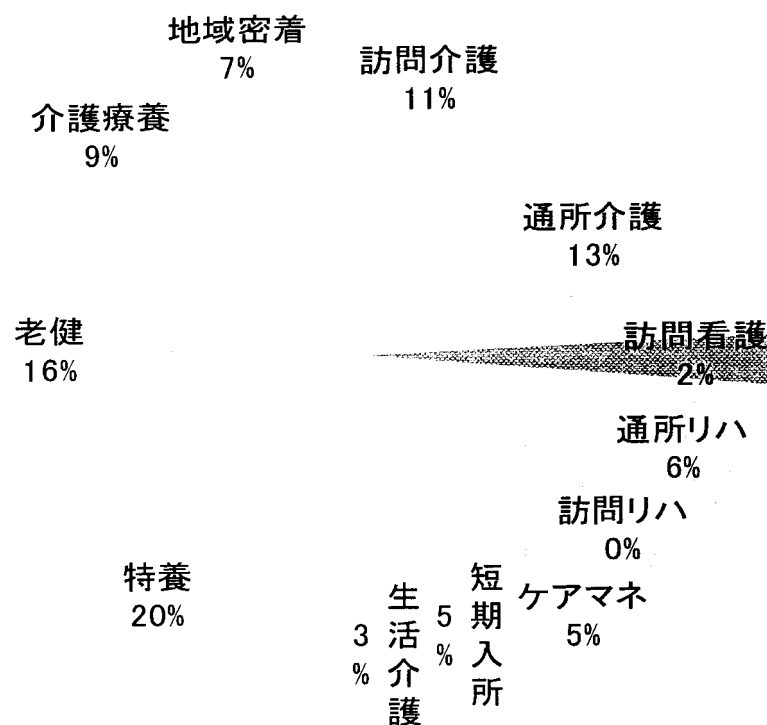
○ 訪問看護の市場は、介護保険サービス及び医療保険サービスにおいて非常に小さい。

訪問看護のシェアは、

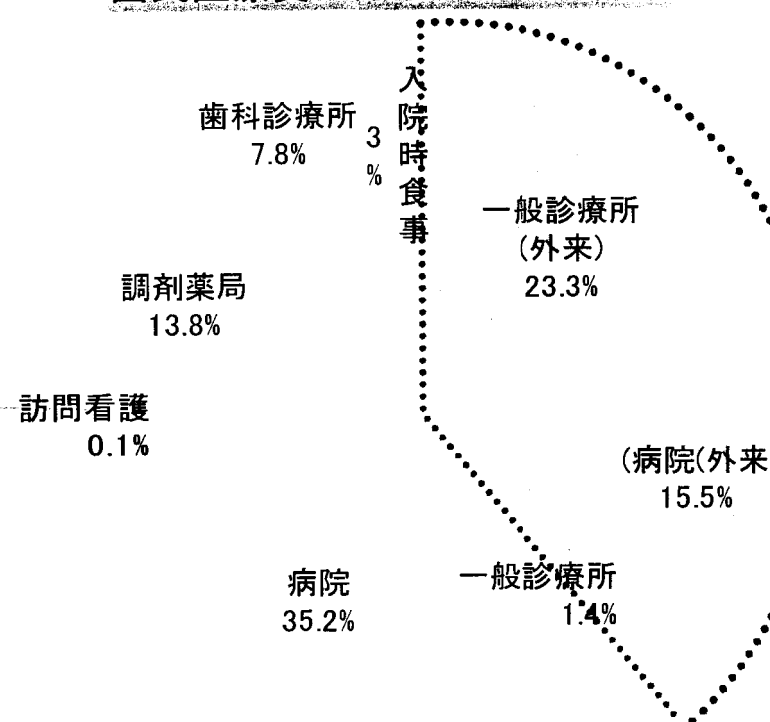
- 介護費全体の約2% (1,300億円程度)
- 国民医療費全体の約0.1% (320億円程度)

※ 保険医療機関からの訪問看護は、「在宅患者訪問看護指導料」として在宅医療に位置づけ。

介護費用額の構成（平成18年3月）

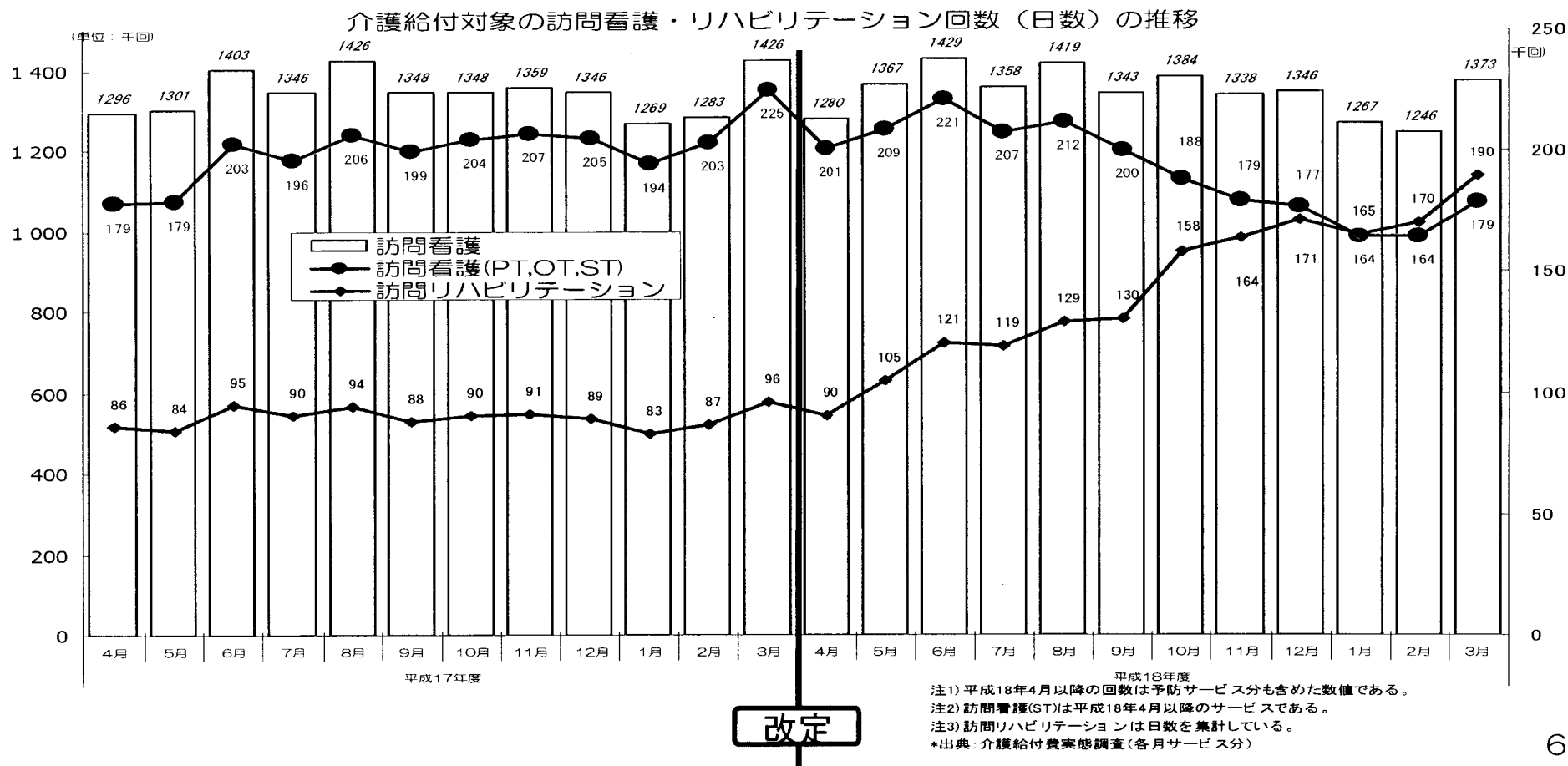


国民医療費の分配（平成17年度）



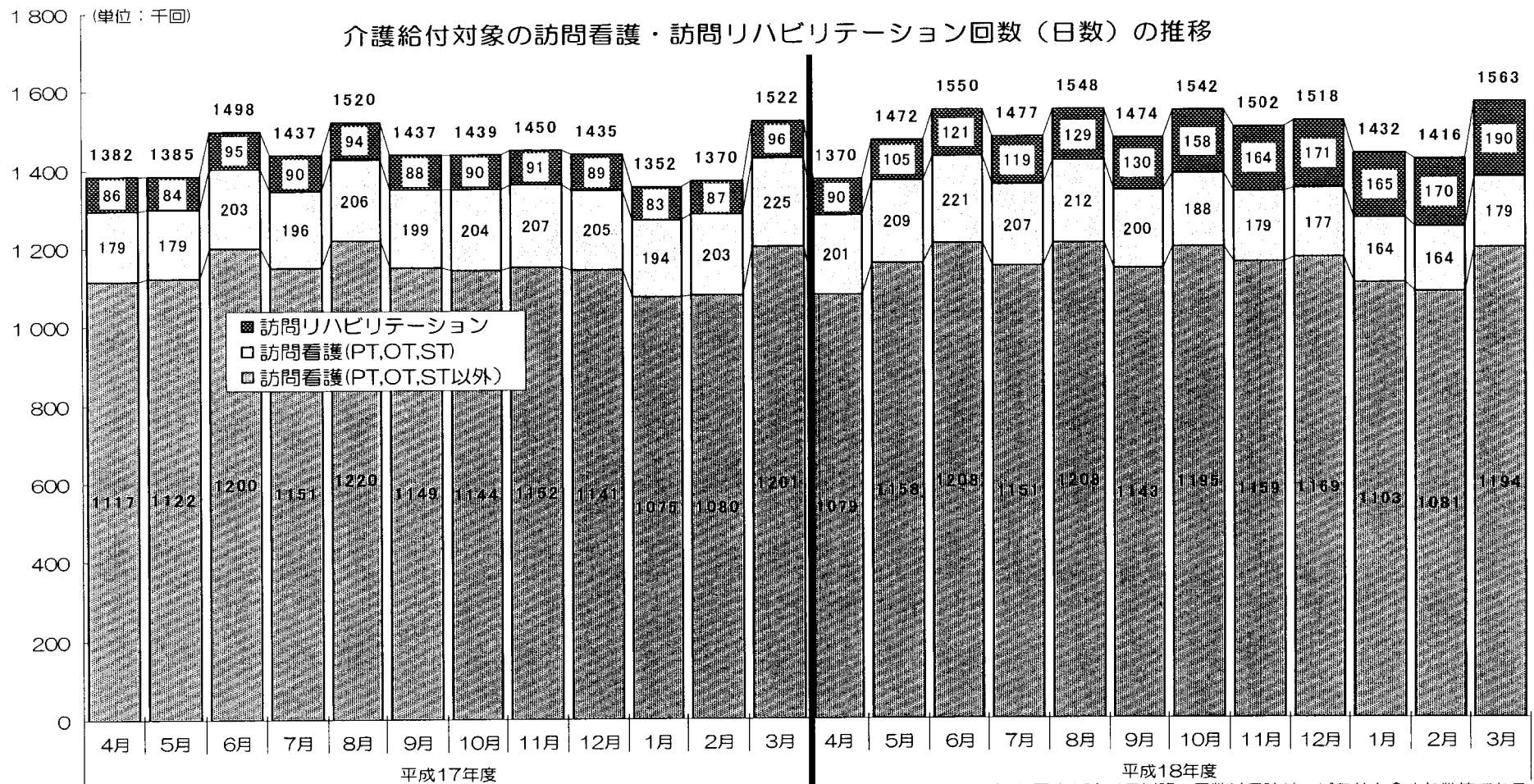
2. 訪問看護と訪問リハビリテーションについて

- 平成18年4月改定において、「訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の数を上回るような設定がなされることは適当ではない」とされた。なお、この点については、6ヶ月間の猶予が設けられた。
- この結果、平成18年9月以降、PT、OT、STによる訪問看護は減少した。一方、訪問リハビリテーションが大きく伸展している。なお、訪問看護と訪問リハビリテーションの合計回数は、横ばいである。
→ 訪問看護によるリハビリテーションから訪問リハビリテーションに利用者が移行しているのではないか。



(参考) 訪問看護と訪問リハビリテーションの回数の推移

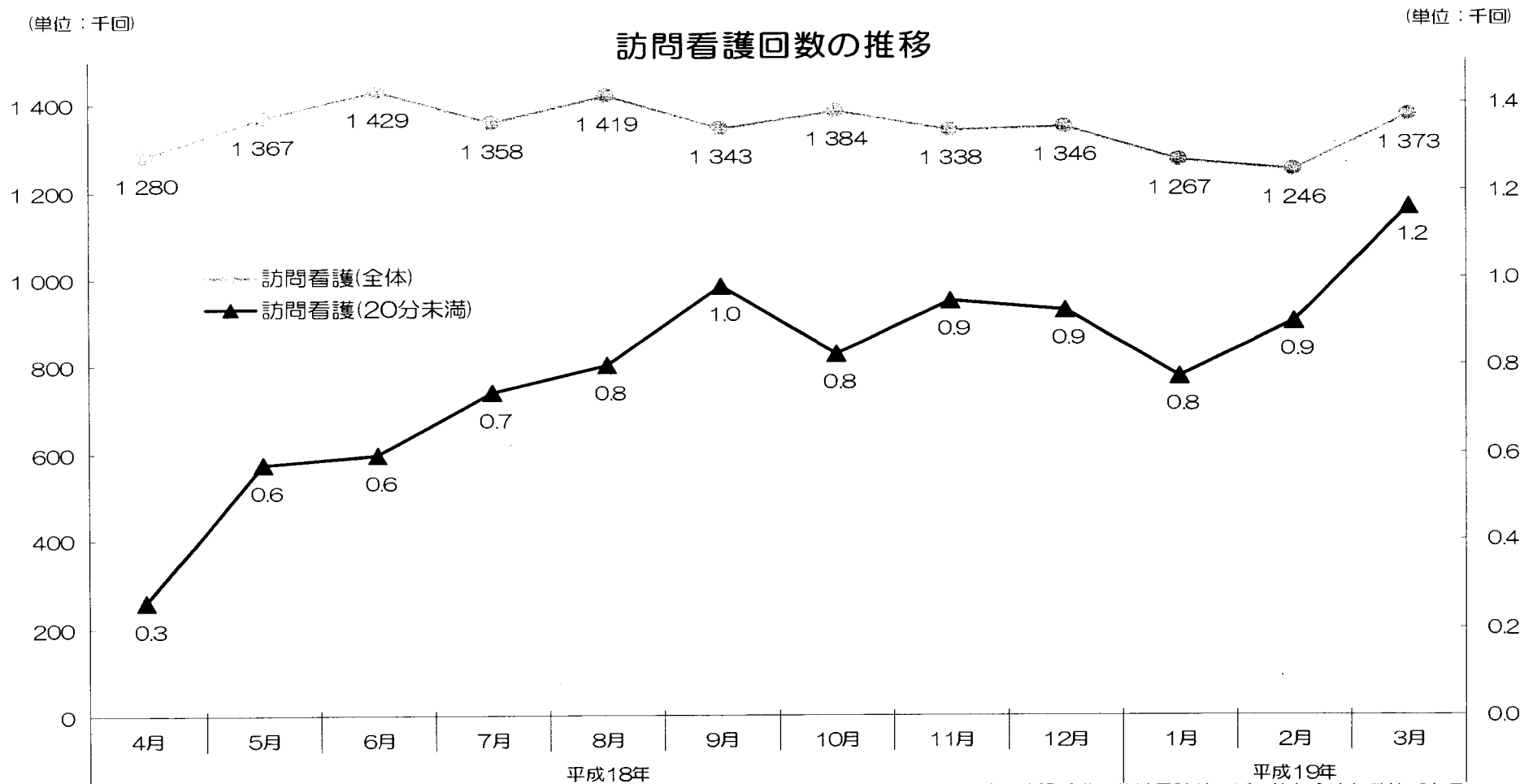
- 看護師等(PT、OT、ST以外の従事者)による訪問看護は、横ばい。
- 訪問看護と訪問リハビリテーションの合計回数は、横ばい。



注1) 平成18年4月以降の回数は予防サービス分も含めた数値である。
 注2) 訪問看護(ST)は平成18年4月以降のサービスである。
 注3) 訪問リハビリテーションは日数を集計している。
 *出典: 介護給付費実態調査(各月サービス分)

3. 訪問看護の短時間訪問の状況

- 短時間の訪問看護については、緩やかな増加傾向が見られる。
 → 短時間の訪問看護回数の増加は、事業者数が減少する一方で、訪問看護回数は横ばいで推移するという傾向を下支えする程度の増加ではない。

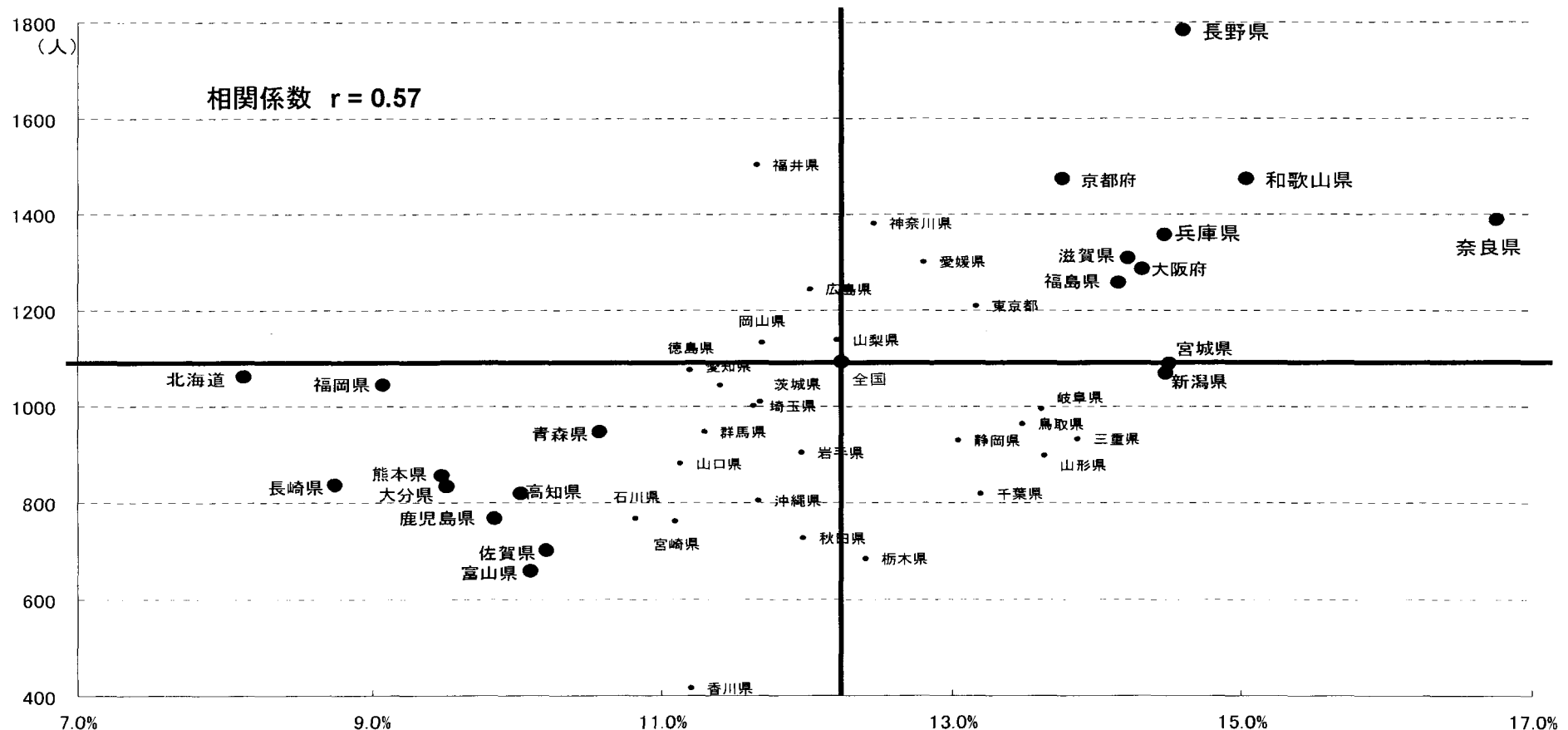


注) 訪問看護回数は予防サービス分も含めた数値である。
 *出典：介護給付費実態調査（各月サービス分）

4. 訪問看護の利用人数と自宅死亡の割合

- 都道府県別にみた高齢者人口10万人当たりの訪問看護利用者数には4倍以上の開きがある(最多は長野県、最小は香川県)。
- 訪問看護利用が高い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い。

高齢者人口10万人当たりの訪問看護の利用実人数・総死亡者数に対する自宅死亡の割合(都道府県別)



出典：介護サービス施設・事業所調査(平成17年)
人口動態調査(平成17年)
高齢者人口については総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計」による。

5. 訪問看護ステーション数と従事者数の年次推移

- 訪問看護ステーション数は平成18年にピークを迎えている。
- 常勤換算看護職員1人当たりの延利用者数が増加しているにもかかわらず、1事業所当たりの常勤換算看護職員数は増加していない。
- 看護職員の負担は相当程度あり、事業所単位で顧客の拡大ができないのではないかと懸念されている。

○介護給付対象の訪問看護ステーション設置数→事業所数は漸増傾向が続き、うち8割は24時間体制。

平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
4,730 (70.8%)	4,825 (73.5%)	4,991 (75.2%)	5,091 (77.1%)	5,224 (77.7%)	5,309 (78.6%)	5,480 ※速報値

※（）内は、緊急時訪問看護加算の届け出事業所の割合

※緊急時訪問看護加算・・・訪問看護ステーションが利用者又はその家族に対して24時間連絡体制にあり、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急訪問を必要に応じて行うことを評価するもの。

○介護給付対象の訪問看護従事者数→職員一人当たりの延べ利用者数は若干増加する傾向。

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
1事業所当たり 常勤換算従事者数	4.5	4.6	4.8	4.9	5.0
1事業所当たり 常勤換算看護職員数	4.0	4.2	4.2	4.2	4.2
9月中の常勤換算看護職員 1人当たり延利用者数	57.4	61.6	67.6	67.8	69.1
(訪問看護利用者数)	22.1万人	24.5万人	26.3万人	27.5万人	28.0万人

【資料】厚生労働省介護サービス施設・事業所調査

(参考) 指定訪問看護事業所の看護職員数について

介護保険法、健康保険法又は老人保健法上の人員基準

- ① 原則として、事業所毎に常勤換算2.5人以上の看護職員を配置する。
- ② 待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等(従たる事業所)であって、職員の勤務体制、勤務内容等が一体的に管理される等の所定の要件を満たす場合、一体的サービス提供の単位として、事業所に含めて指定を受けることができる。
- ③ 地域の実情により、効率的な事業の実施が困難な地域に置かれ、訪問看護の提供の拠点としての機能を果たしている出張所等(従たる事業所)については、配置する職員のうち1人以上は保健師、助産師又は看護師とする。

(注) 24時間くまなく訪問看護を実施するには、週当たり168人時間が必要となるが、現行の基準では、事業所単位で週当たり80人時間を確保すればよい水準であり、これは、職員の支援体制等を考慮した最小限の員数であるとする。

(注) すでに出張所等については、看護師等1人での運用を可能としている。

<参考>

24時間くまなく訪問看護を実施するために必要となるマンパワー	常勤職員の週定労働時間が32時間の訪問看護事業所の看護マンパワー	計算上のカバー率
・週単位 24時間×7日=168人時間 ・年単位 24時間×365日=8,760人時間	・週単位 32時間×2.5人=80人時間 ・年単位 80時間×52週=4,160人時間	24時間365日の半分程度しかカバーできない水準

6. 看護職員需給見通し・訪問看護の基礎的知識・技術の習得状況

○第六次看護職員需給見通し

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
看護職員需要見通し (再掲、介護保険関係)	1,314,100 (172,600)	1,338,800 (178,500)	1,362,200 (183,800)	1,383,800 (188,800)	1,406,400 (194,200)
看護職員供給見通し (再掲、新卒就業者数)	1,272,400 (51,400)	1,297,100 (51,100)	1,325,100 (51,500)	1,355,900 (51,600)	1,390,500 (52,500)

※第六次看護職員需要見通しに関する検討会報告書(平成17年1月26日)

○訪問看護の基礎的知識・技術を習得済みの看護師等の数

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
訪問看護師養成 講習会修了者数 (累積数)	2,394 (7,873)	1,884 (9,757)	1,567 (11,324)	1,519 (12,843)	1,729 (14,572)	1,338 (15,910)	1,346 (17,256)
	平成11年 3月卒業	平成12年 3月卒業	平成13年 3月卒業	平成14年 3月卒業	平成15年 3月卒業	平成16年 3月卒業	平成17年 3月卒業
在宅看護論を履 修した卒業生数 (累積数)	26,364 (26,364)	47,102 (73,466)	46,403 (119,869)	46,257 (166,126)	46,241 (212,367)	44,852 (257,219)	45,805 (303,024)

※訪問看護師養成講習会修了者数(中央ナースセンター事業報告)

※在宅看護論を基礎看護学で履修した卒業生数(厚生労働省医政局看護課調べ)

○(社)日本看護協会の会員数(平成18年総会時)

	総数	保健師	助産師	看護師	准看護師
日本看護協会会員数 (就業者中の入会率)	585,177 (48.3%)	21,891 (55.8%)	20,185 (79.9%)	489,244 (64.3%)	53,857 (13.9%)

潜在看護職員数の推計について（大まかな推計）

○積算にあたっての前提事項

- ・ 保健師、助産師については、ほとんどが看護師免許を取得していることから、重複を避けるため、看護系大学、看護師学校養成所（3年課程）及び准看護学校養成所の卒業者数を基に免許保持者数を推計する。
- ・ 免許保持者数から就業者数を減じて潜在看護職員数を推計する。
- ・ 潜在看護職員数の対象年齢は65歳までとする。

○免許保持者数の推計方法

（1）免許取得時の年齢分布の推計

看護系大学、看護師学校養成所（3年課程）及び准看護師学校養成所それぞれに、各年の入学時の年齢構成比を用いて、卒業時点の年齢構成を算出し、これに毎年の国家試験合格率を乗じることにより免許取得時点の年齢構成を推計した。

（2）免許保持者数の推計

免許取得時点の年齢分布をもとに、各年毎に生存率を乗じて、各年の免許保持者数を算出し、これを昭和30年から平成14年まで積み上げて、平成14年末の免許保持者数を推計した。

○推計結果（平成14年末現在数）

免許保持者数(a)	1, 766, 981人
就業者数(b)	1, 217, 198人
a－b	549, 783人

潜在看護職員数

およそ 55 万人

(参考)

訪問看護の制度について

介護保険・医療保険の訪問看護の対象者

高医療ニーズ・重症度低

○医療保険による訪問看護(当該患者一人について日単位で週3日を限度に算定)

●厚生労働大臣が定める疾病等の患者(週4日以上算定可)

- ・末期の悪性腫瘍
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・脊髄小脳変性症
- ・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))
- ・多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)・多発性硬化症
- ・重症筋無力症
- ・スモン
- ・ハンチントン病
- ・進行性筋ジストロフィー症
- ・プリオン病
- ・亜急性硬化性全脳炎
- ・後天性免疫不全症候群
- ・頸髄損傷
- ・人工呼吸器を装着している状態

●急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の頻回の訪問看護が必要であると認められた患者(14日を限度に月1回)。

●居宅で療養している通院が困難な患者(年齢制限なし、週3回を限度)。

○介護保険による居宅要支援者又は要介護者への訪問看護

(40歳以上65歳未満の特定疾病)

- ・がん末期※
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・脊髄小脳変性症
- ・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病)
- ・多系統萎縮症
- ・関節リウマチ
- ・後縦靱帯骨化症
- ・骨折を伴う骨粗鬆症
- ・初老期における認知症
- ・脊柱管狭窄症
- ・早老症
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ・脳血管疾患
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(65歳以上)

・末期の悪性腫瘍
その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者(上記)、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると認められた患者を除く。

※医師が一般的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状態に至ったと判断したものに限る。

～ 40歳未満 年 齢

65歳以上

介護保険・医療保険の訪問看護の報酬体系〔本体部分〕

介護保険		医療保険	
(介護予防) 訪問看護費		<訪問看護ステーション>	<医療機関>
<訪問看護ステーション>		訪問看護管理療養費	
		月の初日 7, 050円 2～12日目まで 2, 900円	
		訪問看護基本療養費Ⅰ	在宅患者訪問看護・指導料
20分未満※ 保健師、看護師 285単位 准看護師による場合 (90/100) ※日中等の訪問における十分な観察、必要な助言、指導を前提に夜間、早朝、深夜に実施。		週3日目まで、1回30分～1時間30分 保助看、OT・PT・ST 5, 300円 准看の場合 4, 800円	週3日目まで、1回30分～1時間30分 保助看の場合 530点 准看の場合 480点
30分未満 保健師、看護師 425単位 准看護師による場合 (90/100) PT・OT・ST※ 425単位 ※看護業務の一環として行う診療の補助。		週4日目以降、1回30分～1時間30分 保助看、OT・PT・ST 6, 300円 准看の場合 5, 800円	週4日目以降、1回30分～1時間30分 保助看の場合 630点 准看の場合 580点
30分以上60分未満 保健師、看護師 830単位 准看護師による場合 (90/100) PT・OT・ST※ 830単位 ※看護業務の一環として行う診療の補助。		※平成18年10月以降、障害者自立支援法附則第8条に基づく施設〔生活介護、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援、福祉ホーム〕	精神科訪問看護指導料Ⅰ 〔精神科標榜医の指示により当該機関の保健師、看護師、OT、精神保健福祉士が患者・家族の看護又は療養上の指導を行う。〕 週3回まで550点 (退院後3ヶ月以内週5回まで可) 複数訪問時加算450点
60分以上90分未満 保健師、看護師 1, 198単位 准看護師による場合 (90/100)		訪問看護基本療養費Ⅱ 〔精神科標榜医の指示による複数(5名程度8名を超えない人数)の精神障害者社会復帰施設※等入所者への保健師、看護師、OTによる看護又は療養上の指導〕 週3回、1回1～3時間 1, 600円 延長(8時間限度に1時間) 400円	精神科訪問看護指導料Ⅱ 〔精神科標榜医療機関の保健師等による複数(5名程度8名を超えない人数)の精神障害者社会復帰施設※等入所者への看護又は療養上の指導〕 週3回、1回1～3時間160点 延長(8時間限度に1時間) 40点
○次の場合は算定しないこと。 ※ 特別指示の日から14日間。 ※ 短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間。		○要介護被保険者で次の場合、算定できる。 ※ 特別訪問看護指示の場合。 ※ 厚生労働大臣の定める疾病等の場合。 ※ 介護保険法第8条第11項の特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護を受けている利用者であって、特別指示又は厚生労働大臣の定める疾病等の場合。 ※ 介護老人福祉施設の入所者で末期の悪性腫瘍により、在療診の主治医が指示した場合。	精神科退院前訪問指導料 〔患者又は精神障害者社会復帰施設※へ入所予定の患者について、保険医療機関の保健師、看護師、OT、精神保健福祉士が退院先を訪問し指導〕 3ヶ月超入院は3回まで380点 6ヶ月超入院は6回まで380点 看護師、精神保健福祉士による 共同指導加算320点

介護保険・医療保険の訪問看護の報酬体系〔加算部分〕

介護保険		医療保険	
<訪問看護ステーション>		<医療機関>	
訪問看護費の 早朝・夜間加算（25/100） 深夜加算（50/100）	訪問看護費の （25/100） （50/100）	特別地域訪問看護加算 （基本療養費の50/100）	
特別地域看護加算 訪問看護費の（15/100） ※限度額に含めない	訪問看護費の （15/100） ※限度額に含めない		
		難病等複数回訪問看護加算 1日に2回の場合4,500円 1日に3回の場合8,000円	難病等複数回訪問看護加算 1日に2回の場合450点 1日に3回の場合800点
		訪問看護情報提供療養費（1月につき） 1,500円	
		24時間連絡体制加算（1月につき） 2,500円	
		地域連携退院時共同指導加算 （在療診との連携）6,000円 （上記以外）4,200円	
		緊急訪問看護加算1日につき （在療診の主治医）2,650円	緊急訪問看護加算1日につき （在療診の主治医）265点
		訪問看護ターミナルケア療養費 （在療診の主治医）15,000円 （上記以外）12,000円	在宅ターミナルケア加算 （在療診の主治医）1,500点 （上記以外）1,200点
		重症者管理加算（1月につき） （重症度等の高いもの）5,000円 （上記以外）2,500円	在宅移行管理料（退院月1回） （重症度等の高いもの）500点 （上記以外）250点
緊急時（介護予防）訪問看護 加算（1月につき） 540単位 ※利用者又は家族等から電話等によ り看護に関する意見を求められた場 合に常時対応できる体制にある。	290単位		
ターミナルケア加算 ※限度額に含めない 1,200単位	※限度額に含めない 1,200単位		
特別管理加算（1月につき） 250単位	250単位		

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 における論点整理を行うに当たってのポイント (第1回及び第2回ワーキングチームにおけるヒアリング結果を踏まえて)

各事業の共通したポイントについて

(1) 介護労働者の構成

→ 質が高く、かつ、効率的なサービス提供を可能とするために、正規職員・非正規職員といった雇用形態、職員の男女比や年齢構成のバランスをどうするかといったサービス提供体制の在り方について、各サービス毎にどのように考えるか。

(2) 業務量について

→ 書類作成といった介護サービス以外の事務負担等が増加しているとの指摘についてどう考えるか。

(3) 賃金水準について

→ 介護労働者の現在の賃金水準の決定に影響を与えている要因についてどう考えるか(どの程度介護報酬の水準や介護報酬以外の要因(介護サービス市場の動向、労働市場、規制等)に起因するのか)。

(4) キャリアアップについて

→ キャリアアップに結びつく基準や報酬上の評価の仕組みについてどう考えるか。特に小規模の事業所におけるキャリアアップの仕組みの構築の在り方についてどう考えるか。

(5) 労働環境について

- 感染症対策を含めた介護労働者の健康管理の実施の義務化等介護現場における労働環境の改善についてどう考えるか。
- 介護労働者の離職状況の事業所格差を分析とその分析による定着を図るための措置についてどう考えるか。
- 賃金に係る情報の開示の在り方についてどう考えるか。

各個別事業毎のポイントについて

<訪問介護事業について>

(1) 事業所の経営状況について

→ サテライトが実質へき地以外に認められていない現状をどう考えるか。

(2) サービス提供について

→ 生活援助の在り方や、いわゆる「混合介護」についてどう考えるか。

(3) 人員配置基準や介護報酬上の評価について

→ サービス提供責任者や管理者について、介護報酬上の評価の可否や配置基準についてどう考えるか。

<施設サービス事業について>

(1) 事業所の経営状況について

→ 施設入所者の重度化の進行に対して施設の人員配置をどう考えるか。

<その他>

(1) 地方公共団体による実地指導・監査

→ 各地方公共団体の実地指導・監査において異なる見解が示される現状や事業者の事務負担をかんがみ、実地指導・監査結果の統一性を図るための措置についてどう考えるか。

(2) 地方公共団体による制度運用の在り方

→ 事業者の事務負担をかんがみ、提出が求められる文書の様式が統一されていない等制度運用の在り方についてどう考えるか。

第3回社会保障審議会介護給付費分科会

「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」ヒアリング提出資料

日時：平成19年11月13日（火）

社団法人 全国老人福祉施設協議会

【介護保険事業の適正な運営のために】

1. 基本情報

① 社団法人 全国老人福祉施設協議会の会員状況

- 施設種別数 (H19.11.1 現在)

特養	養護	軽費 A・B	ケアハウス	デイ	ショート(単独)	グループホーム	その他
4,585	859	226	978	5,525	22	40	65

- 事業所の主体 : 主に「社会福祉法人」
- 介護保険サービスの種類 : 主に「介護老人福祉施設」

② 入所者の状況 : 入所者の重度化が進んでいる

※平成 17 年調査時点においても

- ☆要介護度3以上が 83.7%となっており、
- ☆障害老人の自立度・認知症老人の自立度からも重度化が顕著
- ☆重度化に伴い、医療処置の必要な利用者も増加している。

要介護度別利用割合の変化(平均要介護度 3.52 ⇒ 3.78)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 17 年	6.0%	10.0%	18.7%	31.6%	33.4%
平成 14 年	9.1%	14.6%	17.7%	27.8%	30.0%

障害老人の日常生活自立度の変化(B以上 58.3% ⇒ 74.5%)

	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	B-2	C-1	C-2
平成 17 年	0.4%	1.3%	9.1%	13.2%	15.1%	28.7%	8.7%	22.0%
平成 14 年	0.7%	1.9%	12.1%	14.3%	13.8%	25.0%	8.2%	21.3%

認知症老人の日常生活自立度の変化(Ⅲ以上 62.6% ⇒ 65.6%)

	なし	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M
平成 17 年	4.2%	6.8%	7.5%	14.1%	24.9%	10.9%	24.4%	5.4%
平成 14 年	7.1%	8.1%	6.7%	13.1%	21.9%	9.5%	25.5%	5.7%

全国老人福祉施設協議会「会員施設基礎調査」報告書

提供された医療行為等

(H18.9)

	人数(人)	比率	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
経管栄養・胃ろう	969 / 8016	12.0%	0.3%	1.3%	0.9%	2.3%	30.3%
喀痰吸引	827 / 8114	10.2%	0.6%	1.3%	2.0%	3.9%	23.2%
褥瘡・創傷	1834 / 7954	23.1%	13.1%	11.1%	15.2%	19.7%	34.3%

(社)全国老施協「特養の医療機能に関する調査研究」報告書

介護報酬の加算の算定状況：

(請求あり)

管理栄養士配置加算	80.4%	(78.1%)
栄養マネジメント加算	74.8%	(61.1%)
療養食加算	58.0%	(47.0%)
重度化対応加算	65.7%	(63.8%)
個別機能訓練加算	52.3%	(43.7%)

平成18年度 加算・減算の状況（特養・加算）

(表 1)

加 算 項 目	加 算 単位数	施設構成割合 (n=2,535)					平 均 請求月数	(参考)H18.6 加算体制あり
		加算体制あり			加算なし	計		
			請求あり	請求なし				
常勤医師配置	20	2.7%	2.6%	0.1%	97.3%	100.0%	11.3	2.0%
精神科医師療養指導	5	24.9%	24.2%	0.7%	75.1%	100.0%	11.7	25.1%
障害者生活支援体制	26	0.7%	0.7%	0.0%	99.3%	100.0%	11.2	0.5%
管理栄養士配置	12	80.4%	78.1%	2.2%	19.6%	100.0%	11.7	77.3%
栄養士配置	10	25.3%	24.4%	0.9%	74.7%	100.0%	10.4	22.0%
在宅復帰支援機能	10	1.7%	0.5%	1.1%	98.3%	100.0%	6.8	3.6%
重度化対応	10	65.7%	63.8%	1.9%	34.3%	100.0%	11.5	59.4%
栄養マネジメント	12	74.8%	61.1%	13.7%	25.2%	100.0%	—	71.4%
個別機能訓練	12	52.3%	43.7%	8.6%	47.7%	100.0%	—	51.7%
準ユニットケア	5	1.5%	1.0%	0.5%	98.5%	100.0%	—	1.1%
外泊時費用	320	92.9%	77.8%	15.2%	7.1%	100.0%	—	92.2%
初期加算	30	97.4%	80.6%	16.7%	2.6%	100.0%	—	92.6%
退所前後訪問相談援助加算	460	4.6%	0.0%	4.6%	95.4%	100.0%	—	8.2%
退所時相談援助加算	400	5.2%	0.1%	5.1%	94.8%	100.0%	—	8.6%
退所前連携加算	500	4.7%	0.0%	4.7%	95.3%	100.0%	—	7.8%
経口移行加算(経管栄養の者を対象)	28	14.2%	8.1%	6.0%	85.8%	100.0%	—	13.6%
経口維持加算(Ⅰ)(著しい誤嚥が認められる者を対象)	28	6.6%	1.9%	4.7%	93.4%	100.0%	—	9.7%
経口維持加算(Ⅱ)(誤嚥が認められる者を対象)	5	20.9%	15.1%	5.7%	79.1%	100.0%	—	19.8%
療養食加算	23	58.0%	47.0%	11.0%	42.0%	100.0%	—	56.2%
看取り介護加算(Ⅰ)(施設・居宅で死亡)	160	34.0%	22.4%	11.6%	66.0%	100.0%	—	26.1%
看取り介護加算(Ⅱ)(上記以外で死亡)	80	13.6%	3.2%	10.4%	86.4%	100.0%	—	19.5%
在宅・入所交互利用加算	30	2.1%	0.3%	1.8%	97.9%	100.0%	—	3.5%

(社) 全老協「平成18年度収支状況等調査(概要)速報」

2. 介護サービス事業の効率的な事業運営について

(1) 特養ホームの経営状況について

【報酬ダウン、人件費アップの推移】

(表 2)

全老施協 収支状況等調査結果より

	H 1 4	H 1 5	H 1 6	H 1 7	H 1 8
介護報酬改定率		△4.2%		(△2.0)	(△2.0)
				△4.0%	
収支差額(補助金除く)	11.6%	9.0%	8.8%	7.9%	6.3%
人件費比率	57.6%	59.3%	59.4%	60.5%	61.1%
介護・看護 人員配置 (特養のみ利用者対比)	2.21 人	2.24 人	2.23 人	2.16 人	2.15 人
非常勤職員割合	16.3%	20.9%	22.9%	21.9%	21.9%
平均要介護度	3.52	3.65	3.73	3.75	3.78
利用者一人1日あたり 介護報酬収入	9,611 円	8,984 円	9,043 円	8,970 円	8,820 円
介護報酬収入 (概算) @ × 365 日 × 70 床	2 億 4561 万円 (100)	2 億 2954 万円 (93.5)	2 億 3104 万円 (94.1)	2 億 2918 万円 (93.3)	2 億 2535 万円 (91.8)

(注) 介護・看護 人員配置は、併設の短期入所職員を含む人員を特養のみの利用者数で計算したもの

- ① 報酬改定の下がり幅は、平成 15 年に△4.2%、平成 18 年に△4.0%(H17.10 前倒)
介護保険施行年度の平成 12 年を 100 とすると、平成 15 年は 95.8%、平成 18 年は
91.8%と、2回の介護報酬改定により『8.2 ポイント』減少している。

(表 3)

特養70床 併設ショート10床 計80床施設で仮定すると

年間収入 (うち介護報酬収入)	平均介護度	収支差額	報酬改定率	指数	年度	人員配置	職員数		乗給(要一)		「障害手当」法定福利		人件費「月額」	人件費「年額」	指数	増減率
			0	100	H12	3:1	27人	×	(H12福祉1-7) @ 186,900	×	1.25	=	6,307,875円	100,926,000円	100	±0
3億0157万 301,575,964	3.23	9.0%	△4.2	95.6	H15	3:1	27人	×	(H15.4福祉1-7) @ 183,800	×	1.25	=	6,203,250円	99,252,000円	98.3	△1.7%
〔2億4836万 248369050〕						2.24:1	36人	×	(H15.4福祉1-7) @ 183,800	×	1.25	=	8,271,000円	132,336,000円	123.7	+23.7%
2億9820万 298,204,445	3.78	6.3%	△4.0	92.0	H18	3:1	27人	×	(H18福祉1-25) @ 182,100	×	1.25	=	6,145,875円	98,334,000円	97.4	△2.6%
〔2億4266万 242,664,290〕						2.15:1	38人	×	(H18福祉1-25) @ 182,100	×	1.25	=	8,649,750円	138,396,000円	127.1	+27.1%
		1.93:1 (ユニット)	41人	×		(H18福祉1-25) @ 182,100	×	1.25	=	9,332,625円	149,322,000円					
(H18福祉1-25) 現状2人未充足 2人 × @ 182,100 × 1.25 = 455,250円 7,284,000円																

2人未充足分人件費「7,284,000円」÷ 平成18年度年間収入「298,204,445円」＝ 職員が充足していないため支払えなかった人件費の比率「2.4%」

介護職員が充足していない施設で、本来支払うべき人件費を鑑みた平成18年度収支差額「3.9%」
＝ H18収支差額「6.3%」－ 2人未充足分人件費「2.4%」

(参考計算式)

【年間収入】＝ 利用者一人1日あたり事業活動収入 × 定員 × 利用率 × 365日
…「H18収支差額6.3%の算金額」「H15収支差額9.0%の算金額」に適用

【利用者一人1日あたり事業活動収入】＝ 利用者一人1日あたり介護報酬収入＋利用者一人1日あたり食費収入＋補助金(等)

- ② 特養 70 床、併設ショート 10 床の計 80 床施設における人件費の推移を試算。

(表 2・表 3)

「3:1」を満たす人員に関する基準は、【看護師 3 名・介護士 24 名】のほか、医師 1 名、生活相談員 1 名、栄養士 1 名、機能訓練指導員 1 名、介護支援専門員 1 名、施設長 1 名、事務長 1 名、事務職 1 名、調理員 5 名の計 40 名が最低ラインとして考えられる。

その中で、入退職の変動が大きい介護従事者(看護師 3 名、介護士 24 名)(基準ベース)を人事院の福祉職俸給表(短大卒 5 年勤務)で所要額を計算。

- ③ 平成 12 年は「100,926,000 円」、平成 15 年は「99,252,000 円」、平成 18 年は「98,334,000 円」となり、平成 12 年を 100 とすると平成 18 年は△2.6%減少している。これは、この間の賃金改定がマイナス基調で推移したためである。しかし、報酬改定の減少率(△8.2 ポイント)は、人件費積算の減少率(△2.6%)を大きく上回っており、人件費水準を維持すれば報酬収入に対する人件費比率は相対的に上昇せざるを得ない。

全老施協調査でも、人件費比率は平成 14 年度 57.6%に対し、平成 18 年度は 61.1%と上昇している。

【実態は厳しい収支差(利益率)】

- ④ 本会調査による平成 18 年度収支状況等調査では、特養ホームの収支差額は 6.3%となった。これをどう見るか。

同調査において、平成 18 年度 年間収入を計算すると『2 億 9,820 万円』となる。この年間収入の 6.3%、収支差額の実費は『1,879 万円』である。

- ⑤ 全老施協による「介護従事者の雇用状況に関する緊急調査」(2007.8)と照らし合わせてみると、施設がめざす介護・看護職員体制は「2.28 対 1」であるが、実態は、全体の半数の施設で介護職員が不足している。

都市部では 65%の施設が不足している。

介護職員不足(80 人定員施設に置き換えた場合の不足数)は…

○ 全国平均では、介護職員 2.14 人程度が不足

○ 大都市部では、6 人程度が不足

○ ユニット型の全国平均では、4 人程度が不足 という状況にある。(表 4)

- ⑥ 全国平均に基づく不足職員 2.14 人分の賃金は「728 万円」となり、これが支出されなかったことになる

(2 人×H18 福祉職俸給 1-25@182,100 円×1.25(諸手当+法定福利)×16 ヶ月=7,284,000 円)

このことから、「職員を充足していれば、本来支払うべき人件費」であったことを考慮すると、収支差 6.3%から未充足人件費分(2.4%に相当)を相殺すると、平成 18 年度収支差額は『3.9%』というのが実像である。

- ⑦ 特養ホームでは、「3:1」の人員基準を積算とする介護報酬のなか、入所者の重度化に対応したサービス水準の確保、職員処遇・労働環境の確保等の観点から、介護・看護職員体制「2.28:1」をめざしている。人材難を踏まえた平成18年度収支差6.3%であることを考慮しなければならない。

(表 4)

	必要とする職員配置	割合充足率 (%)	不足率 (%)	離職率 (%)
全国平均	2.28 対 1	93.9	6.1	19.8
特別区・特甲地	2.23 対 1	88.7	11.3	23.9
ユニット型	1.83 対 1	92.8	7.2	25.1

(2) 利益率について

- 何をどう効率的と考えるのか不明瞭だが、現状の人員不足解消や職員給与の昇給財源確保、退職共済制度改革(H18年以降、新規職員については全額事業主負担に変更。離職率からH21年の報酬改定時には殆んどの職員が10/10負担)、将来の大規模修繕・新規建替費用の充当などを考えると、最低10%程度の利益率が必要ではないか。
(国庫補助金特別積立金取崩額 H18:5.5%を考慮)
- 経営実態調査は「利益率」が、焦点とされているが、会計制度上の問題点、社会福祉法人立が故の問題点が存在し、その解消が必要である。
 - ・ 会計基準と指導指針の違いにより、償還補助金等の収入扱いにより生ずる収支差額等
 - ・ 経営責任を持つ理事長の名誉職的存在、評議員が理事を選ぶ制度等から生じる形骸化した理事会、天下り施設長等のトップの無責任体質等社会福祉法人が克服しなければならない課題は多い。
- 収支については、地域差が大きい(都市部ほど悪化)ことも課題である。

【定員規模、地域別の収支差比率（補助金除く）】

民設民営（上段：％、下段：施設数）

（表 5）

級地	定員規模	全体	30 人以下	31～50 人	51～80 人	81～100 人	101 人以上
全体		6.3% 1,982 カ所	5.0 59	5.7 654	6.3 795	7.3 292	7.7 182
特別区、特甲地、甲地		2.7% 232 カ所	-9.4 5	1.8 41	1.5 92	5.5 51	4.4 43
乙地		4.7% 197 カ所	-2.4 3	4.4 48	4.0 73	6.2 39	5.6 34
その他		7.1% 1,553 カ所	6.9 51	6.1 565	7.3 630	8.0 202	9.7 105

（全老施協：平成 18 年度収支状況調査）

- 全老施協調査の平均経常収支差額は6.3％であるが、
地域区分別に補正すると、5.9％と0.4％収支差額は下がる。
（各級地ごとの平均収支差額を各級地の実施施設数で再計算した結果）

- 全老施協調査では、19％が赤字施設となっている。その内訳は、
特別区、特甲地、甲地：33.2％
乙地：24.4％
その他の地域：16.0％ となっている。

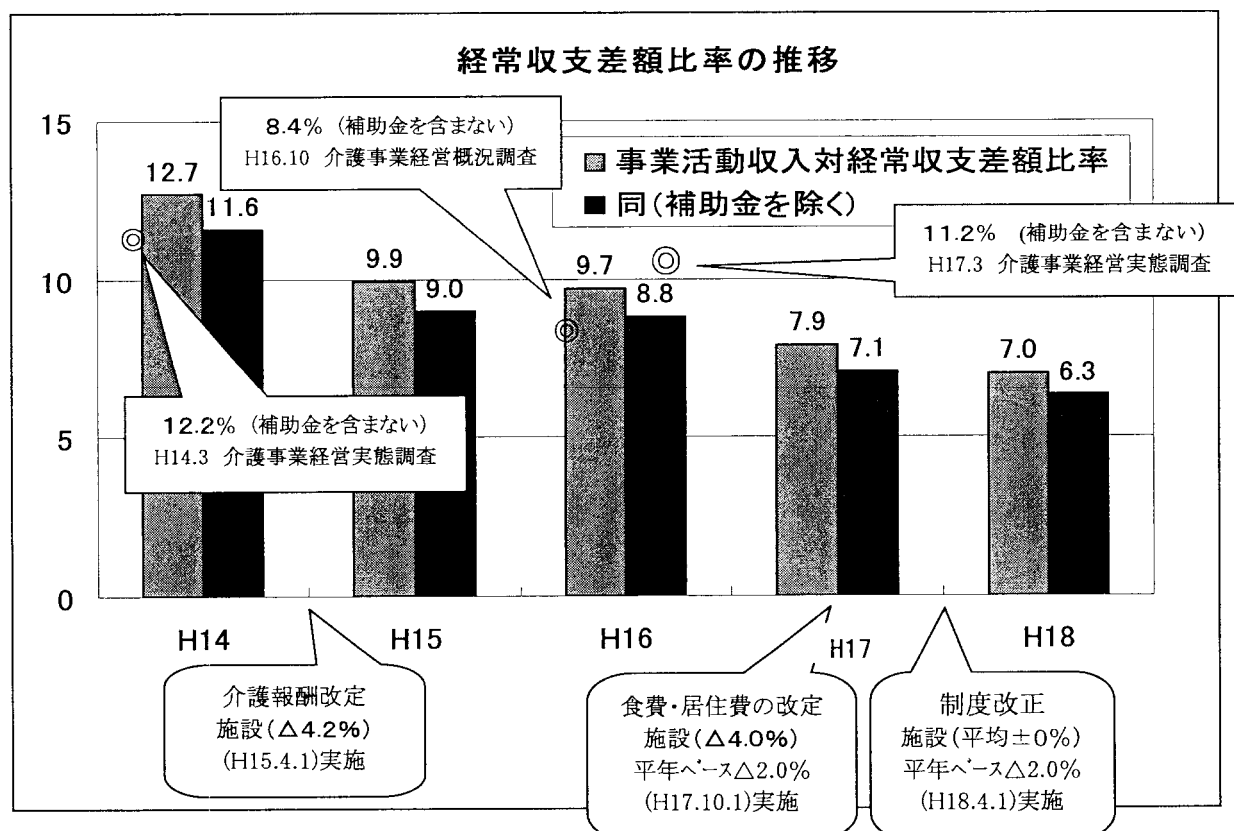
※特養ホームは、依然として待機者が多い。措置制度、施設整備補助などから政策的にも50床に抑えられてきた。今後の事業継続、経営体力を考慮すると、既存施設の増床を優先し、80～100床の効率的な運営に移行させていくべき。

【厚生労働省調査と全老施協調査では、収支差（利益率）の出かたが違う】

（表 6）

比較項目	厚生労働省経営実態調査	全国老施協収支状況調査	老施協調査について
	3月分データを調査集計しこれを年間平均実績と同等と仮定したもの	年度決算データを調査集計	決算数字ゆえに月次の変動制に左右されない。
調査対象の抽出方法	1/2～1/3 を無差別に抽出 991/1745 カ所	会員施設の悉皆調査 2415/4656 カ所	毎年、全数調査をしており調査母数が多い
調査の内容	平成17年3月の収支状況	平成16年度決算収支状況	厚労省調査は、月次試算表を基礎に回答。
集計範囲	民設民営・公設民営混合	民設民営・公設民営区分	
経常収支差額率（補助金を含まない）	13.6％（11.2％）	9.7％（8.8％）	3.9％（2.4％）の違い
給与費率（人件費率）	56.7％	59.4％	差2.7％
減価償却費率	8.2％	9.5％	1.3％差

(表 7)



【会計処理の基準により起こる問題点】

(表 8)

項目	A: 特養ホーム等 指導指針	B: 社会福祉法人 会計基準	計算上の影響
減価償却の残 存価額	備忘価額1円まで償 却する。	取得価額の10%まで 償却する。	Aは1円の備忘価額を除き 全額が事業活動費として 経費に算定される。
国庫補助金等 特別積立金取 崩額の計算	国庫補助金の90%を 耐用年数で割り、備 忘価額1円まで取り崩 す。	国庫補助金100%を 耐用年数で割る。	Aは減価償却と比例した 取崩額なので利益が先行 しないが、BはAより取崩 額が大きくなり、利益が先行 して計上される。
償還補助金収 入	収入額を国庫補助金 等特別積立金に繰り 入れる。	国庫補助金等特別積 立金に繰り入れない。	Aは償還補助金が収入年 度の利益にならないが、B はそのまま収入年度の利 益になる。
本部運営経費	本部運営を含み事業 の全体が会計区分に おける事業活動支出 とすることができる。	本部運営経費は事業 から切り離して本部経 理区分で処理する。	Aは本部運営経費を控除 した後に経常利益が計算 されるが、Bは本部への繰 入金支出となる。

(1) 介護保険施設

(表 9)

		介護老人 福祉施設		(再掲) 小規模生活単位型	
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	21,910	99.3%	22,570	94.1%
	(2) 保険外の利用料収益	146	0.7%	1,403	5.9%
	(3) 補助金収入	404	1.0%	190	0.6%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	1,062	4.8%	1,119	4.7%
	(5) 介護報酬査定減	0	0.0%	0	0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	12,504	56.7%	12,764	53.2%
	(2) 減価償却費	1,810	8.2%	2,201	9.2%
	(3) その他	6,110	27.7%	6,326	26.4%
III 介護事業外収益	借入金利息補助金収入	215	1.0%	0	0.0%
IV 介護事業外費用	借入金利息	204	0.9%	184	0.6%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出；本部費繰入（役員報酬等）	20	0.1%	2	0.0%
(補助金を含まない収益ベース)					
収益A (①=Ⅰ-Ⅰ(4)-Ⅰ(3))		20,056	100.0%	23,973	100.0%
費用A (②=Ⅱ-Ⅰ(4)+Ⅳ+Ⅴ)		19,586	88.8%	20,359	84.6%
損益A (③=①-②)		2,469	11.2%	3,614	15.1%
(補助金を含む収益ベース)					
収益B (④=Ⅰ-Ⅰ(4)+Ⅲ)		22,676	100.0%	24,172	100.0%
損益B (⑤=④-②)		3,089	13.6%	3,813	15.6%
I施設あたり定員数(病床数)		66.9		65.3	
施設数		991		15	

通常、支払利息を上回る利息に対する補助は考えられない。
元金補助が混入なら、精査する必要がある。

- 社会福祉法人に対する施設整備公費補助がほぼ無くなった今日、「補助金」がある事を前提とする「会計制度」・「介護事業経営実態調査」で、国庫補助金等特別積立金を取崩収入として捉える扱いでは、新たに整備する特別養護老人ホームや既存施設の建替えての運営はかなり難しくなる。
- 補助金があることを前提とする現在の介護報酬単価の設定で、補助金なしで整備する特養の経営モデルは、借入金等が多大となり、減価償却費や借入金利息等が大きなウェイトを占めることから、健全な経営モデルはできない。特に従来型の更新は不可能である。

(3) 介護サービスの需要と供給のアンバランス(過当競争)が生じている実態について

- ・ 特養はほぼ満床状態であり、各施設でかなりの待機者を抱えている。待機者の状況は都市部ほど多い。ただし、稼働率から言うと96%となっているのは、「3ヶ月以内の入院者は特養の籍を確保することができる」ため等によって、空きベッドが生じているためである。
- ・ 地域によっては、特養ホーム整備の際に通所介護事業所を併設することから、過当競争状態が生じている。都市部においては、民間事業者との競合も起きている。
- ・ 過疎地等においては、併設の通所介護・訪問介護事業所の利用数が少なく、非採算部門となっている例もある。法人トータルでの収支により、地域の福祉拠点としての役割を担っている社会福祉法人も多い。

(4) 本体事業所と出張所(サテライト)型特養施設の関係について

- サテライトの場合、緊急時の対応力が弱い。サービス分散化によるコスト増が課題。
- 実態としては、都市部の30人以下施設は経営が悪化し、赤字状態にある。
- 加算により評価する報酬体系が増えるほど、施設に一定の規模がなければ運営は困難。
- 小規模施設は、費用対効果の面において運営に無理がある。コスト高にならないを得ない。

(5) 介護保険施設における、耐用年数経過後の建替費用に充当するための積み立てについて

<従来型特養ホームが、従来型のまま建て替えした場合>

平成18年度 1人1日あたりの事業活動収入 10,716円

経費内訳	現状平均	建て替え後
人件費	61.7%	61.7%
経費	27.5%	27.5%
支払利息	0.8%	2.3%
正味減価償却費	3.6%	10.0%
合計	93.6%	101.5%
収支差額	6.4%	△1.5%

正味減価償却費

減価償却費より国庫補助金等特別積立金取崩し額を控除した額

設定条件: 老施協調査・平成18年度「ユニットある・なし」の収支状況

支払利息はH17の平均値を計上

新規の借入金 1人あたり500万円・金利2.0%

(3年目の支払利息 1人あたり1日246円(2.3%))

減価償却費は、「ユニットなし9.2%・ユニットあり11.5%」より、仮に10.0%としている。

※ 新たに施設を建て替えした場合には、光熱水費等の経費はかなり増えることから、赤字比率はこれより大きくなり、建て替えの資金計画は立てられない。

- 本来、耐用年数経過後の建替え資金に充当するための積立はするべきと考えているが、現行制度(報酬体系・会計制度)では、積立てできる環境にない。
- 経営的に可能なら積み立てしたいとの意向は強い。しかし現状の報酬単価では、人件費を抑えながら赤字を出さない経営努力が精一杯である。

(6) 施設系が在宅系よりも損益率が高い要因について

- 在宅系といっても、事業類型、事業主体により、異なる。一概に比較はできない。また、収支構造も異なる。
- 稼働率を考えると施設は安定しているが上限が有り、在宅は変動するため一概に比較できない。

(7) 介護労働者への適切な処遇に対応するための事業運営の水準の程度、人件費の割合の開示等について

- 社会福祉法人の特養ホーム、デイセンター等の財務に関わる情報開示は、社会福祉法第44条により既に義務化されている。
- 人件費は地域によっても差がある。
- 人件費割合の開示が人材確保に繋がるとは考え難い。
- 事業費に占める人件費の割合は、経営実態調査の結果を級地別、規模別、事業別等種々の分析データと照らし合わせて、事業運営上の参考にしていくものであるが、現状調理部門の委託や介護職員の人材派遣等が「委託費」の項目で処理されるために、一概に何パーセント等の目安づくりは不可能であり、また比較するデータとなり得ない。
- 介護労働者への処遇方法は、給与だけではなく、労働条件、労務改善、介護に対するモチベーション、など経営者の様々な取り組みで考えていくべきものである。

(8) 直接サービスを提供している時間以外の時間帯の賃金の支払い状況について

- 施設における書類報告書作成等は、基本時間内にすることを前提としているため、時間外の賃金支払いは、それ程多く発生しない。もちろん、時間外労働については、正当な対価として、支払うべきものである。
- 時間外賃金の支払い状況の開示については、労基法等の遵守を前提とする事業所において、何の意図があるかわからない。
- 「時間外労働」について、タイムカードの記録時間が実質労働時間と必ずしも一致しない場合などがあり、それを含めて労働基準監督署から未払い賃金として指摘される例があり、介護現場のあり方をどう見るかという議論も必要。

(9) 適正な水準確保のための事業運営等について

- 適正なサービス水準を確保するために、職員の研修が必要である。しかし、研修修了を必須要件としている職種でも問題点が指摘されている。

例えば、ユニットリーダー研修は東京センターのみで実施されており、実習施設も少なく、ユニット型施設が急増しているなかキャパシティが不足している。各都道府県での研修開催が必要である。

- 他業種と比較して適正な水準を確保することは、現在の介護報酬では不可能である。
- 人員配置基準の3:1では、サービス水準も職員処遇上も無理がある。実態として2:1に近づいており、ユニット型の場合は1.8:1という実態にある。
- 人員配置基準は、最低基準として必要あるが、入所者の重度化、個室ユニット化、などによる現場実態を考慮した報酬設定が必要である。

(10) 業務省力化のためにもの省略可能な書類の提示を考えるべき。(記録、介護報酬請求、指定等の申請、その他に必要な提出書類の事務量の負担軽減)

- 加算請求に関する業務量の多さに対し、人員確保等の新たなコストに反して、加算額は低額にとどまる。(口腔、栄養)
- 定員規模によっては、加算を取ることで逆に収支を悪化させている。
- 記録の重要性は理解できるが、各記録作成や各種委員会が多すぎて、利用者とのコミュニケーションの問題から職員のやりがい無くさせている。
- 例として、「介護サービス情報の公表」に要する時間
特養ホームの場合で、約 18 時間 30 分を要する。(モデル調査事業データ)
 - ・「特養+短期」準備に要した時間 11 時間 30 分
 - ・ 記入に要した時間 7 時間
- 省力化(不必要との意見が多い)、及び改善を望む例

【介護老人福祉施設】

- ・看取り介護加算:週1回の説明、同意が困難であり、家族もそれほど望んでいない。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。
- ・個別機能訓練加算:3ヶ月ごとの計画の説明は、PT等の作業負担となっている。経過記録とケース記録が重複することが多く、ケアマネの協同で一つのものとして欲しい。計画書は複数あると、携わる職員が把握しづらい。
- ・栄養管理体制:3ヶ月ごとの栄養ケア計画の見直しは、頻回すぎる。経過記録と重複部分が多いため、ケアプランと統一して欲しい。
- ・その他(ケアプラン)等
機能訓練計画、栄養計画の同意書類が多いことが本人、家族へ内容を分かりにくくしている。ケアプランと統一して欲しい。感染症、安全管理、身体拘束等多職種での実施すべき会議、研修が多く、その記録も膨大である。

【短期入所生活介護】

- ・ 療養食加算:食事箋の取り扱いについて、その都度ではなく、内容変更時の発行にするなどの弾力性をもたせるべき。家族の負担も大きい。
- ・ 4 日以上のケアプラン作成はせめて 1 週間以上の利用者とするべき。
- ・ 「長期目標」を作成するのも、現実的ではない。

【通所介護・介護予防通所介護】

- ・ 要支援者、要介護者で様式の統一をして欲しい。

2. 介護報酬について

現行の介護報酬改定方式について

- 現在、施設設立 25～30 年施設が多く、建替えや大規模修繕等の時期にきている。
建替え資金の国庫等補助金は一般財源化され、非常に少なくなっている。そのため資金の蓄えや、災害等、緊急時に対応するための内部留保が必要。現在の収支差額分はそういった役割の資金が大きい。その資金まで利益と見なされ、黒字経営⇒報酬ダウンとされている。
- 介護報酬が改定ごとに減額され、将来の経営に不安を感じて人件費の削減を進め、結果としてサービスの低下と人材流出が起こり、逆に結果として収支差額比率は上げてしまう法人が多く、悪循環になっている。

3. 介護労働者の定着を図るための措置等について

【特養ホームにおける介護労働者の属性】

- 勤続年数、就業形態（正社員、非正社員）
 - ・正職員の勤続年数 5 年以上の勤続年数の職員が半数近くを占めている

「1 年未満」	12.2%	} <u>勤続年数 5 年以上</u> <u>約半数以上</u>
「1～3 年未満」	23.9%	
「3～5 年未満」	18.4%	
「5～10 年未満」	23.6%	
「10 年以上」	22.0%	
 - ・非正規職員は 3 年未満が 6 割を占めている。

「1 年未満」	27.4%	} <u>勤続年数 3 年未満</u> <u>約 6 割以上</u>
「1～3 年未満」	35.0%	
「3～5 年未満」	19.2%	
「5～10 年未満」	14.4%	
「10 年以上」	4.0%	
- 賃金の実態（賃金水準、賃金の設定根拠等）

勤務 1 年～2 年未満	<u>¥2,746,700</u> （全体平均）	（特別区 ¥3,076,200／特甲地 ¥2,910,100）
2 年～4 年未満	<u>¥2,957,900</u> （全体平均）	（特別区 ¥3,360,900／特甲地 ¥3,31,100）
4 年～6 年未満	<u>¥3,146,900</u> （全体平均）	（特別区 ¥3,447,600／特甲地 ¥3,639,400）
6 年～11 年未満	<u>¥3,483,600</u> （全体平均）	（特別区 ¥4,598,700／特甲地 ¥4,414,900／乙地 ¥3,537,700）

表-2 介護職の年収(平均値単位:万円)

(表 10)

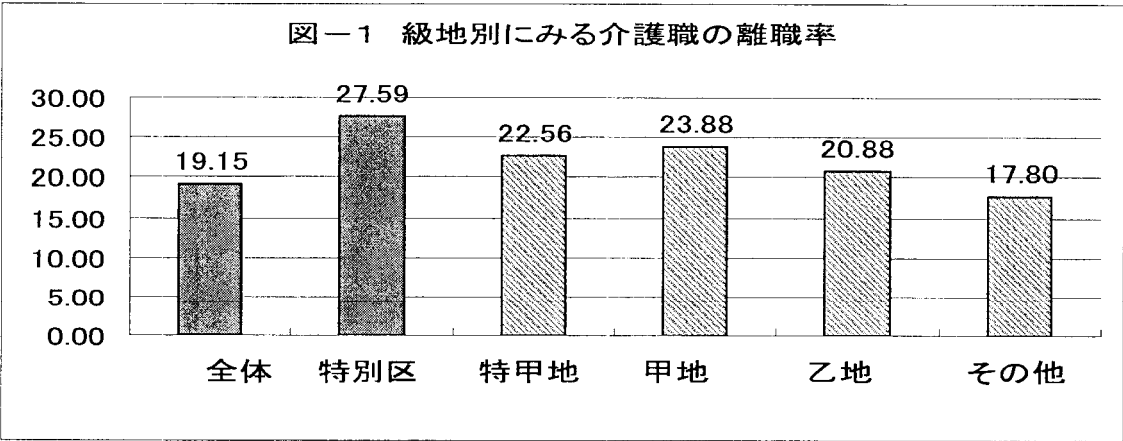
		採用H17年1月1日～ H18年1月1日			採用H15年1月1日～ H16年12月31日			採用H13年1月1日～ H14年12月31日			採用H8年1月1日～ H12年12月31日			採用H7年12月31日以前		
		平均金額	p<0.05		平均金額	p<0.05	増額率	平均金額	p<0.05	増額率	平均金額	p<0.05	増額率	平均金額	p<0.05	増額率
	全体	274.67		100.0	295.79		107.7	314.69		114.6	348.36		126.8	417.05		151.8
a	特別区	307.62	cd	100.0	336.09	ce	109.3	344.76	ce	112.1	459.87	cde	149.5	605.58	bcde	196.9
b	特甲地	291.01	cd	100.0	331.10	ce	113.8	363.94	cde	125.1	441.49	cde	151.7	491.71	cde	169.0
c	甲地	257.04		100.0	282.87		110.0	303.61		118.1	342.65		133.3	431.43	e	167.8
d	乙地	272.54		100.0	316.90		116.3	327.53		120.2	353.77	e	129.8	415.53		152.5
e	その他	272.98		100.0	286.29		104.9	304.90		111.7	333.79		122.3	405.61		148.6

全老施協「介護従事者の雇用状況に関する緊急調査(H19.8実施)」

【採用と離職の状況(採用人員数(時系列)、採用者属性、離職率、離職者属性)】 (表 11)

■介護職の離職率は、全体平均 <u>19.2%</u> (1～2年目の年収¥2,746,700)
「特別区(東京23区)」 <u>27.6%</u> (同年収¥3,076,200)
↳採用率が28.1%で級地の中で最も高いが、離職率も最も高く、 介護職の定着に歯止めがかからない。
「甲地(地方都市)」 <u>23.9%</u> (同年収¥2,570,400)
「特甲地(大都市)」 <u>22.6%</u> (同年収¥2,910,100)
「その他」17.8%(¥2,729,600)と他の級地の離職率には有意な差がある。
■介護職の採用は、「甲地」「特甲地」は離職率を下回っている。

(表 12)



全老施協「介護従事者の雇用状況に関する緊急調査」

表-1 介護職・看護職の離職率と採用率 (表 13)

		介護職				看護職			
		離職率		採用率		離職率		採用率	
		平均比率	p<0.05	平均比率	p<0.05	平均比率	p<0.05	平均比率	p<0.05
	全体	19.15		20.13		23.97		26.09	
a	特別区	27.59	de	28.05	bce	20.74		23.44	
b	特甲地	22.56	e	21.63	e	29.23	e	29.62	
c	甲地	23.88	e	21.01		32.92		35.23	
d	乙地	20.88	e	23.53	e	26.24		29.56	
e	その他	17.80		18.94		22.17		24.37	

全老施協「介護従事者の雇用状況に関する緊急調査」

- 介護労働者の健康問題・労災状況等

離職理由「体の具合が悪くなった」とする施設職員は、

{	離職率 20%未満施設で 3 割超
	30%未満施設で 3 割
	30%以上施設で 4 割

⇒離職率の高い施設ほど、心身体調不良による退職理由が多く挙げられている。

体の具合が悪くなったことによる離職は、介護従事者として離職を想定させるとともに限られた労働力をさらに枯渇させることに繋がる重要課題である。

このことが施設の離職率によって異なるということは、体の具合を悪くすることがなければ離職率を低くすることに繋がるということである。すでに離職率の高い施設には、介護従事者が安心して仕事ができる労働環境とすべき改善が必要であると認識し、介護労働の安全性からみた具体的な検討を行う必要がある。

① 介護労働者の定着のためのターゲットについて

- 正規職員が継続的に働ける労働環境づくり、賃金体系、確立の検討が必要。
- 所定の最低休日数が確保できるように人員配置が必要。
- 事故・感染症等のリスクの高い職務に対し、社会的評価、報酬上の評価が必要。
- 介護の仕事に対するストレス(重度化、個別ケア、ソーシャルワーク、対人援助、ユニットにおける夜間の職員一人対応、煩雑する業務量の増大)が、介護職の負荷となっている。

② 人材確保・人材不足の状況について

- 人材募集に対する応募状況は、非常に厳しい。看護職員(特に看護師)の確保は厳しい。
- 一般労働市場と競合する賃金とするためには、年齢、職能、職務を評価した標準施設の職員体制にふさわしい想定給与体系が必要。

③ キャリアアップの仕組み構築のための必要な措置

- 介護福祉士、社会福祉士、ケアマネ等の資格に対する加算を検討すべき。
- 人材不足の今、現報酬のままで一定の専門資格職種の確保を位置付けられると、ますます経営が厳しくなる。

④ 定着率 アップのための措置について

- 他産業との給与基準を比較するのに、単純に平均値で行うことは間違っている。
介護現場の平均従事年数などきちんと分析して比較すべき。
- 職員が研修に参加できる人員配置の見直しが必要。研修参加の機会が増えることが職員のモチベーションにも繋がる。
- 介護現場でのゆとりがもてる環境を整備し、研究する必要がある。

【地域差について】

- 人材確保 都市部⇒職員確保 困難。
地方 ⇒有資格者の確保 困難。

地域によって、年収ベースの差がある。

社会保障審議会介護給付費分科会

第3回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
ヒアリング資料

平成19年11月13日



社団法人 全国老人保健施設協会

介護老人保健施設の理念と役割

介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助します。また、家族や地域の人びと・機関と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援します。

介護老人保健施設の理念と役割

1. 包括的ケアサービス施設
2. リハビリテーション施設
3. 在宅復帰施設
4. 在宅生活支援施設
5. 地域に根ざした施設

介護老人保健施設は...

それぞれの地域で異なる事情を地道に
ひろい上げ、各施設が求められている
ニーズに対して敏感かつ真摯に対応し
てきた結果として、多機能性に富んだ施
設類型となりました。

全老健会員施設の構成

(平成19年10月31日現在)

正会員施設数 3,285施設

協会加入率 94.2%

定床数の合計 約30万床

全老健会員施設の構成

(平成19年10月31日現在)

●入所定員の規模別集計

入所定員規模	施設数	構成比(%)	入所定員数	平均定員数
49人以下	63	1.9	2,345	37.2
50～99	1,518	46.2	112,034	73.8
100～149	1,530	46.6	158,007	103.3
150～199	160	4.9	24,655	154.1
200人以上	14	0.4	3,054	218.1
合計	3,285	100.0	300,095	91.4

全老健会員施設の構成

(平成19年10月31日現在)

●正会員施設・設置主体状況

設置主体	施設数	構成比(%)	入所定員数	平均定員数
医療法人	2,417	73.6	223,536	92.5
社会福祉法人	505	15.4	46,436	92.0
済生会	23	0.7	1,875	81.5
財団法人	61	1.9	5,759	94.4
社団法人	37	1.1	3,259	88.1
一部事務組合	36	1.1	2,887	80.2
市町村	127	3.9	9,151	72.1
社会保険協会	28	0.9	2,660	95.0
日本赤十字社	6	0.2	582	97.0
厚生連	23	0.7	1,899	82.6
健康保険組合	7	0.2	654	93.4
共済組合	4	0.1	348	87.0
都道府県	4	0.1	228	57.0
その他	7	0.2	821	117.3
合 計	3,285	100.0	300,095	91.4

老健施設が提供する関連サービス

(平成18年6月実施 全老健「平成18年4月介護報酬改定後の経営影響調査」より)

貴老健施設の関連で、同一市区町村内にある入所系施設は？ (あるものに○！)

N= 1,095 (N→記入のあった件数)

無回答・エラー 5 ※複数回答

区分	回答数	構成比
1) 介護老人保健施設	263 箇所	21.01%
2) 介護老人福祉施設	296 箇所	23.64%
3) グループホーム(認知症対応型共同生活介護)	366 箇所	29.23%
4) 経費老人ホーム(ケアハウス含む)	175 箇所	13.98%
5) 有料老人ホーム	69 箇所	5.51%
6) 身体障害者関連入所施設	46 箇所	3.67%
7) ケア付き住宅(アパート等)	37 箇所	2.96%
合計	1,252 箇所	100.00%

老健施設が提供する関連サービス

(平成18年6月実施 全老健「平成18年4月介護報酬改定後の経営影響調査」より)

設置主体の法人/関連法人が実施している訪問通所サービスは？ (あるものに○！)

N= 991

無回答・エラー 109 ※複数回答

区分	同一市区町村内で実施している事業の事業所数		うち、自施設と一体的な建物内
	回答数	構成比	老健と一体で実施
1) 訪問介護	345 事業所	15.59%	155 事業所
2) 訪問看護	419 事業所	18.93%	172 事業所
3) 老健の訪問リハ	141 事業所	6.37%	59 事業所
4) その他の訪問リハ	188 事業所	8.50%	37 事業所
5) 通所介護	256 事業所	11.57%	14 事業所
6) 老健での通所リハ	589 事業所	26.62%	556 事業所
7) 老健以外での通所リハ	152 事業所	6.87%	11 事業所
8) 福祉用具貸与	123 事業所	5.56%	7 事業所
合計	2,213 事業所	100.00%	1,011 事業所

一体的に居宅系サービスを実施する会員施設が多く、スタッフにもさらなる多機能性が要求されるのが老健施設の特徴。

表1-2-1 介護保険施設の現状及び人員配置基準

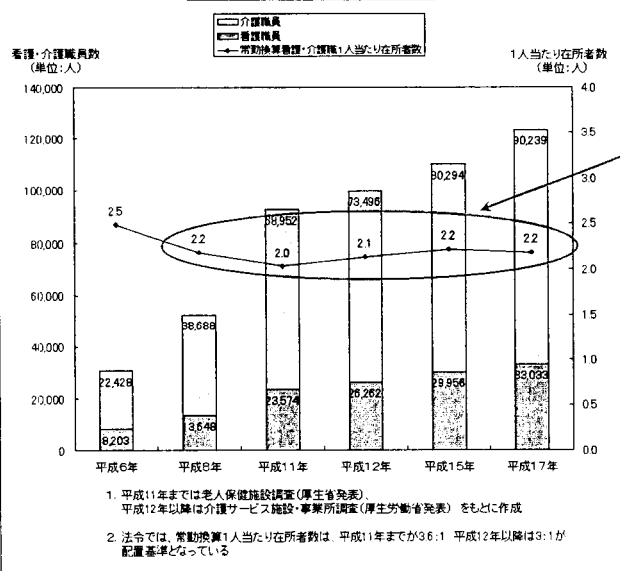
基本特性	介護保険施設等施設	老人保健施設	特別支援老人ホーム
定義	「介護保険施設等施設」の定義は、介護保険法第2条第1項第1号の「介護サービス施設・事業所」に該当する施設であつて、当該施設に常駐して入居する要介護者に対する、介護サービスを提供し、当該サービスの提供を通じて、要介護者の生活の向上を図ることを目的とする施設。	「介護老人保健施設」の定義は、介護保険法第2条第1項第2号の「介護サービス施設・事業所」に該当する施設であつて、当該施設に常駐して入居する要介護者に対する、介護サービスを提供し、当該サービスの提供を通じて、要介護者の生活の向上を図ることを目的とする施設。	「介護老人福祉施設」の定義は、介護保険法第2条第1項第3号の「介護サービス施設・事業所」に該当する施設であつて、当該施設に常駐して入居する要介護者に対する、介護サービスを提供し、当該サービスの提供を通じて、要介護者の生活の向上を図ることを目的とする施設。
施設数	3,717	3,131	5,201
定員数	120,942人	202,513人	363,747人
平均介護職員	4.30	3.19	3.73
平均在居日数	359.5日	230.1日	1,429.0日
1人当たり居室面積	5.4㎡以上	6㎡以上	10.65㎡以上
1施設の定員数	4.1以上	3.1以上	4.1以上
施設の種類	30以上 48以上	施設1以上 100以上	完全施設 (非常設可)
常勤職員	6.1以上	常勤・介護 3.1以上 (常勤2.7)	常勤・介護 3.1以上 入居者100人の場合、 常勤2人
介護職員	6.1以上		
認定介護士(PT) 作業療法士(OT)	PT及びOTが常勤職員	PT又はOTが100:1以上	
施設利用職員			1以上
生活(支援)係職員		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

老健施設は、利用者
3名に対し、看・介護
職1名の配置が基準

1. 本表の介護職員は、「介護施設等施設調査」(厚生労働省統計調査、平成17年11月調査分)から抽出
 2. 施設数、定員数については、「介護サービス施設・事業所調査」(同、平成16年10月1日時点)
 3. 平均在居日数については、「介護サービス施設・事業所調査」(同、平成16年10月1日時点)
 4. 介護施設は、介護サービス利用型施設を除く。
- 資料 厚生労働省「介護施設等の在り方に関する資料集」

(全老健編集図書「平成19年版 介護白書」より)

老人保健施設の看護・介護職員数



実際の配置は、
利用者2.2人に対し、
看・介護職員を1名配置

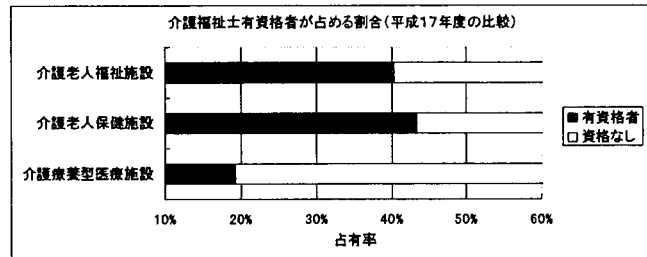
1. 平成11年までは老人保健施設調査(厚生省発表)、平成12年以降は介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省発表)をもとに作成
2. 法令では、常勤換算1人当たり在居者数は、平成11年までが3.6:1、平成12年以降は3:1が配置基準となっている

介護福祉士の有資格者の比率

介護職員のうち、介護福祉士が占める割合(介護保険3施設の比較)

種別	年度	介護職員			うち、介護福祉士の有資格者			有資格者の割合		
		総数	常勤 ^{※1}	非常勤	総数	常勤 ^{※1}	非常勤	総数	常勤 ^{※1}	非常勤
介護老人福祉施設	平成15年	145,650	121,172	24,478	57,455	55,926	1,529	39.4%	46.2%	6.2%
	平成16年	152,828	130,767	22,061	62,944	61,010	1,934	41.2%	46.7%	7.1%
	平成17年	171,800	141,165	30,635	69,138	66,661	2,477	40.2%	47.2%	8.1%
介護老人保健施設	平成15年	83,729	76,444	7,285	35,396	34,985	411	42.3%	45.6%	5.6%
	平成16年	88,850	80,915	7,935	38,326	37,720	606	43.1%	46.6%	7.6%
	平成17年	94,353	85,099	9,254	40,917	40,104	813	43.4%	47.1%	8.6%
介護療養型医療施設	平成15年	52,099	47,687	4,412	8,561	8,477	84	16.4%	17.8%	1.9%
	平成16年	51,463	46,895	4,568	9,228	9,116	112	17.9%	19.4%	2.5%
	平成17年	46,216	42,213	4,003	8,875	8,732	143	19.2%	20.7%	3.6%

※1:「常勤」数は、「専従」と「兼務」の合算
(平成15～17年度「介護サービス施設・事業所調査」から引用して作成)



平成18年4月の給与改定状況

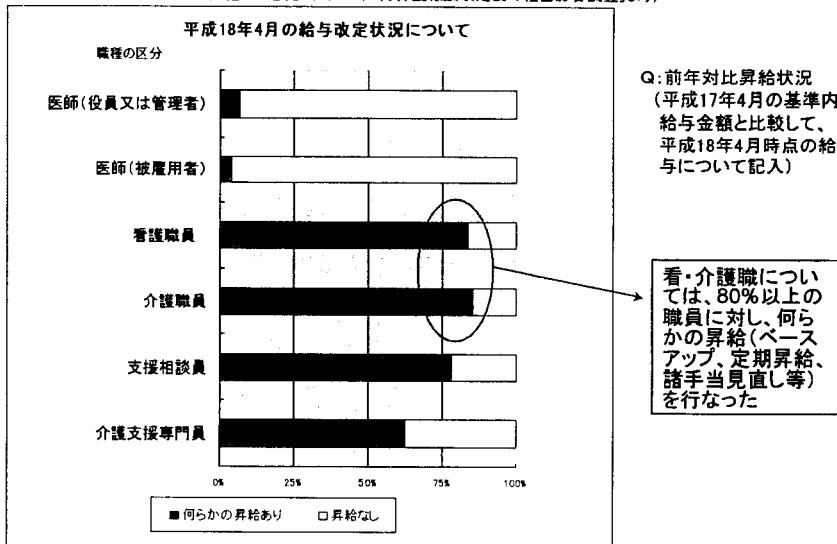
(平成18年6月実施 全老健「平成18年4月介護報酬改定後の経営影響調査」より)

Q: 前年対比昇給率は、平成17年4月の基準内給与金額で調査票の昇給総額を除外して算出して下さい。

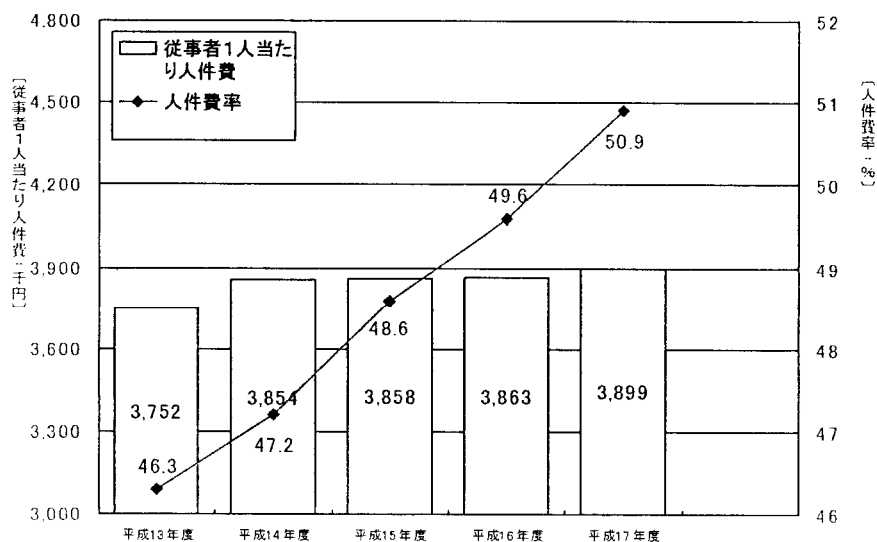
区分	イヘスアア金額 (平均額)	ロ定期昇給金額 (平均額)	ハ手当等昇進 (平均額)	ニ昇給額 (イ+ロ+ハ)
医師(役員又は管理者) N=388	△ 22.7円	290.8円	△ 12.6円	255.4円
うち、0以外データの平均(A)	△ 8,812.0円	4,904.8円	△ 1,221.8円	3,964.3円
0以外データ数(B)	(1)	(23)	(4)	(25)
(B)のNIに対する比率	0.26%	5.93%	1.03%	6.44%
医師(被雇用者) N=329	△ 34.3円	291.8円	△ 8.6円	249.0円
うち、0以外データの平均(A)	△ 3,766.7円	7,388.2円	△ 944.9円	5,850.9円
0以外データ数(B)	(3)	(13)	(3)	(14)
(B)のNIに対する比率	0.77%	3.35%	0.77%	3.61%
看護職員 N=395	139.9円	2,346.1円	113.7円	2,599.7円
うち、0以外データの平均(A)	1,127.4円	3,120.3円	736.9円	3,159.6円
0以外データ数(B)	(49)	(297)	(61)	(325)
(B)のNIに対する比率	12.63%	76.55%	15.72%	83.76%
介護職員 N=399	264.5円	2,280.1円	103.6円	2,648.3円
うち、0以外データの平均(A)	1,819.7円	2,982.9円	608.0円	3,182.7円
0以外データ数(B)	(58)	(305)	(68)	(332)
(B)のNIに対する比率	14.95%	78.61%	17.53%	85.57%
支援相談員 N=392	153.6円	2,373.5円	40.3円	2,567.4円
うち、0以外データの平均(A)	1,368.7円	3,358.9円	367.1円	3,321.5円
0以外データ数(B)	(44)	(277)	(43)	(303)
(B)のNIに対する比率	11.34%	71.39%	11.08%	78.09%
介護支援専門員 N=366	156.4円	1,975.3円	77.3円	2,209.0円
うち、0以外データの平均(A)	1,467.3円	3,271.4円	785.8円	3,340.9円
0以外データ数(B)	(39)	(221)	(36)	(242)
(B)のNIに対する比率	10.05%	56.96%	9.28%	62.37%

平成18年4月の給与改定状況

(平成18年6月実施 全老健「平成18年4月介護報酬改定後の経営影響調査」より)



従事者1人当たり人件費と人件費率の推移(介護老人保健施設)



介護老人保健施設は、 若い介護職員がケアサービスを支えている

表2-1-25 事業所の種類別にみた年齢階級別従事者の構成割合

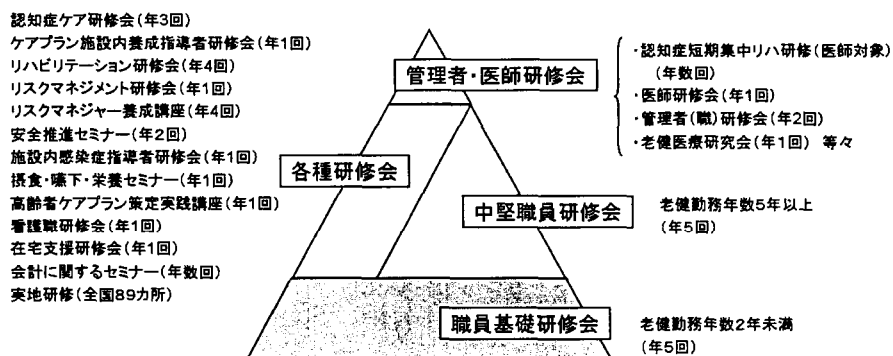
(単位：%)

平成16年10月1日現在

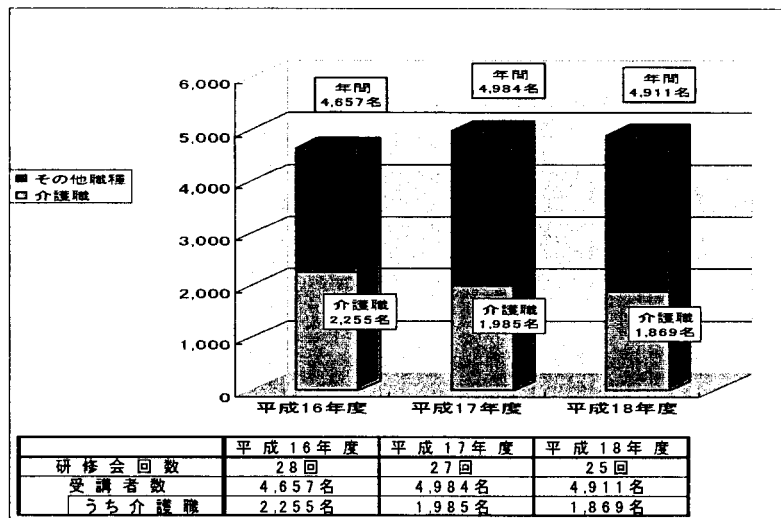
	総数	25歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	不詳
訪問介護 介護職員	100.0	12.3	17.7	33.2	30.9	5.6	0.3
訪問看護ステーション 看護職員	100.0	9.0	36.4	38.7	14.6	1.2	0.1
認知症対応型共同生活介護 介護職員	100.0	34.6	18.9	21.3	20.5	4.2	0.4
居宅介護支援 介護支援専門員	100.0	4.1	29.4	36.2	26.4	3.7	0.1
介護老人福祉施設 介護職員	100.0	44.9	23.7	16.5	14.1	0.6	0.3
看護職員	100.0	7.9	19.2	40.1	30.8	2.9	0.1
介護支援専門員	100.0	7.0	32.0	33.3	25.4	2.2	0.1
介護老人保健施設 介護職員	100.0	51.4	23.3	14.7	9.8	0.5	0.3
看護職員	100.0	10.8	24.5	36.3	25.3	3.1	0.1
介護支援専門員	100.0	9.0	33.2	31.9	22.1	3.6	0.2
介護専門型医療施設 介護職員	100.0	34.5	15.8	21.2	25.2	2.9	0.4
看護職員	100.0	14.2	22.8	34.5	24.9	3.5	0.0
介護支援専門員	100.0	3.6	24.3	38.8	28.7	4.6	—

「平成16年介護サービス施設・事業所調査」
(全老健編集図書「平成18年版 介護白書」より)

全老健の主な研修会等(年間30本以上)



全老健の主な研修会の受講者数



毎年約5,000名の職員が各種研修会に参加

全老健の主な研修会内容

会員各位

全老健第19-00号
平成19年6月00日

社団法人全国老人保健施設協会
会長 川合 秀治
(公印省略)

研修委員会 委員長 平川 博之

ケアのプロフェッショナルを目指して

平成19年度第2回職員基礎研修会(京都会場)開催

職員基礎研修会は、老健職員として必須の基礎的知識の習得を目的としています。ディスカッションでは、全国の老健スタッフの皆さんとともに仕事に対する夢や悩みを語り合います。

日程 平成19年7月26日(木)～27日(金)

会場 国立京都国際会館 <http://www.icckyo.or.jp/>

〒606-0001 京都市左京区若宮大橋町422番地 TEL (075) 705-1234

参加費用・定員 1人〇,〇〇円(資料代・消費税込、意見交換会参加費別)・200名(定員となり次第締切)

参加対象者 正・準会員及び老健実務経験2年未満の全員施設職員及び賛助会員

受講証書の発行 全期間受講された方に受講証書を交付致します。ただし、遅刻・早退等により全課程を受講できなかった場合は、受講証書の交付は致しません。

参加券 研修会開催通知の1週間前に株式会社〇〇〇〇よりご郵送させていただきます。

第1日目

11:30 受付
12:20 オリエンテーション
12:25 開会式
12:30 介護老人保健施設の理念と役割 川合 秀治
～13:30 全老健 会長
13:40 チームケアについて～めざせ7の70%ハッパル
～14:40 全老健 研修推進部長 〇〇〇〇
14:50 介護保険制度について
～15:50 全老健 副会長 高橋 潤
16:00 老健での夢を語るディスカッション
～17:30 進行:全老健 研修委員会 委員 〇〇〇〇
18:00 意見交換会

第2日目

9:00 介護老人保健施設のリハビリテーション
～10:00 全老健 リハビリテーション部長 〇〇〇〇
10:10 認知症高齢者の理解とケア
～11:10 全老健 認知症部長 〇〇〇〇
11:20 高齢者介護における食事サービスのあり方
～12:20 〇〇〇〇 介護老人保健施設 〇〇〇〇 栄養科長 〇〇〇〇
13:10 高齢者ケアプラン
～15:00 「ケアプランの意義」
〇〇〇 介護老人保健施設 〇〇〇〇 副施設長 〇〇〇
「事例検討」
〇〇〇 〇〇〇〇老人保健施設 主任 〇〇〇〇
15:00 閉会式

全老健の主な研修会内容

会員各位

全老健第19-0号
平成19年10月0日
社団法人全国老人保健施設協会
会長 川合 秀治
(公)第146号
研修委員会
委員長 平川 博之

中堅職員のスキルアップ！

平成19年度第2回中堅職員研修会(京都会場)開催!!

中堅職員研修会は、老健職員としての資質向上を目的としています。昨年度好評の「スキルアップ講座」は引き続き行い、今年度は新たに「リスクマネジメント」の講義をプログラムに追加致しました。是非、ご参加下さい。

日時・会場	平成19年7月26日(木)～7月27日(金) 国立京大国際会議場 http://www.icdyoto.or.jp/ 〒606-0001 京都市左京区老舎大馬路42番地 TEL (075) 705-1234 1人0,000円(資料代・意見交換会参加費・消費税込み)・150名(定員となり次第締切)																																												
参加費用・定員	老健施設の高齢施設5年以上の職員職員																																												
参加対象者	全期受講済の方には受講証書を交付致します。ただし、遅刻・早退等により全課程を受講できなかった方は、受講証書の交付は致しません。																																												
受講証書の発行	研修会開催の1週間前に株式会社○○○○よりご郵送させていただきます。																																												
参加費	研修会開催の1週間前に株式会社○○○○よりご郵送させていただきます。																																												
第1日目	<table border="0"> <tr> <td>8:00</td><td>受付</td><td>15:35～17:30</td><td>パネルディスカッションこれからの老健に求められるもの (テーマ7. 認知症、リビ/リハ/ケア/マネジメント 認知症など)</td></tr> <tr> <td>8:50</td><td>オリエンテーション</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>9:55</td><td>開会式</td><td>全老健 会長</td><td>川合 秀治</td></tr> <tr> <td>10:00～11:00</td><td>介護保険制度と介護老人保健施設-これから老健が目指すもの-</td><td>全老健 会長</td><td>川合 秀治</td></tr> <tr> <td>11:10～12:10</td><td>施設内職員の研修のあり方について-選ばれる施設として-</td><td>進行:</td><td>全老健 研修委員長</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>平川 博之</td><td></td></tr> <tr> <td>13:10～14:10</td><td>《中堅職員スキルアップ》最良のスキルを求めて-推進について-</td><td>全老健 研修推進部員</td><td>○○○○</td></tr> <tr> <td></td><td>株式会社○○○○</td><td>全老健 研修推進部員</td><td>○○○○</td></tr> <tr> <td>14:20～15:20</td><td>リスクマネジメントについて</td><td>全老健 研修推進部員</td><td>○○○○</td></tr> <tr> <td></td><td>全老健 安全推進部員</td><td>18:00</td><td>意見交換会(全員参加)</td></tr> </table>			8:00	受付	15:35～17:30	パネルディスカッションこれからの老健に求められるもの (テーマ7. 認知症、リビ/リハ/ケア/マネジメント 認知症など)	8:50	オリエンテーション			9:55	開会式	全老健 会長	川合 秀治	10:00～11:00	介護保険制度と介護老人保健施設-これから老健が目指すもの-	全老健 会長	川合 秀治	11:10～12:10	施設内職員の研修のあり方について-選ばれる施設として-	進行:	全老健 研修委員長			平川 博之		13:10～14:10	《中堅職員スキルアップ》最良のスキルを求めて-推進について-	全老健 研修推進部員	○○○○		株式会社○○○○	全老健 研修推進部員	○○○○	14:20～15:20	リスクマネジメントについて	全老健 研修推進部員	○○○○		全老健 安全推進部員	18:00	意見交換会(全員参加)		
8:00	受付	15:35～17:30	パネルディスカッションこれからの老健に求められるもの (テーマ7. 認知症、リビ/リハ/ケア/マネジメント 認知症など)																																										
8:50	オリエンテーション																																												
9:55	開会式	全老健 会長	川合 秀治																																										
10:00～11:00	介護保険制度と介護老人保健施設-これから老健が目指すもの-	全老健 会長	川合 秀治																																										
11:10～12:10	施設内職員の研修のあり方について-選ばれる施設として-	進行:	全老健 研修委員長																																										
		平川 博之																																											
13:10～14:10	《中堅職員スキルアップ》最良のスキルを求めて-推進について-	全老健 研修推進部員	○○○○																																										
	株式会社○○○○	全老健 研修推進部員	○○○○																																										
14:20～15:20	リスクマネジメントについて	全老健 研修推進部員	○○○○																																										
	全老健 安全推進部員	18:00	意見交換会(全員参加)																																										
第2日目	<table border="0"> <tr> <td>8:00～12:00</td><td>グループワーク</td><td>進行: 全老健 研修委員長</td><td>平川 博之</td><td>講師: 全老健 川合 秀治</td><td>○○○○</td></tr> <tr> <td>13:00～15:30</td><td>①介護/リハ/ケア/マネジメント ②在宅支援 ③認知症 (リスクマネジメント) ④認知症 (リハ/リハ/ケア/マネジメント) ⑤認知症 (身体・栄養管理) ⑥認知症 (介護/ケア/マネジメント)</td><td></td><td></td><td>全老健 研修推進部員</td><td>○○○○</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>全老健 研修推進部員</td><td>○○○○</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>全老健 研修推進部員</td><td>○○○○</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>全老健 研修推進部員</td><td>○○○○</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>全老健 研修推進部員</td><td>○○○○</td></tr> <tr> <td>15:30</td><td>閉会式</td><td></td><td></td><td>全老健 研修推進部員</td><td>○○○○</td></tr> </table>			8:00～12:00	グループワーク	進行: 全老健 研修委員長	平川 博之	講師: 全老健 川合 秀治	○○○○	13:00～15:30	①介護/リハ/ケア/マネジメント ②在宅支援 ③認知症 (リスクマネジメント) ④認知症 (リハ/リハ/ケア/マネジメント) ⑤認知症 (身体・栄養管理) ⑥認知症 (介護/ケア/マネジメント)			全老健 研修推進部員	○○○○					全老健 研修推進部員	○○○○					全老健 研修推進部員	○○○○					全老健 研修推進部員	○○○○					全老健 研修推進部員	○○○○	15:30	閉会式			全老健 研修推進部員	○○○○
8:00～12:00	グループワーク	進行: 全老健 研修委員長	平川 博之	講師: 全老健 川合 秀治	○○○○																																								
13:00～15:30	①介護/リハ/ケア/マネジメント ②在宅支援 ③認知症 (リスクマネジメント) ④認知症 (リハ/リハ/ケア/マネジメント) ⑤認知症 (身体・栄養管理) ⑥認知症 (介護/ケア/マネジメント)			全老健 研修推進部員	○○○○																																								
				全老健 研修推進部員	○○○○																																								
				全老健 研修推進部員	○○○○																																								
				全老健 研修推進部員	○○○○																																								
				全老健 研修推進部員	○○○○																																								
15:30	閉会式			全老健 研修推進部員	○○○○																																								

社団法人全国老人保健施設協会

19

平成19年度第1回管理者(職)研修会(東日本会場)カリキュラム

第1日目

時間	研修テーマ	講師
12:25	開 講 式	全国老人保健施設協会 会長 川合 秀治
13:00	介護老人保健施設に求められることと果たすべき役割	全国老人保健施設協会 会長 川合 秀治
14:30	厚生労働省老健局	〇〇 〇〇
14:40	休憩	
15:40	介護老人保健施設の運営・財務・会計について	全国老人保健施設協会 監事 〇〇公認会計士 〇〇 〇〇
16:40	経営者から見る介護老人保健施設の経営状況	独立行政法人高齢医療機構 〇〇 〇〇
16:50	休憩	
17:30	パネルディスカッション「老健があるべき姿を求めて-目指す方向性」	進行: 全国老人保健施設協会 管理運営委員長 〇〇 〇〇 パネラー: 全国老人保健施設協会 在宅介護推進部員 〇〇 〇〇
18:30		

第2日目

時間	研修テーマ	講師
9:00	介護保険制度の改正と施設運営	〇〇大学 教授
10:00	介護老人保健施設の運営改善	社会保険審議会(審議会)委員 〇〇 〇〇
10:00	日頃の施設運営 ①リスクマネジメント ②サービスの質の確保	進行: 全国老人保健施設協会 常務理事 研修委員長 平川 博之 パネラー: 全国老人保健施設協会 副会長 高橋 清 全国老人保健施設協会 常務理事 管理運営委員長 〇〇 〇〇 全国老人保健施設協会 常務理事 社会保険制度・情報委員長 内藤 圭之
12:00		
	閉会式	

平成19年度全国老人保健施設協会 医師研修会 カリキュラム

第1日目 平成19年9月7日(金)

時間	研修テーマ	講師
12:20	オリエンテーション	全国老人保健施設協会
12:25	開 講 式	全国老人保健施設協会 会長 川合 秀治
12:30	OGA(高齢者総合診療)について	〇〇大学 〇〇 〇〇
13:30	介護老人保健施設における皮膚科疾患のケア	〇〇大学 〇〇 〇〇
14:30	介護老人保健施設における皮膚科疾患のケア	〇〇大学 〇〇 〇〇
14:40	休憩	
15:40	介護老人保健施設における皮膚科疾患のケア	〇〇大学 〇〇 〇〇
16:40	介護老人保健施設における皮膚科疾患のケア	〇〇大学 〇〇 〇〇
16:50	休憩	
17:50	介護老人保健施設における皮膚科疾患のケア	〇〇大学 〇〇 〇〇
18:30	介護老人保健施設における皮膚科疾患のケア	〇〇大学 〇〇 〇〇
18:30	意見交換会(全員の参加)	

第2日目 平成19年9月8日(土)

時間	研修テーマ	講師
9:00	グループワーク	進行: 〇〇大学 〇〇 〇〇
12:00	1. 老人保健施設における認知症のケア 2. 老人保健施設における認知症のケア 3. 老人保健施設における認知症のケア 4. 老人保健施設における認知症のケア	教授 〇〇 〇〇 補 佐: 全国老人保健施設協会 常務理事 研修委員長 平川 博之 全国老人保健施設協会 〇〇 〇〇
13:00	昼食休憩	
14:00	グループワーク(同上)	研修委員長 〇〇 〇〇
14:00	閉 講 式	全老健 常務理事 平川 博之

社団法人全国老人保健施設協会

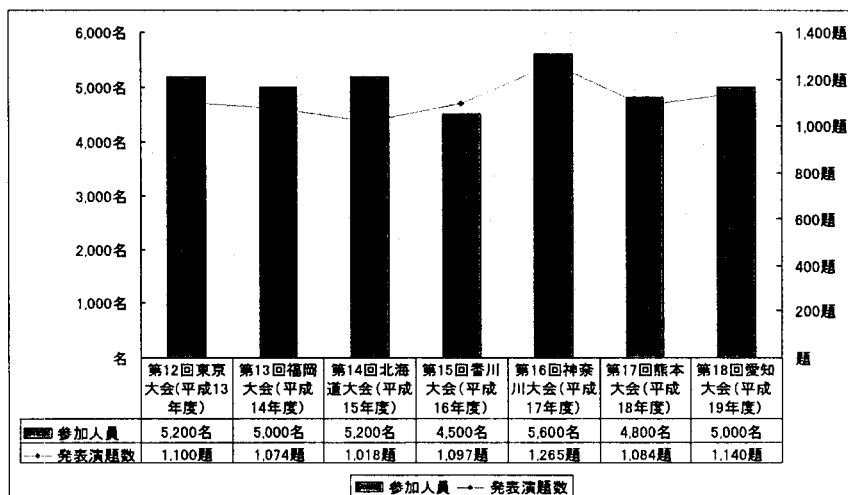
20

全老健都道府県支部での研修会等(一例)

支部名 (会員数)	事業名
青森県	支部研修会
	保健支部研修会(老健施設と介護福祉法)
	講習会(介護支援専門員実務研修)
	研修会(リハビリテーション研修会)
	研修会(包括的自立支援プログラム)
	研修会(老人保健施設運営・経営セミナー)
	研修会(事務・相談員・栄養士分科会)
千葉県	研修会(看護・介護分科会)
	新任・看護介護職員研修会
	ケアプラン研修会
	PT・OT・ST職員研修会
	介護マナー研修会
	栄養・調理職員研修会
	脚制についての研修会
	ロールプレイング研修会
	看護・介護リーダー研修会
	研究事例発表会
	支援相談員研修会
	基礎介護技術研修会
	通所リハビリテーション研修会
	管理者研修会
	危険防止研修会
	事務職員研修会
	認知リハビリテーション研修会
大分県	大分県老人保健施設大会
	施設訪問公開講座
	介護支援専門員実務研修受講試験講習会
	事務管理委員会研修会
	看護・介護部会研修会
	栄養給食部会研修会
	リハビリ部会研修会
	支援相談・介護支援部会研修会

各都道府県支部においても独自の研修会を多数開催 (平成14年度調べ)

全老健全国大会の参加者数と発表演題数



質の高い高齢者の介護に寄与することを目的に
全国から毎年約5,000名の職員が一堂に会し
相互研鑽を計る。

施設職員の確保について

	☹ 非常に困難	☹ 困難	☺ 多少困難	合計
医師	54.4%	37.7%	7.9%	100.0%
看護師	37.1%	50.0%	12.9%	100.0%
介護福祉士	11.1%	62.0%	26.9%	100.0%
ケアマネジャー	26.1%	45.5%	28.4%	100.0%
PT・ST・OT	29.6%	53.5%	16.9%	100.0%
支援相談員	6.7%	43.3%	50.0%	100.0%
管理栄養士	16.2%	48.6%	35.1%	100.0%
事務職	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%
その他	37.5%	50.0%	12.5%	100.0%

回答者の98%が求人難有と答えた。介護福祉士不足も上位

(平成18年度 全老健 管理系(職) 研修会 アンケートより)

(介護報酬算定構造の変遷)

参考資料

改定ごとに複雑になる介護保険制度 ⇒ 間接業務が激増

平成8年4月改定時

項目	1月につき	1日につき
1. 介護報酬算定		
① 介護報酬算定(1)		
② 介護報酬算定(2)		
③ 介護報酬算定(3)		
④ 介護報酬算定(4)		
⑤ 介護報酬算定(5)		
⑥ 介護報酬算定(6)		
⑦ 介護報酬算定(7)		
⑧ 介護報酬算定(8)		
⑨ 介護報酬算定(9)		
⑩ 介護報酬算定(10)		
⑪ 介護報酬算定(11)		
⑫ 介護報酬算定(12)		
⑬ 介護報酬算定(13)		
⑭ 介護報酬算定(14)		
⑮ 介護報酬算定(15)		
⑯ 介護報酬算定(16)		
⑰ 介護報酬算定(17)		
⑱ 介護報酬算定(18)		
⑲ 介護報酬算定(19)		
⑳ 介護報酬算定(20)		
㉑ 介護報酬算定(21)		
㉒ 介護報酬算定(22)		
㉓ 介護報酬算定(23)		
㉔ 介護報酬算定(24)		
㉕ 介護報酬算定(25)		
㉖ 介護報酬算定(26)		
㉗ 介護報酬算定(27)		
㉘ 介護報酬算定(28)		
㉙ 介護報酬算定(29)		
㉚ 介護報酬算定(30)		
㉛ 介護報酬算定(31)		
㉜ 介護報酬算定(32)		
㉝ 介護報酬算定(33)		
㉞ 介護報酬算定(34)		
㉟ 介護報酬算定(35)		
㊱ 介護報酬算定(36)		
㊲ 介護報酬算定(37)		
㊳ 介護報酬算定(38)		
㊴ 介護報酬算定(39)		
㊵ 介護報酬算定(40)		
㊶ 介護報酬算定(41)		
㊷ 介護報酬算定(42)		
㊸ 介護報酬算定(43)		
㊹ 介護報酬算定(44)		
㊺ 介護報酬算定(45)		
㊻ 介護報酬算定(46)		
㊼ 介護報酬算定(47)		
㊽ 介護報酬算定(48)		
㊾ 介護報酬算定(49)		
㊿ 介護報酬算定(50)		

平成12年4月 介護保険開始時

項目	1月につき	1日につき
1. 介護報酬算定		
① 介護報酬算定(1)		
② 介護報酬算定(2)		
③ 介護報酬算定(3)		
④ 介護報酬算定(4)		
⑤ 介護報酬算定(5)		
⑥ 介護報酬算定(6)		
⑦ 介護報酬算定(7)		
⑧ 介護報酬算定(8)		
⑨ 介護報酬算定(9)		
⑩ 介護報酬算定(10)		
⑪ 介護報酬算定(11)		
⑫ 介護報酬算定(12)		
⑬ 介護報酬算定(13)		
⑭ 介護報酬算定(14)		
⑮ 介護報酬算定(15)		
⑯ 介護報酬算定(16)		
⑰ 介護報酬算定(17)		
⑱ 介護報酬算定(18)		
⑲ 介護報酬算定(19)		
⑳ 介護報酬算定(20)		
㉑ 介護報酬算定(21)		
㉒ 介護報酬算定(22)		
㉓ 介護報酬算定(23)		
㉔ 介護報酬算定(24)		
㉕ 介護報酬算定(25)		
㉖ 介護報酬算定(26)		
㉗ 介護報酬算定(27)		
㉘ 介護報酬算定(28)		
㉙ 介護報酬算定(29)		
㉚ 介護報酬算定(30)		
㉛ 介護報酬算定(31)		
㉜ 介護報酬算定(32)		
㉝ 介護報酬算定(33)		
㉞ 介護報酬算定(34)		
㉟ 介護報酬算定(35)		
㊱ 介護報酬算定(36)		
㊲ 介護報酬算定(37)		
㊳ 介護報酬算定(38)		
㊴ 介護報酬算定(39)		
㊵ 介護報酬算定(40)		
㊶ 介護報酬算定(41)		
㊷ 介護報酬算定(42)		
㊸ 介護報酬算定(43)		
㊹ 介護報酬算定(44)		
㊺ 介護報酬算定(45)		
㊻ 介護報酬算定(46)		
㊼ 介護報酬算定(47)		
㊽ 介護報酬算定(48)		
㊾ 介護報酬算定(49)		
㊿ 介護報酬算定(50)		

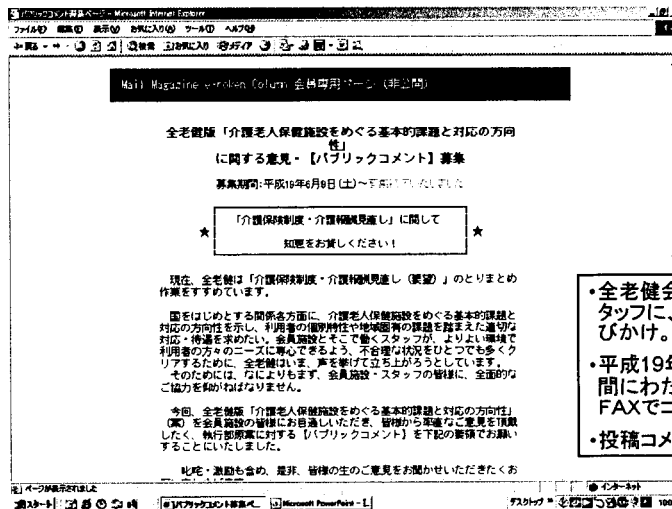
平成18年4月介護報酬改定時

項目	1月につき	1日につき
1. 介護報酬算定		
① 介護報酬算定(1)		
② 介護報酬算定(2)		
③ 介護報酬算定(3)		
④ 介護報酬算定(4)		
⑤ 介護報酬算定(5)		
⑥ 介護報酬算定(6)		
⑦ 介護報酬算定(7)		
⑧ 介護報酬算定(8)		
⑨ 介護報酬算定(9)		
⑩ 介護報酬算定(10)		
⑪ 介護報酬算定(11)		
⑫ 介護報酬算定(12)		
⑬ 介護報酬算定(13)		
⑭ 介護報酬算定(14)		
⑮ 介護報酬算定(15)		
⑯ 介護報酬算定(16)		
⑰ 介護報酬算定(17)		
⑱ 介護報酬算定(18)		
⑲ 介護報酬算定(19)		
⑳ 介護報酬算定(20)		
㉑ 介護報酬算定(21)		
㉒ 介護報酬算定(22)		
㉓ 介護報酬算定(23)		
㉔ 介護報酬算定(24)		
㉕ 介護報酬算定(25)		
㉖ 介護報酬算定(26)		
㉗ 介護報酬算定(27)		
㉘ 介護報酬算定(28)		
㉙ 介護報酬算定(29)		
㉚ 介護報酬算定(30)		
㉛ 介護報酬算定(31)		
㉜ 介護報酬算定(32)		
㉝ 介護報酬算定(33)		
㉞ 介護報酬算定(34)		
㉟ 介護報酬算定(35)		
㊱ 介護報酬算定(36)		
㊲ 介護報酬算定(37)		
㊳ 介護報酬算定(38)		
㊴ 介護報酬算定(39)		
㊵ 介護報酬算定(40)		
㊶ 介護報酬算定(41)		
㊷ 介護報酬算定(42)		
㊸ 介護報酬算定(43)		
㊹ 介護報酬算定(44)		
㊺ 介護報酬算定(45)		
㊻ 介護報酬算定(46)		
㊼ 介護報酬算定(47)		
㊽ 介護報酬算定(48)		
㊾ 介護報酬算定(49)		
㊿ 介護報酬算定(50)		

⇒ 加算算定等で、膨大な書類作成が必要。
利用者・ご家族への説明も難しくなるばかり。

※上表はユニット型、小規模型を省略

現場からの生の声～全老健【パブリックコメント】より (平成19年6月9日から3ヶ月間にわたり、全老健「会員専用HP」にて意見募集)



- 全老健会員と会員施設のスタッフに、意見投稿を広く呼びかけ。
- 平成19年6月9日から3ヶ月間にわたり、インターネットとFAXでコメントを受付。
- 投稿コメント総数、1,257件

現場からの生の声～全老健【パブリックコメント】より (平成19年6月9日から3ヶ月間にわたり、全老健「会員専用HP」にて意見募集)

コメント総数 1,257件から得られたSTATEMENT

- 1) 施設スタッフが誇りを持って、かつ安心して働けるように力強い支援が必要
 - 国家資格に見合う給与補償が可能となる介護報酬体系の確立
 - スタッフ数に対する評価
 - 実務経験年数に対する評価
- 2) 包括制を含めた、老健における医療体制の見直しが必要
 - 包括制を見直し、利用者の医療ニーズに応じた弾力的な医療保険の適用が望まれる。
 - 看護職員が24時間配置されていることへの評価
 - 「終末期医療費」の議論を科学的に積み上げ、介護施設における「看取り」のあり方とコストを再度見直し検討すべきである。
 - 「緊急時医療管理料」の評価の向上と適用範囲の拡大
- 3) 医療・介護の財源確保と、施設の役割・機能や借入金(補助金)を考慮した財源の分配が行われるべき
- 4) 医療と在宅の間のかかり橋となるべく、在宅生活支援・在宅復帰・地域ケアネットワークの中核施設等、老健施設の機能強化が必要

現場からの生の声～全老健【パブリックコメント】より

(平成19年6月9日から3ヶ月間にわたり、全老健「会員専用HP」にて意見募集)

介護職の人材確保問題に言及したコメント 計93件

★将来設計ができる給与体系、給与待遇の改善が必要！(34件)

- 介護職で一家を支え、一生を全うし得る給与が必要。介護業界の成人男子は極論すると結婚できない。
- 介護福祉士は国家資格のはず。その資格を取得して働いている労働者に対する最低賃金が現状でいいはずがない。
- 現状の介護報酬では、職員が夢や希望の持てる給与は支給不可能。志のある職員は現場を去るし、優秀な職員は採用できない。
- 介護への夢や希望を抱いて就職してくれた職員に対して、最低限の賃金しか支払うことができない現在の介護報酬。特に、男性介護職員は自分の将来に対する不安は大いはず。夢や希望、誇りだけでは生活できない現実がある。報われる報酬体系を期待する。
- 利用者の尊厳を考える時、なによりも自分自身が豊かでなければ他者に対して思いやりを持つ事は難しいと思う。職務経験とともに業種としての余裕がもてる仕組みづくりが必要に思う。
- 公務員のご子息が働きたいと思える状態になることが、必要最低条件である。

現場からの生の声～全老健【パブリックコメント】より

(平成19年6月9日から3ヶ月間にわたり、全老健「会員専用HP」にて意見募集)

介護職の人材確保問題に言及したコメント 計93件

★介護職の社会的地位の向上、支援体制の確立を！(20件)

- 職員に対する評価(人事考課など)が賃金に反映したり、職位に反映するなどの仕組みづくりと、それがケアの質にどう影響するか、また経営的にはどうかなどと言う、いわゆるマネジメントという考え方の導入が急務だと思う。
- 介護の質が問われている中で、その支援は体制・教育研修・給与など経済的な支援が必要です。
- 介護福祉士資格を取得しても身分の保障はない。各施設ごとの資格手当支給(給与補償)ではなく、介護報酬の中で補償されるようなシステムの推進を望む。
- 国民に多くの誤解があるように感じるのが、医療・介護と福祉を混同していることである。医療・介護をボランティア精神で行なうことを是としている意見もよく聞かれるが、あくまで職業である。
- 就職直前の教育機関での教育や、現場でのキャリアアップの仕組みが必要。もっと以前からの教育で医療・介護などの専門職に対する必要性などを学ぶ機会を与えることや、本当に大切な仕事と認識できるような、国家的キャンペーンも必要。そういう仕事に価値を見出せるような文化の醸成が最も重要であると思う。

現場からの生の声～全老健【パブリックコメント】より

(平成19年6月9日から3ヶ月間にわたり、全老健「会員専用HP」にて意見募集)

介護職の人材確保問題に言及したコメント 計93件

★介護職の確保が困難、早急な解決策が必要！(16件)

- 現状は目の前の介護職員を確保することが先決であり必死です。やる気のある人ほど燃え尽き退職してしまいます。
- 現状の介護報酬では、他の業界へスタッフをとられてしまうのではという不安がある。介護スタッフが今後ますます少なくなるのでは・・・。
- 人材不足の解消が優先。そうでなければ悪戯に給与のみが上がってしまうのみで人材確保がさらに困難になってしまい、質も悪くなる。
- 制度を整備するにあたり、現場の問題解消を一番に考えて欲しい。今どこの施設も人員確保に頭を悩まし、特に看護職員確保は退職者が一度出ると補充までかなりの時間を要す。病院のように寮や託児所の整備や働く環境作りにもっと補助金を出す仕組みを考えて欲しい。
- 早く解消しないと、医療専門職不在による減算による指定取消しが頻発したり、地方の施設では外国人労働者の不法就労のルートが確立されるでしょう。

現場からの生の声～全老健【パブリックコメント】より

(平成19年6月9日から3ヶ月間にわたり、全老健「会員専用HP」にて意見募集)

介護職の人材確保問題に言及したコメント 計93件

★現実に即した制度設計と、賃金体系の慎重な検討を！(23件)

- 老健施設の本来の目的である在宅復帰を実現するためには、施設職員全体のかなりの労力と時間がなければ実現しないのが現状である。そのことに対する報酬のサポートを望む。職員のやる気をそがないでいただきたい。
- 人がいないのに資格制度ばかりを充実させても意味が無い。国家資格制度を確立することで介護士が集まるか疑問。とにかく介護士不足を解消してからにして欲しい。
- 今後の社会情勢を踏まえて考えた場合、公務員と同じように硬直化されると経営上困難が予想されるので、モデル賃金等の提示は避けていただきたいと考えます。
- 最低賃金、基準賃金については介護報酬とセットで論ずべきと考える。
- 妥当な目標賃金は必要と考えるが、なにをもって妥当とするかは難しい。その辺は慎重に進めないと。
- 標準モデルが必要であるが、各施設や地域において実情の違いが多いと思う。かなりの調査が必要であると考えます。
- 施設は機械化することはできない(人間でなければできない)。国も県も現場の窮状(声)を聞く会等を設け、もう少し温かみのある改正になるようにしてもらいたい。

17年4月⇔18年4月

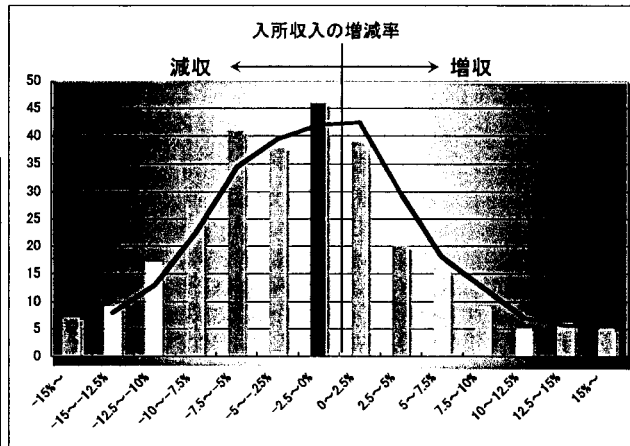
参考資料

介護報酬改定後の経営影響調査(入所)

(平成18年6月実施 全老健「平成18年4月介護報酬改定後の経営影響調査」より)

データ数	286
最小値	-18.9%
最大値	19.5%
中央値	-2.4%
平均	-2.1%
標準偏差	6.9%

増減率	施設数	
減収		65.0%
-15%~	2.4%	
-15~-12.5%	3.1%	
-12.5~-10%	5.9%	
-10~-7.5%	9.8%	
-7.5~-5%	14.3%	
-5~-2.5%	13.3%	
-2.5~0%	16.1%	
増収		35.0%
0~2.5%	13.6%	
2.5~5%	7.0%	
5~7.5%	5.6%	
7.5~10%	3.1%	
10~12.5%	1.7%	
12.5~15%	2.1%	
15%~	1.7%	



全国老人保健施設協会

31

17年4月⇔18年4月

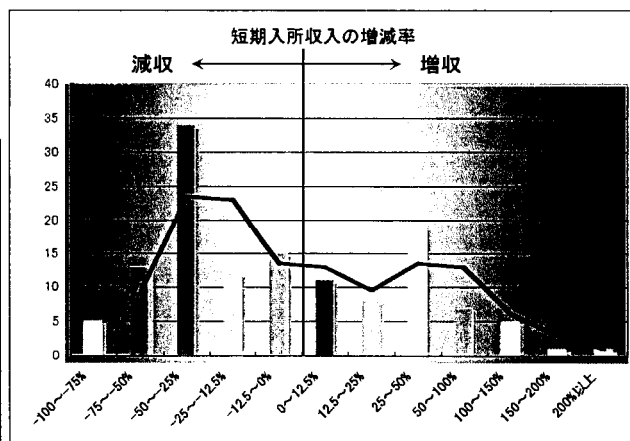
参考資料

介護報酬改定後の経営影響調査(短期入所)

(平成18年6月実施 全老健「平成18年4月介護報酬改定後の経営影響調査」より)

データ数	131
最小値	-100.0%
最大値	255.8%
中央値	-12.1%
平均	-2.2%
標準偏差	54.4%

増減率	施設数	
減収		60.3%
-100%~-75%	3.8%	
-75~-50%	9.9%	
-50~-25%	26.0%	
-25~-12.5%	9.2%	
-12.5~0%	11.5%	
増収		39.7%
0~12.5%	8.4%	
12.5~25%	6.1%	
25~50%	14.5%	
50~100%	5.3%	
100~150%	3.8%	
150~200%	0.8%	
200%以上	0.8%	



全国老人保健施設協会

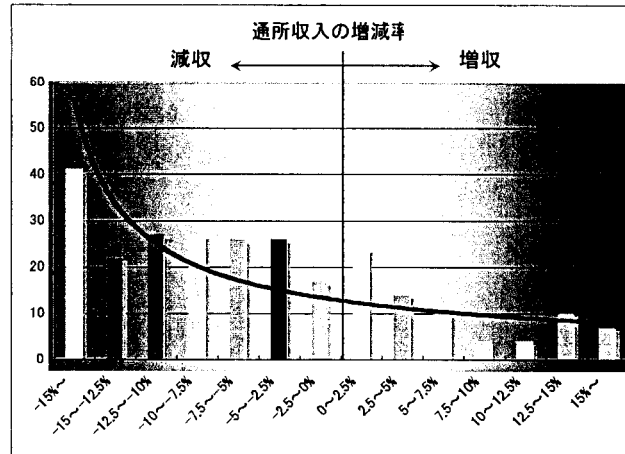
32

17年4月⇔18年4月 介護報酬改定後の経営影響調査(通所)

(平成18年6月実施 全老健「平成18年4月介護報酬改定後の経営影響調査」より)

データ数	259
最小値	-19.9%
最大値	19.8%
中央値	-6.0%
平均	-5.3%
標準偏差	9.2%

増減率	施設数
減収	
-15%~	15.8%
-15~-12.5%	8.5%
-12.5~-10%	10.4%
-10~-7.5%	10.4%
-7.5~-5%	10.0%
-5~-2.5%	10.0%
-2.5~0%	6.6%
増収	
0~2.5%	9.3%
2.5~5%	5.4%
5~7.5%	3.9%
7.5~10%	1.5%
10~12.5%	1.5%
12.5~15%	3.9%
15%~	2.7%



介護職員に関する人材確保・確保育成ニーズ調査報告(案)

1. スタッフの募集

常時募集でスタッフを確保している	16.5%
毎年の定期的な募集と欠員が生じたときの募集でスタッフを確保している	30.2%
欠員が生じたときのみ募集を行なっている	48.8%
毎年定期的に募集をしている	4.4%
合計	100.0%

(平成19年5月全老健実施 人材確保に関する調査より)

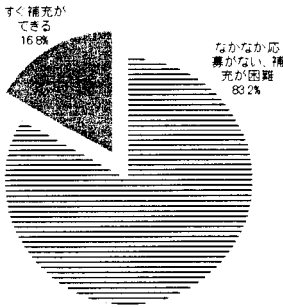
全国老人保健施設協会

介護職員に関する人材確保・確保育成ニーズ調査報告(案)

2. 応募、補充状況(全国)

募集してもなかなか応募が無い	36.7%	83.2%
募集すると応募があるが、欠員補充には時間がかかる	46.5%	
募集すると応募があり、すぐ欠員補充ができる	16.8%	
合計	100.0%	

(平成19年5月全老健実施 人材確保に関する調査より)



全国老人保健施設協会

表1-2-1 介護保険施設の現状及び人員配置基準

	介護療養型医療施設	老人保健施設	特別養護老人ホーム
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)	〔「介護療養型医療施設」の定義〕 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の必要な医療を行うことを目的とする施設。	〔「介護老人保健施設」の定義〕 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の必要な医療並びに日常生活上の世話をすることを目的とする施設。	〔「介護老人福祉施設」の定義〕 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することを目的とする施設。
施設数	3,717	3,131	5,291
定員数	138,942人	282,513人	363,747人
平均要介護度	4.30	3.19	3.73
平均在所日数	359.5日	230.1日	1,429.0日
1人当たり居室面積	6.4㎡以上	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
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
	看護職員	6:1以上	必要数 (非常勤可)
	介護職員	6:1以上	看護・介護 3:1以上 入所者100人の場合、 看護3人
	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
	機能訓練指導員		1以上
	生活(支援)相談員		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

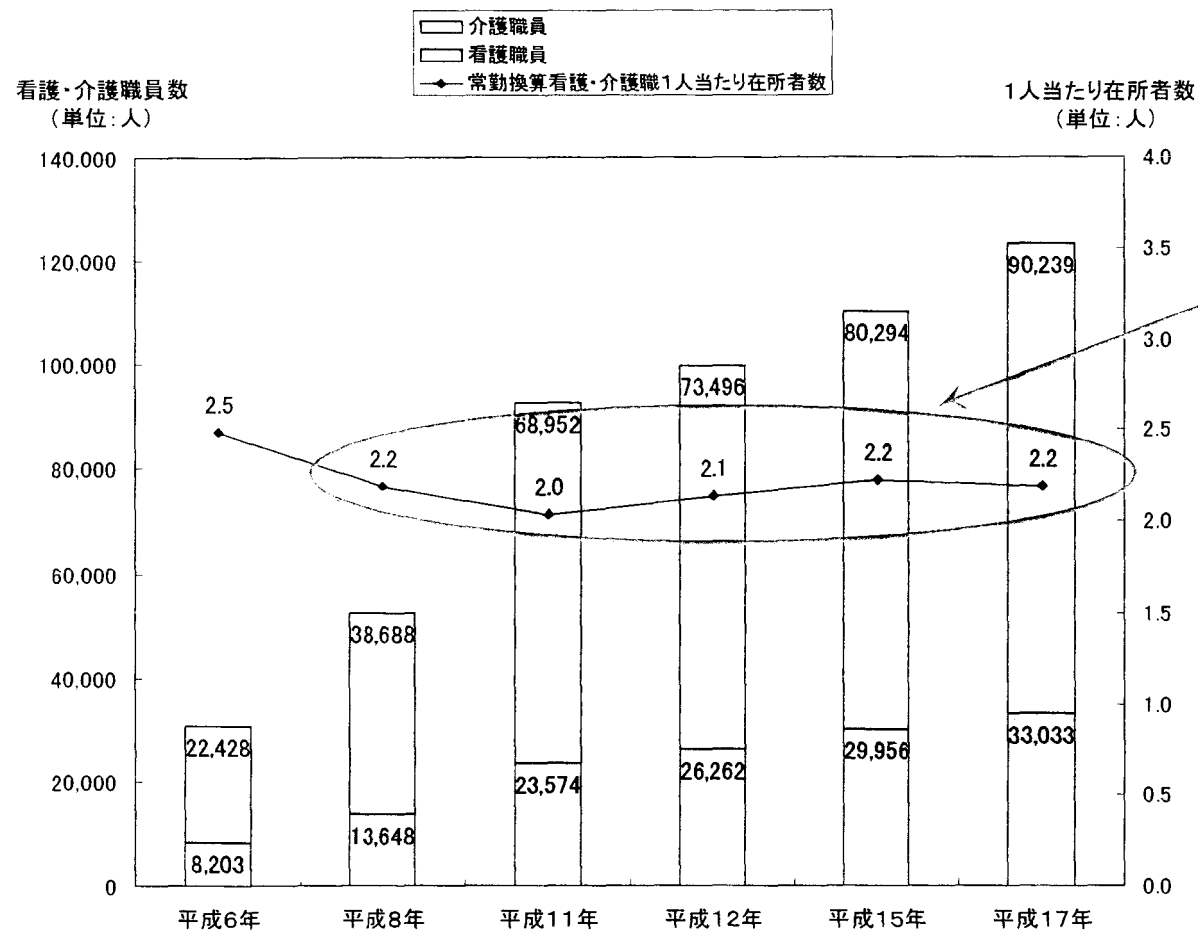
老健施設は、利用者
3名に対し、看・介護
職1名の配置が基準

- 1 平均要介護度は、「介護給付費実態調査」(厚生労働省統計情報部、平成17年11月審査分)から算出
- 2 施設数、定員数については、「介護サービス施設・事業所調査」(同、平成16年10月1日時点)
- 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15年9月中の退所者等について)
- 4 特定施設は、外部サービス利用型特定施設を除く。

(全老健編集図書「平成19年版 介護白書」より)

資料 厚生労働省 介護施設等の在り方に関する委員会

老人保健施設の看護・介護職員数



実際の配置は、
利用者2.2人に対し、
看・介護職員を1名配置

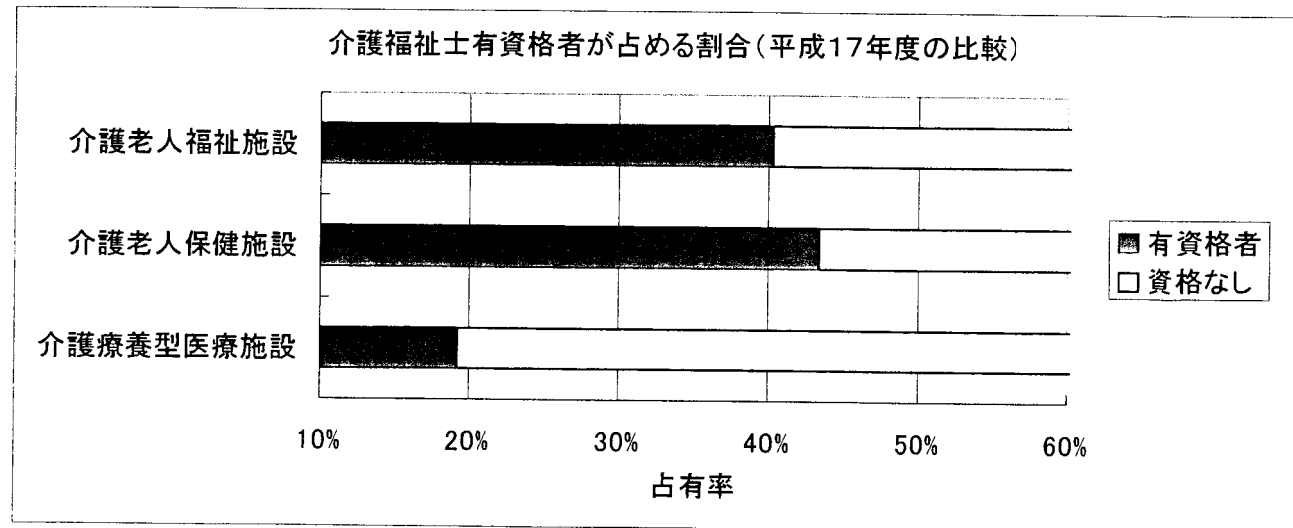
- 平成11年までは老人保健施設調査(厚生省発表)、平成12年以降は介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省発表)をもとに作成
- 法令では、常勤換算1人当たり在所者数は、平成11年までが3.6:1、平成12年以降は3:1が配置基準となっている

介護福祉士の有資格者の比率

介護職員のうち、介護福祉士が占める割合（介護保険3施設の比較）

種別	年度	介護職員			うち、介護福祉士の有資格者			有資格者の割合		
		総数	常勤※1	非常勤	総数	常勤※1	非常勤	総数	常勤※1	非常勤
介護老人福祉施設	平成15年	145,650	121,172	24,478	57,455	55,926	1,529	39.4%	46.2%	6.2%
	平成16年	152,828	130,767	22,061	62,944	61,010	1,934	41.2%	46.7%	7.1%
	平成17年	171,800	141,165	30,635	69,138	66,661	2,477	40.2%	47.2%	8.1%
介護老人保健施設	平成15年	83,729	76,444	7,285	35,396	34,985	411	42.3%	45.8%	5.6%
	平成16年	88,850	80,915	7,935	38,326	37,720	606	43.1%	46.6%	7.6%
	平成17年	94,353	85,099	9,254	40,917	40,104	813	43.4%	47.1%	8.8%
介護療養型医療施設	平成15年	52,099	47,687	4,412	8,561	8,477	84	16.4%	17.8%	1.9%
	平成16年	51,463	46,895	4,568	9,228	9,116	112	17.9%	19.4%	2.5%
	平成17年	46,216	42,213	4,003	8,875	8,732	143	19.2%	20.7%	3.6%

※1：「常勤」数は、「専従」と「兼務」の合算
（平成15～17年度「介護サービス施設・事業所調査」から引用して作成）



平成18年4月の給与改定状況

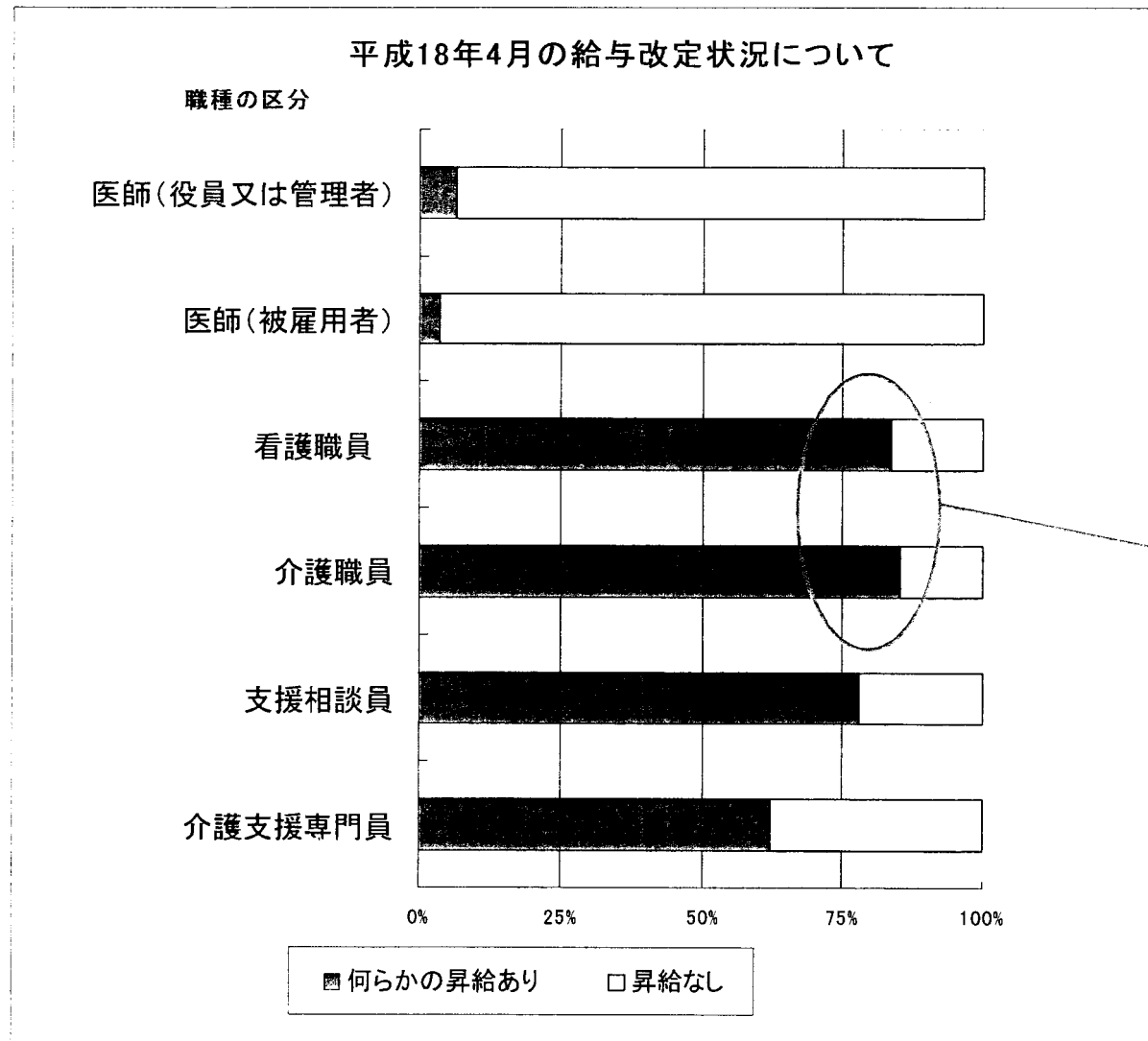
(平成18年6月実施 全老健「平成18年4月介護報酬改定後の経営影響調査」より)

Q: 前年対比昇給率は、平成17年4月の基準内給与金額で調査票の昇給総額を除いて算出して下さい。

区分	イベースアップ金額 (平均額)	ロ定期昇給金額 (平均額)	ハ諸手当等見直 (平均額)	ニ昇給額 (イ+ロ±ハ)
医師(役員又は管理者) N=388	△ 22.7円	290.8円	△ 12.6円	255.4円
うち、0以外データの平均(A)	△ 8,812.0円	4,904.9円	△ 1,221.8円	3,964.5円
0以外データ数(B)	(1)	(23)	(4)	(25)
(B)のNに対する比率	0.26%	5.93%	1.03%	6.44%
医師(被雇用者) N=329	△ 34.3円	291.9円	△ 8.6円	249.0円
うち、0以外データの平均(A)	△ 3,766.7円	7,388.2円	△ 944.3円	5,850.9円
0以外データ数(B)	(3)	(13)	(3)	(14)
(B)のNに対する比率	0.77%	3.35%	0.77%	3.61%
看護職員 N=395	139.9円	2,346.1円	113.7円	2,599.7円
うち、0以外データの平均(A)	1,127.4円	3,120.3円	736.3円	3,159.6円
0以外データ数(B)	(49)	(297)	(61)	(325)
(B)のNに対する比率	12.63%	76.55%	15.72%	83.76%
介護職員 N=399	264.5円	2,280.1円	103.6円	2,648.3円
うち、0以外データの平均(A)	1,819.7円	2,982.9円	608.0円	3,182.7円
0以外データ数(B)	(58)	(305)	(68)	(332)
(B)のNに対する比率	14.95%	78.61%	17.53%	85.57%
支援相談員 N=392	153.6円	2,373.5円	40.3円	2,567.4円
うち、0以外データの平均(A)	1,368.7円	3,358.9円	367.1円	3,321.5円
0以外データ数(B)	(44)	(277)	(43)	(303)
(B)のNに対する比率	11.34%	71.39%	11.08%	78.09%
介護支援専門員 N=366	156.4円	1,975.3円	77.3円	2,209.0円
うち、0以外データの平均(A)	1,467.3円	3,271.4円	785.8円	3,340.9円
0以外データ数(B)	(39)	(221)	(36)	(242)
(B)のNに対する比率	10.05%	56.96%	9.28%	62.37%

平成18年4月の給与改定状況

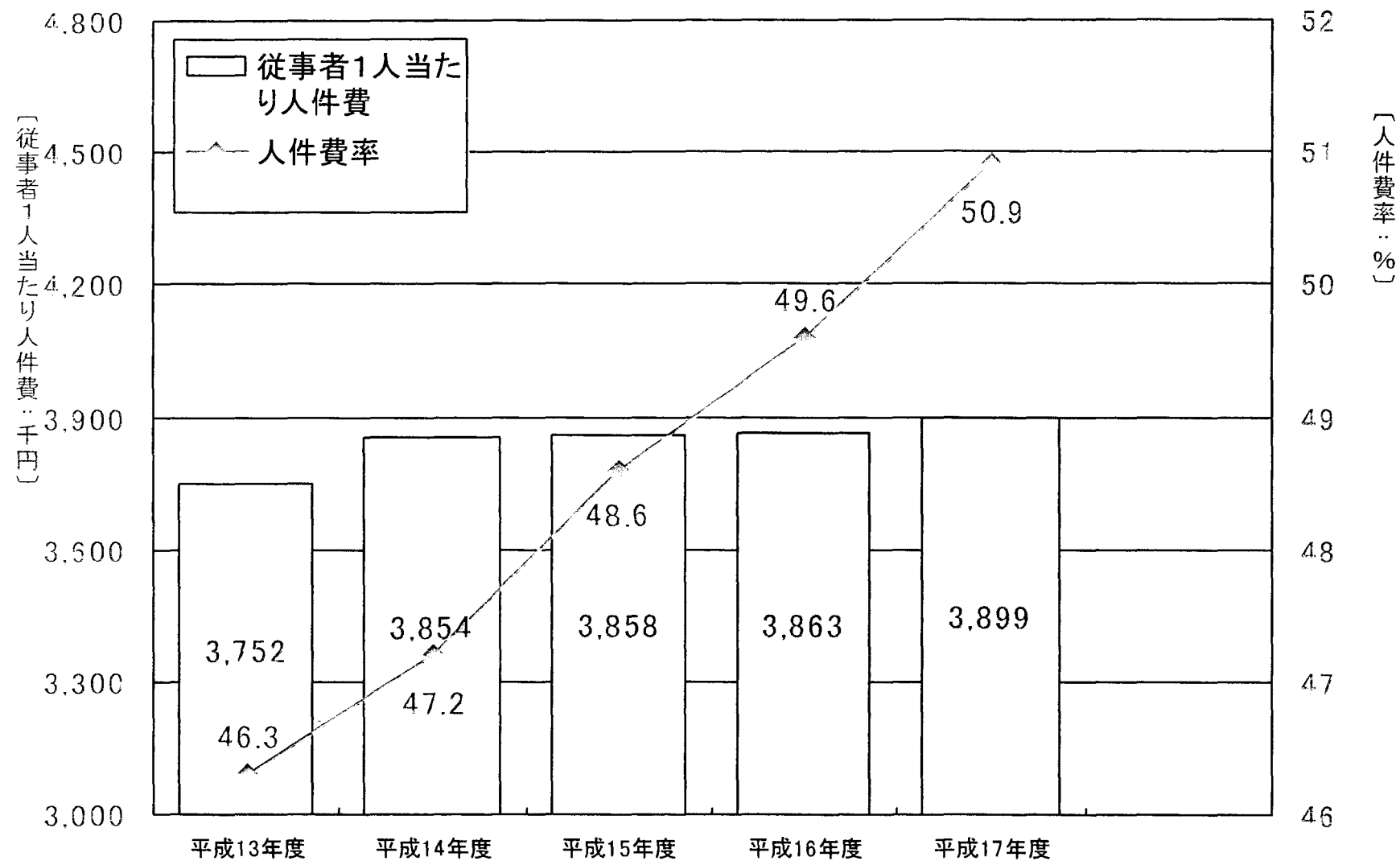
(平成18年6月実施 全老健「平成18年4月介護報酬改定後の経営影響調査」より)



Q: 前年対比昇給状況
(平成17年4月の基準内給与金額と比較して、平成18年4月時点の給与について記入)

看・介護職については、80%以上の職員に対し、何らかの昇給(ベースアップ、定期昇給、諸手当見直し等)を行なった

従事者1人当たり人件費と人件費率の推移(介護老人保健施設)



介護老人保健施設は、 若い介護職員がケアサービスを支えている

表2-1-25 事業所の種類別にみた年齢階級別従事者の構成割合

(単位：％)

平成16年10月1日現在

	総 数	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	不 詳
訪問介護							
介護職員	100.0	12.3	17.7	33.2	30.9	5.6	0.3
訪問看護ステーション							
看護職員	100.0	9.0	36.4	38.7	14.6	1.2	0.1
認知症対応型共同生活介護							
介護職員	100.0	34.6	18.9	21.3	20.5	4.2	0.4
居宅介護支援							
介護支援専門員	100.0	4.1	29.4	36.2	26.4	3.7	0.1
介護老人福祉施設							
介護職員	100.0	44.9	23.7	16.5	14.1	0.6	0.3
看護職員	100.0	7.9	18.2	40.1	30.8	2.9	0.1
介護支援専門員	100.0	7.0	32.0	33.3	25.4	2.2	0.1
介護老人保健施設							
介護職員	100.0	51.4	23.3	14.7	9.8	0.5	0.3
看護職員	100.0	10.8	24.5	36.3	25.3	3.1	0.1
介護支援専門員	100.0	9.0	33.2	31.9	22.1	3.6	0.2
介護療養型医療施設							
介護職員	100.0	34.5	15.8	21.2	25.2	2.9	0.4
看護職員	100.0	14.2	22.8	34.5	24.9	3.5	0.0
介護支援専門員	100.0	3.6	24.3	38.8	28.7	4.6	—

「平成16年介護サービス施設・事業所調査」
(全老健編集図書「平成19年版 介護白書」より)

全老健の主な研修会等(年間30本以上)

認知症ケア研修会(年3回)

ケアプラン施設内養成指導者研修会(年1回)

リハビリテーション研修会(年4回)

リスクマネジメント研修会(年1回)

リスクマネジャー養成講座(年4回)

安全推進セミナー(年2回)

施設内感染症指導者研修会(年1回)

摂食・嚥下・栄養セミナー(年1回)

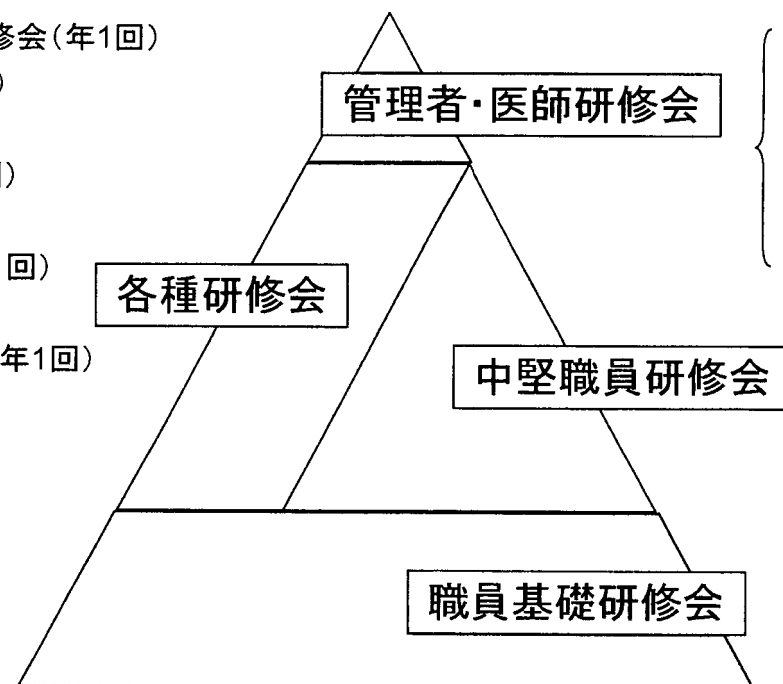
高齢者ケアプラン策定実践講座(年1回)

看護職研修会(年1回)

在宅支援研修会(年1回)

会計に関するセミナー(年数回)

実地研修(全国89カ所)



管理者・医師研修会

- ・認知症短期集中リハ研修(医師対象)
(年数回)
- ・医師研修会(年1回)
- ・管理者(職)研修会(年2回)
- ・老健医療研究会(年1回) 等々

各種研修会

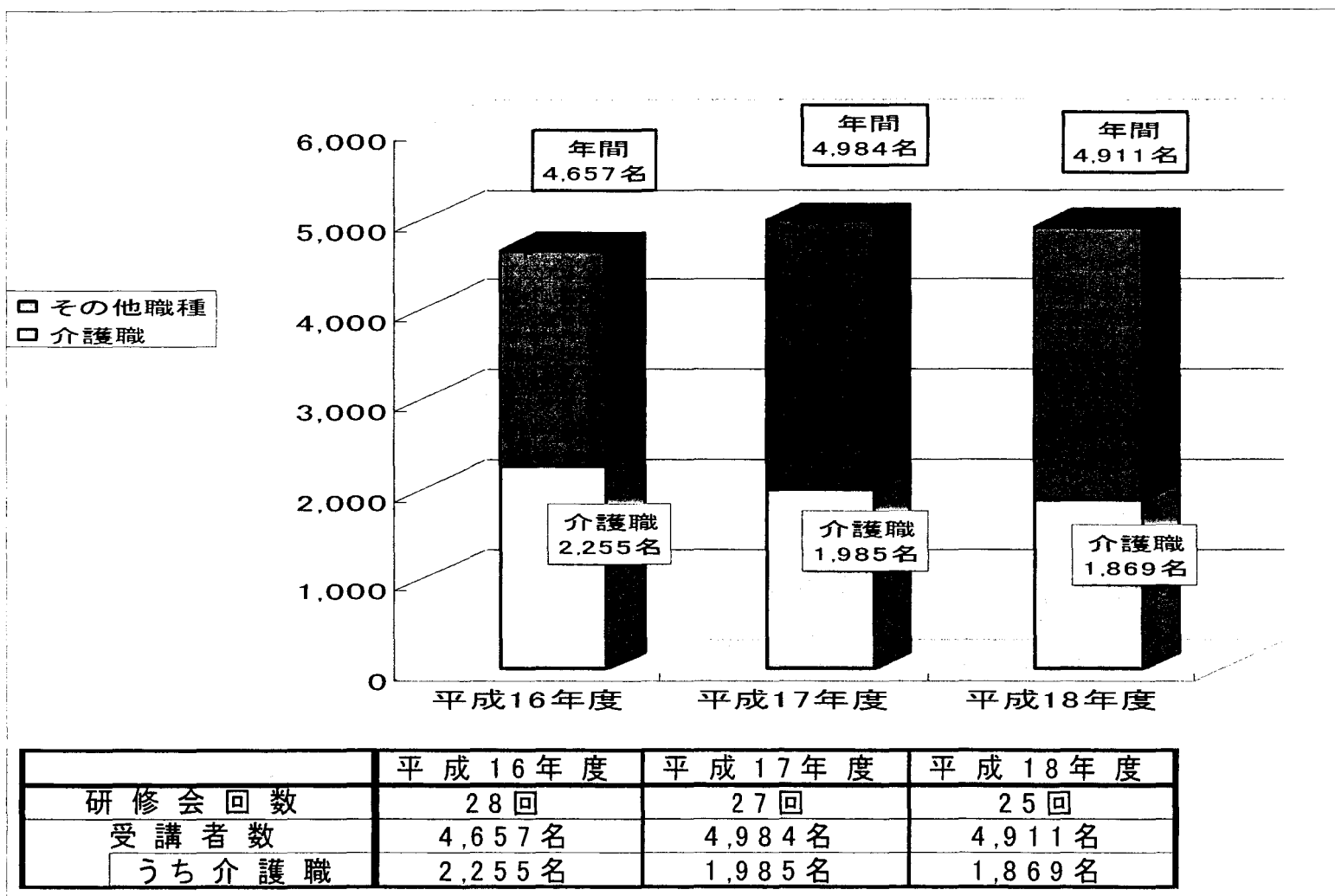
中堅職員研修会

老健勤務年数5年以上
(年5回)

職員基礎研修会

老健勤務年数2年未満
(年5回)

全老健の主な研修会の受講者数



毎年約5,000名の職員が各種研修会に参加

全老健の主な研修会内容

会 員 各 位

全老健第19-〇〇号
平成19年6月〇〇日

社団法人全国老人保健施設協会
会長 川合 秀治
(公印省略)

研修委員会
委員長 平川 博之

ケアのプロフェッショナルを目指して

平成19年度第2回職員基礎研修会(京都会場)開催

職員基礎研修会は、老健職員として必須の基礎的知識の習得を目的としています。ディスカッションでは、全国の老健スタッフの皆さんとともに仕事に対する夢や悩みを語り合います。

日程 平成19年7月26日(木)～7月27日(金)
会場 国立京都国際会館 <http://www.icckyo.or.jp/>
〒606-0001 京都市左京区岩倉大鷲町422番地 TEL (075) 705-1234
参加費用・定員 1人〇,〇〇円(資料代・消費税込み、意見交換会参加費別)・200名(定員となり次第締切)
参加対象者 正・準会員及び老健実務経験2年未満の会員施設職員及び賛助会員
受講証書の発行 全期間受講された方に受講証書を交付致します。ただし、遅刻・早退等により全課程を受講されなかった際は、受講証書の交付は致しかねます。

参加券 研修会開催通知の1週間前に株式会社〇〇〇〇よりご郵送させていただきます。

第1日目

11:30	受付	
12:20	オリエンテーション	
12:25	開講式	
12:30	介護老人保健施設の理念と役割	川合 秀治
～13:30	全老健 会長	
13:40	チームケアについてーめざせケアのプロフェッショナルー	
～14:40	全老健 研修推進部会	〇〇 〇〇
14:50	介護保険制度について	
～15:50	ーこれだけは知っておこう介護保険制度ー	
	全老健 副会長	高 橋 清
16:00	老健での夢を語ろう ディスカッション	
～17:30	進 行: 全老健 研修委員会 委員	〇〇 〇〇
18:00	意見交換会	

第2日目

9:00	介護老人保健施設のリハビリテーション	
～10:00	全老健 リハビリテーション部会員	〇〇 〇〇
10:10	認知症高齢者の理解とケア	
～11:10	全老健 認知症部会員	〇〇 〇〇
11:20	高齢者介護における食事サービスのあり方	
～12:20	〇〇県 介護老人保健施設〇〇〇〇	
	栄養科長	〇〇 〇〇
13:10	高齢者ケアプラン	
～15:00	「ケアプランの意義」	
	〇〇県 介護老人保健施設〇〇〇〇	
	副施設長	〇〇 〇〇
	「事例検討」	
	〇〇県 〇〇〇〇老人保健施設	
	主任	〇〇 〇〇
15:00	閉講式	

全老健の主な研修会内容

全老健第19-〇号
平成19年〇月〇日

会 員 各 位

社団法人全国老人保健施設協会
会長 川合 秀治
(公印省略)

研修委員会
委員長 平川 博之

中堅職員のスキルアップ！

平成19年度第2回中堅職員研修会(京都会場)開催!!

中堅職員研修会は、老健職員としての資質向上を目的としています。昨年度ご好評の「スキルアップ講座」は引き続き行い、今年度は新たに「リスクマネジメント」の講義をプログラムに追加致しました。是非、ご参加下さい。

日時・会場 平成19年7月26日(木)～7月27日(金) 国立京都国際会館 <http://www.icckkyoto.or.jp/>
〒606-0001 京都市左京区岩倉大鷲町422番地 TEL (075)705-1234

参加費用・定員 1人〇,〇〇〇円(資料代・意見交換会参加費・消費税込み)・150名(定員となり次第締切)

参加対象者 老健施設の実務経験5年以上の会員施設職員

受講証書の発行 全期間受講された方に受講証書を交付致します。ただし、遅刻・早退等により全課程を受講されなかった際は、受講証書の交付は致しかねます。

参加券 研修会開催の1週間前に株式会社〇〇〇〇よりご郵送させていただきます。

第1日目			
9:00	受付		
9:50	オリエンテーション		
9:55	開講式	全老健 会長	川合 秀治
10:00～11:00	介護保険制度と介護老人保健施設—これから老健が目指すもの—	全老健 会長	川合 秀治
11:10～12:10	施設内職員研修のあり方について—選ばれた施設として—	老人保健施設〇〇〇	〇〇 〇〇
13:10～14:10	《中堅職員スキルアップ》最良のホスピタリティを求めて—接遇について—	株式会社〇〇〇	〇〇 〇〇
14:20～15:20	リスクマネジメントについて	全老健 安全推進部会員	〇〇 〇〇
15:35～17:30	パネルディスカッション—これからの老健に求められるもの— (チームケア、口腔ケア、リハビリテーションマネジメント 短期集中含む、 認知症ケア、ディスカッション)	進行: 全老健 研修委員長	平川 博之
	パネラー:	全老健 研修推進部会員	〇〇 〇〇
		全老健 施設運営部会員	〇〇 〇〇
		全老健 リハビリテーション部会員	〇〇 〇〇
		老人保健施設〇〇〇〇	〇〇 〇〇
18:00	意見交換会(全員参加)		
第2日目			
9:00～12:00	グループワーク	①リハビリテーション	進行: 全老健 研修委員長 平川 博之 チューター: 全老健 リハビリテーション部会員 〇〇 〇〇
13:00～15:30		②在宅支援	全老健 在宅ケア推進部会員 〇〇 〇〇
		③認知症(リスクマネジメント)	全老健 認知症部会員 〇〇 〇〇
		④認知症(リハビリテーション)	老人保健施設〇〇〇〇 〇〇 〇〇
		⑤認知症(身体・栄養管理)	
		⑥認知症(拘束・虐待)	
15:30	閉講式		

平成 19 年度第 1 回管理者(職)研修会【東日本会場】カリキュラム

第1日目

時 間	研修テーマ	講 師
12:25	開 講 式	全国老人保健施設協会 会長 川合 秀治
12:30 14:30	介護老人保健施設に求められること、果たすべき役割	全国老人保健施設協会 会長 川合 秀治 厚生労働省老健局 ○○ ○○
	休 憩	
14:40 15:40	介護老人保健施設の運営・財務・会計について	全国老人保健施設協会 監事 ○○公認会計士 ○○ ○○
15:40 16:20	経営指標から見る 介護老人保健施設の経営状況	独立行政法人福祉医療機構 ○○ ○○
	休 憩	
16:30 18:30	パネルディスカッション 「老健のあるべき姿を目指して～目からこの在宅対策～」	進行: 全国老人保健施設協会 管理運営委員長 ○○ ○○ パネラー: 全国老人保健施設協会 在宅ケア推進部会長 ○○ ○○ 在宅ケア推進部会員 ○○ ○○

第2日目

時 間	研修テーマ	講 師
9:00 10:00	介護報酬制度の将来と地域ケアシステム ー老人保健施設の役割をめぐってー	○○大学 教授 社会保障審議会介護給付費分科会 委員 ○○ ○○
10:00 12:00	日頃の問題点解決 ①リスクマネジメント ②サービスの質の確保にむけて	進 行: 全国老人保健施設協会 常務理事 研修委員長 平川 博之 パネラー: 全国老人保健施設協会 副会長 高橋 清 全国老人保健施設協会 常務理事 管理運営委員長 ○○ ○○ 全国老人保健施設協会 常務理事 社会保障制度・報酬委員長 内藤 圭之
	閉講式	

平成 19 年度全国老人保健施設協会 医師研修会 カリキュラム

第1日目 平成 19 年 9 月 7 日(金)

時 間	研修テーマ	講 師
12:20	オリエンテーション	全国老人保健施設協会
12:25	開 講 式	全国老人保健施設協会 会長 川合 秀治
12:30 13:30	CGA(高齢者総合評価)について	○○大学○○ 教授 ○○ ○○
13:30 14:30	介護老人保健施設における泌尿器科疾患の見方	○○大学○○ 教授 ○○ ○○
	休 憩	
14:40 15:40	介護老人保健施設における眼科疾患の見方	介護老人保健施設○○○○ 理事長 ○○ ○○
15:40 16:40	介護老人保健施設における皮膚科疾患の見方	○○○病院 ○○ 部長 ○○ ○○
	休 憩	
16:50 17:50	介護老人保健施設における高血圧・心不全の治療	○○大学 ○○ 教授 ○○ ○○
17:50 18:30	介護老人保健施設における看取り	全国老人保健施設協会 常務理事 ○○ ○○
18:30	意見交換会(全員参加)	

第2日目 平成 19 年 9 月 8 日(土)

時 間	研修テーマ	講 師
9:00 12:00	グループワーク 1. 老人保健施設における終末期ケアのあり方 2. 老人保健施設における認知症のケア 3. 老人保健施設におけるリスクマネジメント 4. 在宅復帰を目的としたケア	進 行: ○○大学 教授 ○○ ○○ 補 佐: 全国老人保健施設協会 常務理事 研修委員長 平川 博之 全国老人保健施設協会 研修委員 ○○ ○○
	昼食休憩	
13:00 14:00	グループワーク (同上)	
14:00	閉 講 式	全老健 常務理事 平川 博之

全老健都道府県支部での研修会等(一例)

支部名 (会員数)	事業名
青森県	支部研修会
	津軽支部研修会(老健施設と介護保健法)
	講習会(介護支援専門員実務研修)
	研修会(リハビリテーション研修会)
	研修会(包括的自立支援プログラム)
	研修会(老人保健施設運営・経営セミナー)
	研修会(事務・相談員・栄養士分科会)
	研修会(看護・介護分科会)
千葉県	新任・看護介護職員研修会
	ケアプラン研修会
	PT・OT・ST職員研修会
	接遇マナー研修会
	栄養・調理職員研修会
	抑制についての研修会
	ロールプレイング研修会
	看護・介護リーダー研修会
	研究事例発表会
	支援相談員研修会
	基礎介護技術研修会
	通所リハビリテーション研修会
	管理者研修会
	危険防止研修会
	事務職員研修会
	遊びリテーション研修会
大分県	大分県老人保健施設大会
	施設訪問公開講座
	介護支援専門員実務研修受講試験講習会
	事務管理部会研修会
	看護・介護部会研修会
	栄養給食部会研修会
	リハビリ部会研修会
	支援相談・介護支援部会研修会

各都道府県支部においても独自の研修会を多数開催 (平成14年度調べ)

社団法人全国老人保健施設協会 正・準会員 加入・申込状況

正会員数 3276名、準会員数 0名（平成19年9月30日現在 9月中正会員加入申込数2）

1 都道府県別加入状況

No.	都道府県	協会会員		未加入 施設	開設 施設数	※協会 加入率	正会員施設 入所定員数	
		正会員	準会員					
1	北海道	146	0	13	159	91.8	13,278	①
2	青森県	54	0	2	56	96.4	4,989	
3	岩手県	59	0	0	59	100.0	5,342	
4	宮城県	70	0	5	75	93.3	7,008	
5	秋田県	50	0	1	51	98.0	4,960	
6	山形県	40	0	0	40	100.0	3,701	
7	福島県	60	0	5	65	92.3	5,965	
8	茨城県	86	0	8	94	91.5	7,672	②
9	栃木県	56	0	0	56	100.0	4,984	
10	群馬県	70	0	3	73	95.9	5,455	
11	埼玉県	111	0	15	126	88.1	11,365	
12	千葉県	113	0	13	126	89.7	11,138	
13	東京都	142	0	10	152	93.4	14,819	
14	神奈川県	139	0	16	155	89.7	14,761	③
15	新潟県	86	0	1	87	98.9	8,964	
16	富山県	43	0	0	43	100.0	4,055	
17	石川県	37	0	1	38	97.4	3,584	
18	福井県	30	0	1	31	96.8	2,874	
19	山梨県	29	0	1	30	96.7	2,700	
20	長野県	75	0	8	83	90.4	6,551	④
21	岐阜県	60	0	1	61	98.4	5,662	
22	静岡県	88	0	5	93	94.6	9,309	
23	愛知県	137	0	19	156	87.8	14,081	
24	三重県	57	0	1	58	98.3	5,513	
25	滋賀県	28	0	1	29	96.6	2,240	
26	京都府	53	0	1	54	98.1	5,652	⑤
27	大阪府	154	0	28	182	84.6	14,557	
28	兵庫県	131	0	13	144	91.0	12,129	
29	奈良県	36	0	0	36	100.0	3,274	
30	和歌山県	32	0	6	38	84.2	2,839	
31	鳥取県	36	0	0	36	100.0	2,790	
32	島根県	32	0	0	32	100.0	2,070	⑥
33	岡山県	71	0	1	72	98.6	5,691	
34	広島県	98	0	0	98	100.0	8,008	
35	山口県	54	0	6	60	90.0	3,922	
36	徳島県	50	0	0	50	100.0	4,025	
37	香川県	48	0	1	49	98.0	3,548	
38	愛媛県	61	0	1	62	98.4	4,876	
39	高知県	29	0	2	31	93.5	1,922	⑦
40	福岡県	148	0	9	157	94.3	13,074	
41	佐賀県	35	0	2	37	94.6	2,773	
42	長崎県	52	0	0	52	100.0	4,584	
43	熊本県	86	0	0	86	100.0	6,233	
44	大分県	53	0	3	56	94.6	4,188	
45	宮崎県	42	0	0	42	100.0	3,059	
46	鹿児島県	69	0	5	74	93.2	5,264	⑧
47	沖縄県	40	0	1	41	97.6	3,652	
合 計		3,276	0	209	3,485	94.0	299,100	

2 ブロック別加入状況

地 区	正会員 施設	未加入 施設	開設 施設数	協会 加入率
①北海道・東北	479	26	505	94.9
②関東・甲信越	907	75	982	92.4
③東海・北陸	452	28	480	94.2
④近 畿	434	49	483	89.9
⑤中国・四国	479	11	490	97.8
⑥九 州	525	20	545	96.3
合 計	3,276	209	3,485	94.0

3 正会員施設・設置主体状況

設 置 主 体	施 設 数	構 成 比 (%)	入所定員数	平均定員数
医療法人	2,411	73.6	222,831	92.4
社会福祉法人	502	15.3	46,146	91.9
済生会	23	0.7	1,875	81.5
財団法人	61	1.9	5,759	94.4
社団法人	37	1.1	3,259	88.1
一部事務組合	36	1.1	2,887	80.2
市町村	127	3.9	9,151	72.1
社会保険協会	28	0.9	2,660	95.0
日本赤十字社	6	0.2	582	97.0
厚生連	23	0.7	1,899	82.6
健康保険組合	7	0.2	654	93.4
共済組合	4	0.1	348	87.0
都道府県	4	0.1	228	57.0
その他	7	0.2	821	117.3
合 計	3,276	100.0	299,100	91.3

4 正会員施設・設置形態状況

設 置 形 態	施 設 数	構 成 比 (%)	入所定員数	平均定員数
独 立	1,586	48.4	150,613	95.0
病院併設	1,066	32.5	93,698	87.9
診療所併設	424	12.9	36,470	86.0
老人福祉施設併設	118	3.6	10,907	92.4
病・福祉併設	31	1.0	2,783	89.8
診・福祉併設	13	0.4	1,063	81.8
軽費老併設	27	0.8	2,417	89.5
その他	11	0.3	1,149	104.5
合 計	3,276	100.0	299,100	91.3

5 正会員施設・入所定員規模状況

入所定員規模	施 設 数	構 成 比 (%)	入所定員数	平均定員数
49人以下	63	1.9	2,345	37.2
50～99	1,518	46.3	112,036	73.8
100～149	1,522	46.5	157,160	103.3
150～199	159	4.9	24,505	154.1
200人以上	14	0.4	3,054	218.1
合 計	3,276	100.0	299,100	91.3

※ 協会加入率 = 正会員施設 / (正会員施設 + 未加入施設) × 100



協会の概要

全老健



社団法人 全国老人保健施設協会

会長

川合 秀治

社団法人全国老人保健施設協会(略称:全老健)は、全国の介護老人保健施設の一致協力によって、介護老人保健施設の向上・発展とその使命遂行とを図り、社会の福祉増進に寄与することを目的として平成元年に設立した全国組織です。現在では、全国に3,200を超える施設が地域に根ざして、介護が必要な数多くの高齢者に良質なケアとリハビリテーションを提供し、在宅復帰や在宅生活支援のため、たゆまぬ努力を続けております。

もともと介護老人保健施設は、私たちの先輩が日本の社会保障制度の充実をめざし、先駆的諸制度の「実験台」として、昭和末期から苦難の道を歩み続けてまいりました。その成功があったからこそ介護保険制度が導入されたとの自負を持っております。

今後もこの設立の目的の達成のため、さまざまな事業を多角的に展開するとともに、私たちは自負・自信を持って私たちが置かれている状況を真摯に情報発信してまいります。

この冊子が全老健と介護老人保健施設について、皆様のご理解を深めていただく一助になれば幸いです。

川合 秀治

(第1章) 協会について

本協会は、全国の介護老人保健施設の一致協力によって、介護老人保健施設の向上発展とその使命遂行とを図り、社会の福祉増進に寄与することを目的とする。

(第2章) 会員の種類

本協会の会員は、次の4種とし、正会員をもって民法上の社員とする。

1. 正会員 本協会の目的に賛同して入会した介護老人保健施設の代表者(代表者はその施設の開設者又は管理者とする。但し、特段の事情のある場合は、当該開設者が指定する者も可とする。)

2. 賛助会員 本協会の目的に賛同して入会した都道府県知事の許可を受けて介護老人保健施設を開設しようとする者(厚生労働大臣が介護老人保健施設の開設者として適当であると認定した者を含む。)又は当該施設開設準備責任者

3. 賛助個人 本協会の事業を賛助するため入会した団体又は個人

4. 功労者 本協会に功労のあった者又は学識経験者で代議員会において推薦された者

介護老人保健施設の理念と役割

介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助します。また、家族や地域の人びと・機関と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援します。

包括的ケアサービス施設

利用者の意思を尊重し、望ましい在宅または施設生活が過ごせるようチームで支援します。そのため、利用者に応じた目標と支援計画を立て、必要な医療、看護や介護、リハビリテーションを提供します。

リハビリテーション施設

体力や基本動作能力の獲得、活動や参加の促進、家庭環境の調整など生活機能向上を目的に、集中的な維持期リハビリテーションを行います。

在宅復帰施設

脳卒中、廃用症候群、認知症等による個々の状態像に応じて、多職種からなるチームケアを行い、早期の在宅復帰に努めます。

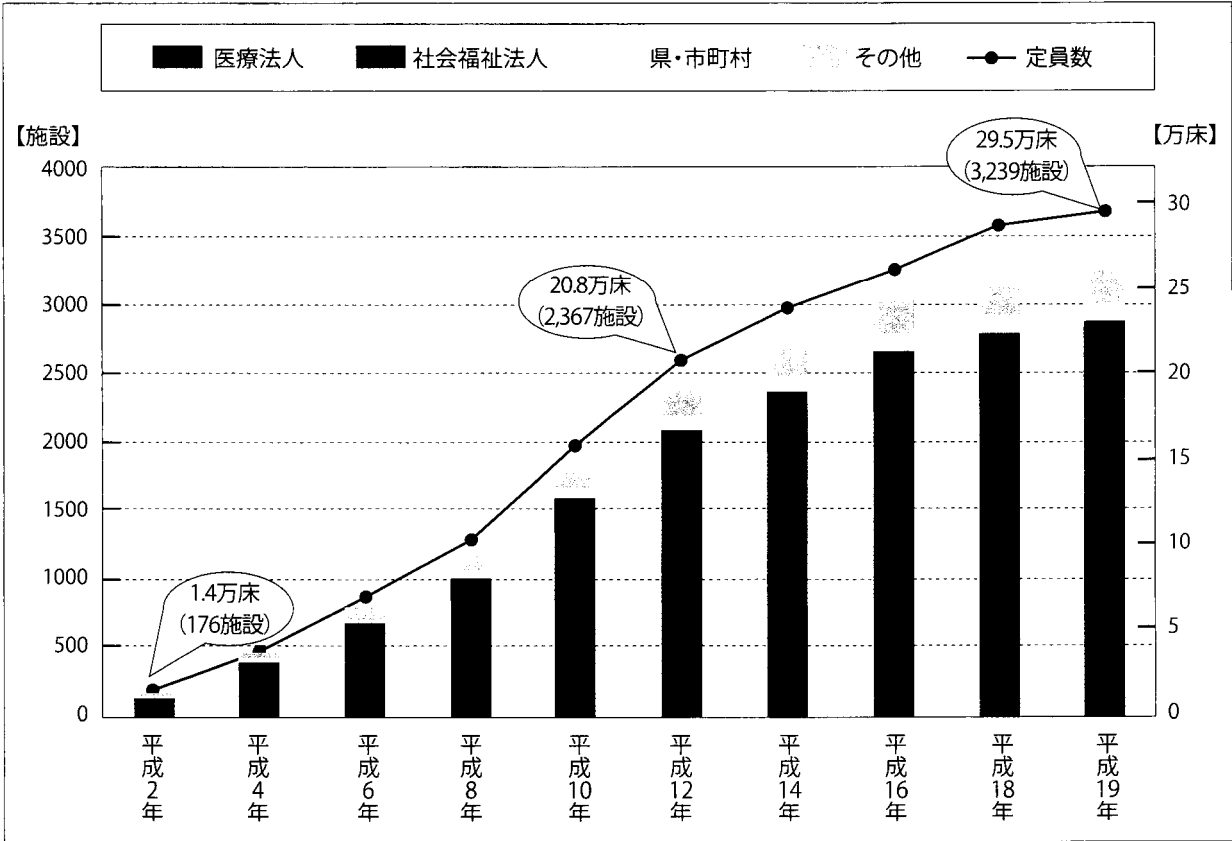
在宅生活支援施設

自立した在宅生活が継続できるよう、介護予防に努め、入所や通所・訪問リハビリテーションなどのサービスを提供するとともに、他サービス機関と連携して総合的に支援し、家族の介護負担の軽減に努めます。

地域に根ざした施設

家族や地域住民と交流し情報提供を行い、さまざまなケアの相談に対応します。市町村自治体や各種事業者、保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを積極的に担います。また、評価・情報公開を積極的に行い、サービスの向上に努めます。

会員施設数と入所定員数の推移



全国で
の会員施設が、
を受け入れています。

設置主体		施設数	構成比(%)	入所定員数(床)
医療法人		2,384	73.6%	219,815
社会福祉法人		493	15.2%	45,319
県 市町村	都道府県	5	0.2%	328
	市町村	128	4.0%	9,218
その他	済生会	23	0.7%	1,875
	財団法人	61	1.9%	5,759
	社団法人	35	1.1%	3,100
	一部事務組合	36	1.1%	2,887
	社会保険協会	28	0.9%	2,660
	日本赤十字社	6	0.2%	582
	厚生連	23	0.7%	1,899
	健康保険組合	6	0.2%	554
	共済組合	4	0.1%	348
	その他	7	0.2%	821
合計		3,239	100%	295,165床

全老健正会員施設加入状況(平成19年3月末時点)

全国で
が、
介護老人保健施設を支えています。

職種	従業者数(人)
医師	6,300
歯科医師	41
薬剤師	2,358
看護師	14,827
准看護師	21,154
介護職員	94,353
支援相談員	6,140
理学療法士	5,466
作業療法士	4,501
言語聴覚士	837
栄養士	4,465
介護支援専門員	6,611
調理員	7,837
その他	15,996
総数	190,886人

平成17年10月介護サービス施設・事業所調査
(厚生労働省)より

*ここで紹介したのは入所利用者のみです。通所リハビリテーションなどの利用者を含めるとさらに多くの方々にご利用いただいています。

「ろうけん＝介護老人保健施設」ってどんな所？

介護老人保健施設は介護保険法に規定されたケアサービス施設です。介護老人保健施設が提供する代表的なサービスには、入所・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・ショートステイ(短期入所療養介護)の4種類があります。

サービスを利用するには、介護保険の被保険者で、市町村が行う要介護認定を受ける必要があります。(入所サービスを利用するには要介護状態であると認定されることが必要です)

※詳しくは市町村の介護保険窓口、または施設へ直接お問合せください。

では、介護保険とは何でしょうか。

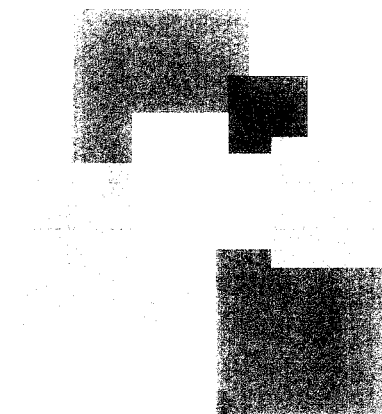
介護保険制度とは、ひとこと言え、要介護状態になった場合でも、できるだけ住み慣れた家庭・地域で生活を営むことができるよう、社会的に支援するための制度です。

介護保険法は、平成9年12月に制定、平成12年4月1日より施行されました。

なお、平成18年4月から導入された新予防給付サービスを行っている介護老人保健施設では、要支援の認定を受けた方に対する介護予防短期入所療養介護や介護予防通所リハビリテーション等を実施しています。介護老人保健施設は、これからも地域の要介護高齢者を支援していくための核として機能していくことが期待されているのです。

「ろうけん＝介護老人保健施設」は、介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰をめざすために、医師による医学的管理の下、看護・介護といったケアはもとより、理学療法士や作業療法士等によるリハビリテーション、また、栄養管理・食事・入浴などの日常サービスまで併せて提供する施設です。利用者一人ひとりの状態や目標に合わせたケアサービスを、医師をはじめとする専門スタッフがを行い、夜間でも安心できる体制を整えています。

介護老人保健施設は、常に利用者主体の質の高い介護サービスの提供を心がけ、地域に開かれた施設として、利用者のニーズにきめ細かく応える施設です。介護予防を含めた教育・啓発活動など幅広い活動を通じ、在宅ケア支援の拠点となることを目指して、ご利用者・ご家族の皆様が、快適に自分らしい日常生活を送れるよう支援をしています。



協会の沿革

昭和62年	2月16日	厚生省によるモデル老人保健施設7ヶ所の指定
平成元年	11月23日	社団法人全国老人保健施設協会設立総会
	12月21日	高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)スタート
	12月22日	社団法人全国老人保健施設協会設立許可
平成2年	3月19日	社団法人全国老人保健施設協会第1回総会
	6月30日～7月1日	第1回全国老人保健施設大会(山梨県)「寝たきりからの解放をめざして」
平成3年	6月28日～29日	第2回全国老人保健施設大会(広島県)「今問われる… 長寿社会の“QOL”」
平成4年	7月9日～10日	第3回全国老人保健施設大会(北海道)「心豊かな長寿社会をめざして」
平成5年	7月16日～17日	第4回全国老人保健施設大会(宮崎県)「地域に開かれた施設づくりを求めて」
平成6年	3月25日	協会設立5周年事業
	7月28日～29日	第5回全国老人保健施設大会(大阪府)「その人らしさを求めて～ボケても幸せやねん」
平成7年	7月13日～14日	第6回全国老人保健施設大会(宮城県)「地域における保健・医療・福祉の連携をめざして」
平成8年	7月25日～26日	第7回全国老人保健施設大会(兵庫県)「心のケア～新しい介護システムをめざして」
平成9年	7月3日～4日	第8回全国老人保健施設大会(千葉県)「地方文化としての高齢者介護」
	12月9日	介護保険法成立、平成12年4月からスタート
平成10年	9月3日～4日	第9回全国老人保健施設大会(岡山県)「高齢者の尊厳が生み出すまち創り」
平成11年	10月14日～15日	第10回記念全国老人保健施設大会(長野県)「地域がつくる高齢者ケア」
	11月19日	協会創立10周年記念式典
平成12年	4月1日	介護保険制度スタート
	10月4日～5日	第11回全国介護老人保健施設大会(三重県)「老健施設がつくる明るい未来」
平成13年	1月6日	中央省庁再編
	8月21日～22日	第12回全国介護老人保健施設大会(東京都) 「“21世紀”老健施設のアイデンティティの確立を求めて」
平成14年	10月3日～4日	第13回全国介護老人保健施設大会(福岡県) 「思いやりのある豊かな未来をめざして～老健施設の明るい介護～」
平成15年	10月16日～17日	第14回全国介護老人保健施設大会(北海道)「いきいき、ながいき～高齢者の幸せは私たちの未来～」
平成16年	11月11日～12日	第15回全国介護老人保健施設大会(香川県) 「ゆっくり生きまかせ長寿社会～あなたと私の未来、豊かな老後、明るい社会～」
平成17年	8月31日～9月1日	第16回全国介護老人保健施設大会(神奈川県)「みんなで創る 高齢社会」
平成18年	11月9日～10日	第17回全国介護老人保健施設大会(熊本県) 「新たな包括的地域ケアをめざして～在宅ケアの拠点とリハビリテーション～」

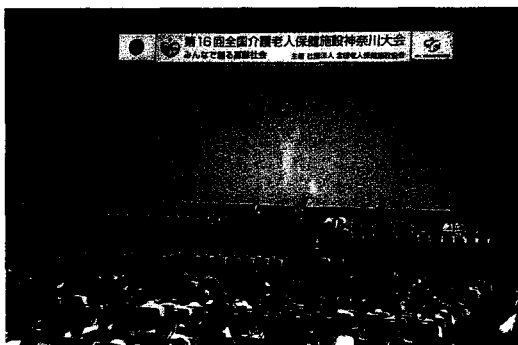
協会の組織

総 会	
支 部 長 会	正副会長会
各支部間での意見交換。 介護保険制度等の情報 も交換。	緊急課題や事業計画の執行を検討。定例的 に開催。
	常務理事会
	各委員会等の内容を協議し、事業計画を具体 的に検討。定例的に開催。
	理 事 会
	総会・代議員会で議決された事項を執行。年 2回6月と2月に開催。
代議員会	常設委員会
全国の代議員が事業計画や収 支予算等を審議。年2回6月と 2月に開催。	① 総務・企画委員会 ④ 学術委員会
	② 社会保障制度・報酬委員会 ⑤ 研修委員会
	③ 管理運営委員会
会 員	特別委員会
	緊急案件や多角的検討事項に対応する委員会。 必要に応じて設置。

協会の活動

全国大会事業

全老健の設立理念に則り、全国の介護老人保健施設関係者が参集し、少子高齢社会を支えるための介護老人保健施設のあり方について研究し、相互研鑽を図ることを目的とした全国大会を年1回開催しています。全国介護老人保健施設大会は、平成2年に山梨県で開催された第1回大会を皮切りに全国各地で開催され、平成18年までに17回を数えました。



教育・研修、人材育成事業

介護老人保健施設と地域ケアにおけるサービスの質の維持・向上を目指し、全老健では会員施設の役職員等を対象に、職員基礎研修会、中堅職員研修会、管理者(職)研修会等の階層別研修会をはじめ、制度改正に合わせた伝達講習会、リハビリテーション、認知症ケア、ケアプラン等、専門分野別講習会等、年間20数回に及ぶ研修会を開催しています。さらに、指定研修施設において実技中心の研修を行う実地研修事業にも積極的に取り組んでいます。

そのほか、認定資格制度事業、人材確保事業に着手し、ケアを担う優れた人材の育成を目指しています。



学術・調査研究(介護保険対策)事業

時代のニーズに対応したサービスを提供するため、全老健ではさまざまなテーマに関する調査・研究を行うとともに、その成果を活かした、業務指針、マニュアル類の整備等に積極的に取り組んでいます。

また、施設の管理・運営や経営実態等に関するデータ収集を行い、介護保険制度上の課題を把握し、介護老人保健施設が地域の社会資源としてその機能を発揮するための政策提言を行っています。

広報・情報関連事業

全老健の活動と高齢者ケアに関する最新のトピックスを紹介する機関誌『老健』(毎月25日発行)、ホームページと連動して新着情報をいち早く伝えるメールマガジン<e-roken>(隔週配信)等、複数のメディアを活用し、会員施設に常に的確な情報を届けています。

また、業務マニュアルの監修、制度改正に即した通知等資料集の発行や、介護老人保健施設と介護保険制度を利用者に周知し、適切な利用を促すためのリーフレット類の制作等を行っています。

安全推進事業

利用者の安心・安全を目指して、全老健では年2回の安全推進月間を設け、会員施設に向けた注意喚起と安全確保を呼びかけています。



全老健マークの意味

正円3つの色は、介護老人保健施設を象徴するものです。

「オレンジ」は、太陽や炎の色で「明るさ」。

「グリーン」は、若葉や木の芽の色で「若さ」。

「紫」は、古くから貴いとされる色で「質の高さ」を表します。

円を取り巻くリボン状のものは「心」を示すハート型になっています。

(2007年5月作成)

社団法人 全国老人保健施設協会

〒105-0014 東京都港区芝2-1-28 成旺ビル7階 TEL: 03-3455-4165 FAX: 03-3455-4172

介護老人保健施設の
介護人材確保に向けた
モデル事業



実践型人材養成システム(助成金給付)を活用して
優秀な介護スタッフを育ててみませんか？

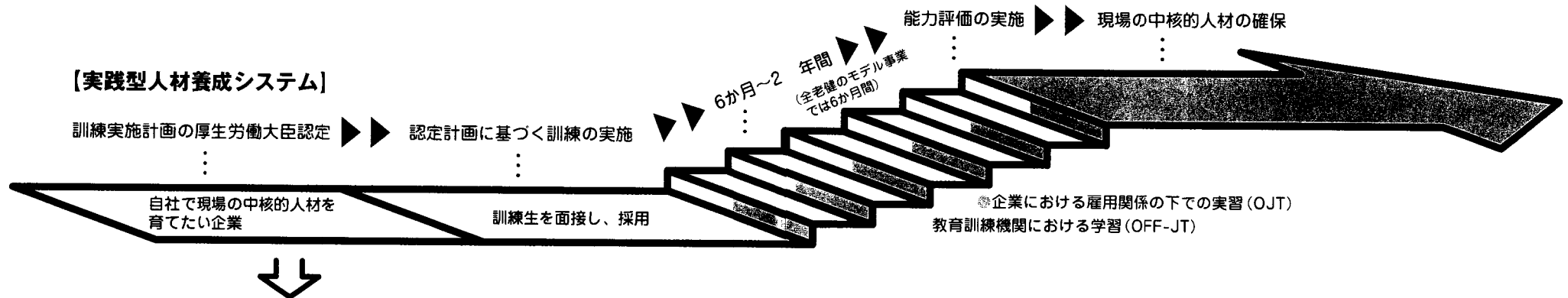
社団法人
全国老人保健施設協会



施設スタッフの確保とスキルアップのための 実践型人材養成システムとは

熟練技能を有する団塊世代の大量引退と、ものづくりやサービスの現場への若者の入職減少が相まって、現場を支える人材の効果的な育成が急務となっています。そこで、現場の中核となる実践的な技能を備えた職業人を育成するための「実践型人材養成システム」が法律に位置付けられました。

このシステムは、「企業が主体」となり「新規学卒者」を主たる対象として、「自らの企業における雇用関係の下での実習(OJT: On the Job Training)」と「教育訓練機関における自社のニーズに即した学習(OFF-JT: Off the Job Training)」とを組み合わせる行う、新たな実践型の訓練システムです。



厚生労働大臣の認定を受けます

■認定のための要件

- 訓練期間は6か月以上2年以下であること(全老健のモデル事業では6か月間)
- 総訓練時間は、訓練期間1年あたり850時間以上であること
- 総訓練時間に占めるOJTの時間数の割合は、2割以上8割以下であること
- 対象者は、新たに雇い入れる15歳以上35歳未満の者であること(全老健のモデル事業では平成20年4月1日の採用)
- 訓練の修了時に客観的かつ公正な方法で職業能力を評価すること

認定を受けることでのメリット

■若者育成に積極的な老健施設であることのPRが可能となる

厚生労働省の認定を受けると、募集広告等に「認定実践型人材養成システム」と表示することができます。これにより、若者の人材育成に積極的な企業であることの評価を得て、優れた人材の確保、定着等の効果が期待できます。

■各種支援制度(助成金等)を活用することにより 訓練にかかる経費負担を軽減できる

実践型人材養成システムを実施するとともに、各種支援制度の手続きを行い、要件を満たした場合に、助成金等の支援制度を活用することができます。

システムを運用することでのメリット

■施設が求める現場の中核的人材の育成・確保が可能となる

実践型人材養成システムでは、仕事の興味や問題意識を喚起しながら理論面での学習に取り組みつつ、現場の生きた技能・技術を習得させることにより、実践的かつ体系的な能力を備えた人材の育成・確保が可能となります。

■計画的な技能の継承が可能となる

実施計画の策定や教育訓練期間中を通して、人材育成の専門家のアドバイスが得られることにより、施設に必要な技能の継承を計画的に行うことができます。

■介護サービスの質が向上する

就業者のキャリアアップによる技術の向上が、ひいては介護サービスの質の向上を招き、利用者の満足度を高めます。



貴施設が「実践型人材養成システム」(厚生労働省)の 認定を受けると、介護人材養成のための 助成金を受けることができます。

《今回のモデル事業で参加施設が受けることができる助成金受給額》

①OJT(職場内研修)に係る助成金受給について

訓練生1人あたり1時間600円(40万8千円を限度とする)

②OFF-JT(外部研修)に係る助成金受給について

以下の経費の3分の1(施設の規模によっては4分の1)に相当する額

- ・ 外部研修にかかる受講料(1人あたり5万円を限度とする)
- ・ 外部研修中の賃金等

※詳細については、最寄りの(独)雇用・能力開発機構都道府県センターまで
お問い合わせください。

また、実践型人材養成システムの実施や厚生労働大臣の認定に関する相談
に関しても、最寄りの(独)雇用・能力開発機構都道府県センターまでお問
い合わせください。

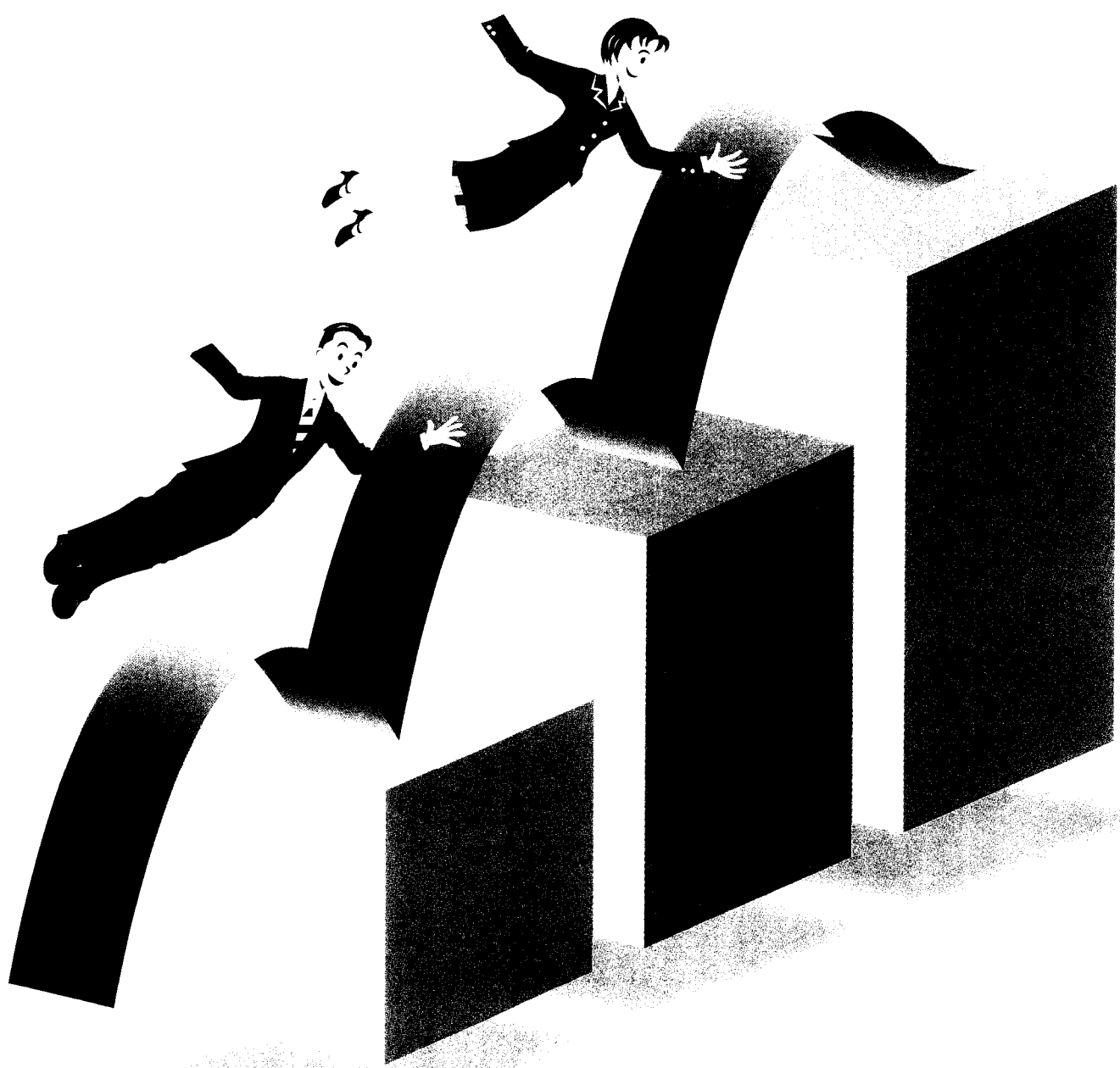


社団法人 全国老人保健施設協会

〒105-0014 東京都港区芝2-1-28 成旺ビル7階
TEL 03-3455-4165 FAX 03-3455-4172 URL <http://www.roken.or.jp/>
担当：白井・大矢

介護福祉の現場で働きながら 無料で介護の資格を 取得してみませんか!!

～実践型人材養成システム普及のための地域モデル事業の活用～



社団法人 全国老人保健施設協会

実践型人材養成システム普及のための地域モデル事業は、働きながらホームヘルパー2級が取得可能なシステムです

職場の中核となる実践的な技能・技術を備えたプロフェッショナルを育てるため、施設が「新規学校卒業者」を主な対象として、働きながら（実習：OJT）、給料を受けとり（雇用関係）、なおかつ資格取得のための学習（OFF-JT）を受けることができる新たな実践型の訓練システムです。

今回のモデル事業では、ホームヘルパー2級が取得できます。

実践型人材養成システム
普及のための
地域モデル事業への応募

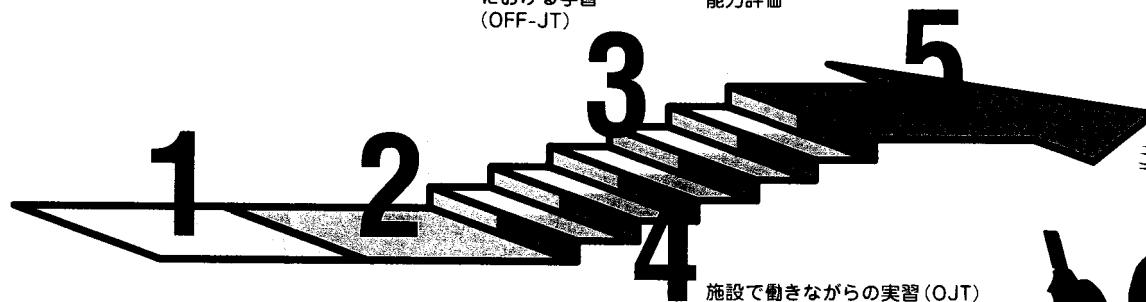
実施施設と
面接し、就職

認定計画に基づく
訓練の実施
(平成20年4月1日～平成20年9月30日)

即戦力として
現場において期待される
介護職員

教育訓練機関
における学習
(OFF-JT)

施設による
能力評価



実践型人材養成システムのメリット

■働きながら、しかも無料でホームヘルパー2級が取得できます

通常は「授業料」を自分で払わなければならないプログラムが、OJTとしてキャリア形成プログラムに組み込まれます。

■即戦力として施設から期待される人材になります

実際に業務が行われている介護現場における実習（OJT）により、即戦力となる介護スキルを養えます。

■ホームヘルパー2級取得後は、短期間で「介護福祉士」の受験資格を得ることができます

ホームヘルパー2級からスタートして、介護職員基礎研修を経て、最短期3年で国家資格の介護福祉士になることが可能です。

【国の動き】介護保険改正において、介護職の専門性向上を目指した研修の充実が謳われ、将来的に介護職の資格を国家資格である介護福祉士に一本化する流れがあります。

働きながら介護福祉士になれる方法

就
労

最
短
約
3
年

国
家
試
験

介
護
福
祉
士

- ① 採用と同時に「ホームヘルパー2級」研修（基礎100時間＋実習30時間）が受講できる
- ② 1年間の実務経験（就労）
- ③ ヘルパー2級＋1年間の実務経験で、「介護職員基礎研修」の受講時間が短縮される
→本来500時間（講義360時間＋実習140時間）が、150時間（講義150時間＋実習0時間）
- ④ 介護職員基礎研修修了後は、2年間の実務経験*で「介護福祉士（国家資格）」を受験できる
→本来は「3年」の実務経験、もしくは「2～3年の専門学校・大学修了」が条件

*平成19年4月現在の受験資格要件

実践型人材養成システム普及のための 地域モデル事業参加への手順



高校等在学生向け体験コースや
訓練実施施設の合同説明会・面接会への参加



ホームヘルパー2級の資格を取得したいと思ったら、
施設と面接し、雇用契約・訓練契約を結びます



教育訓練機関における「学習」と
施設における「実習」とを組み合わせた訓練を受けます



訓練終了時に能力評価を受けます



現場での即戦力が期待される介護職員として働き始めます

詳しくは下記施設にお問い合わせください。



社会保障審議会介護給付費分科会
介護サービスの把握のためのワーキングチームにおける事業者等団体ヒアリング資料

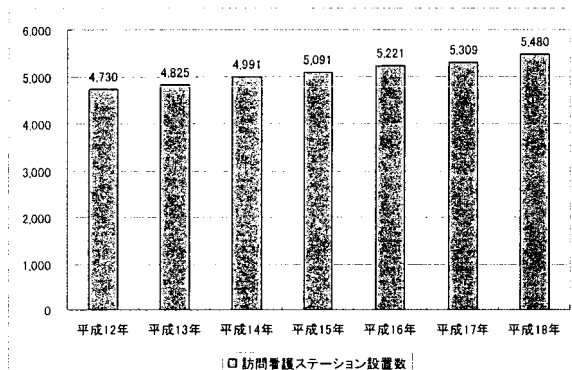
訪問看護ステーションの 現状と今後の展望について

平成19年11月13日

社団法人 全国訪問看護事業協会

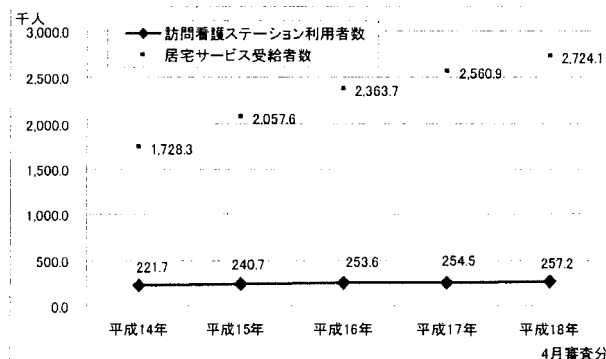
訪問看護ステーションの概況

訪問看護ステーション数の推移



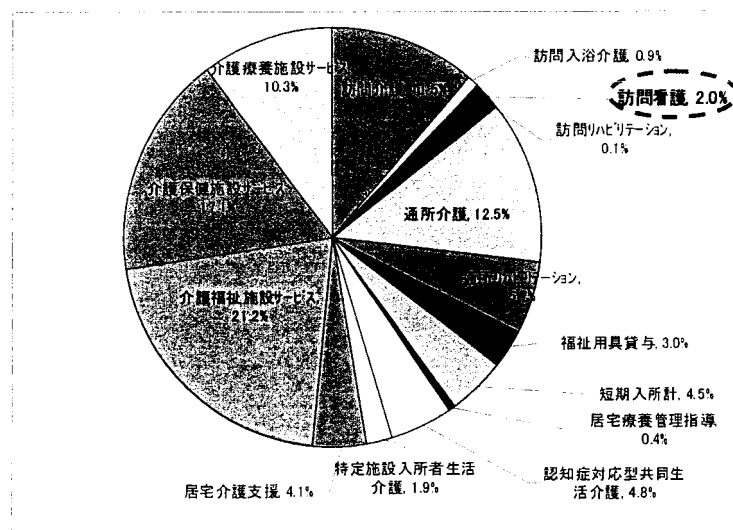
出典：厚生労働省介護サービス・施設事業所調査

訪問看護利用者数の推移



出典：厚生労働省介護給付費実態調査(各年4月審査分)

介護保険費用額に占める訪問看護の割合



出典：厚生労働省介護給付費実態調査より(平成17年度分)

- 訪問看護ステーション数、利用者数(介護保険)は、いずれも微増にとどまっている。
- 訪問看護は、介護保険費用額の2%(1270億円/年)、国民医療費の0.12%(390億円)とシェアが小さい。

○ 訪問看護ステーションの伸び悩みの要因

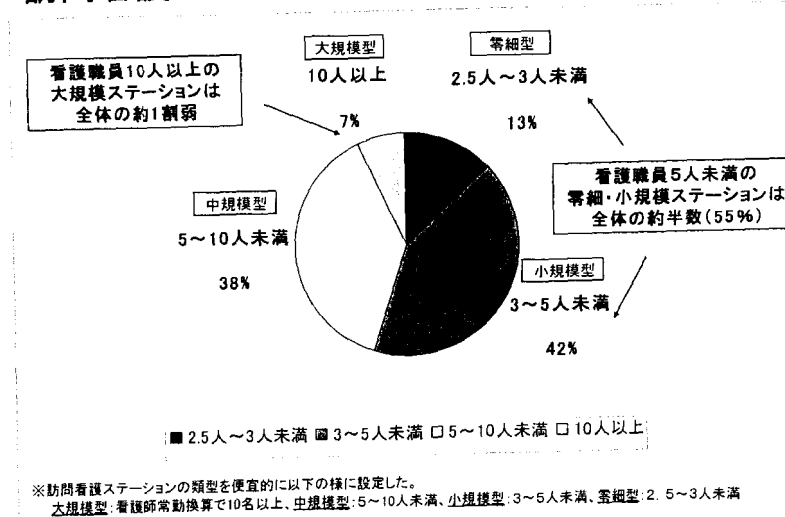
- ・訪問看護師の不足(医療機関へ転職、24時間対応の負担大、給与の低さ等)
- ・訪問看護の地域偏在(常勤換算2.5人を確保できない地域がある)
- ・訪問看護に対する適正な評価の不足(退院前訪問、長時間訪問、複数人訪問、移動コスト等)

訪問看護ステーションの利用者・従事者数

- 訪問看護ステーション設置数 [約5,480カ所^{*2}]
- 1事業所あたり看護職員数 [平均4.2人^{*1}]
- 1事業所あたり利用者数 [訪問看護 51.9人、介護予防訪問看護3.0人^{*2}]
- 常勤換算看護職員1人あたり延利用者数 [平均69.1人^{*1}]
- 1件当たりの所要時間 [平均123分(滞在時間;65分+滞在以外時間;58分)^{*3}]

^{*1} 平成17年度介護サービス施設・事業所調査 ^{*2} 平成18年度介護サービス施設・事業所調査
^{*3} 平成14年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算数)

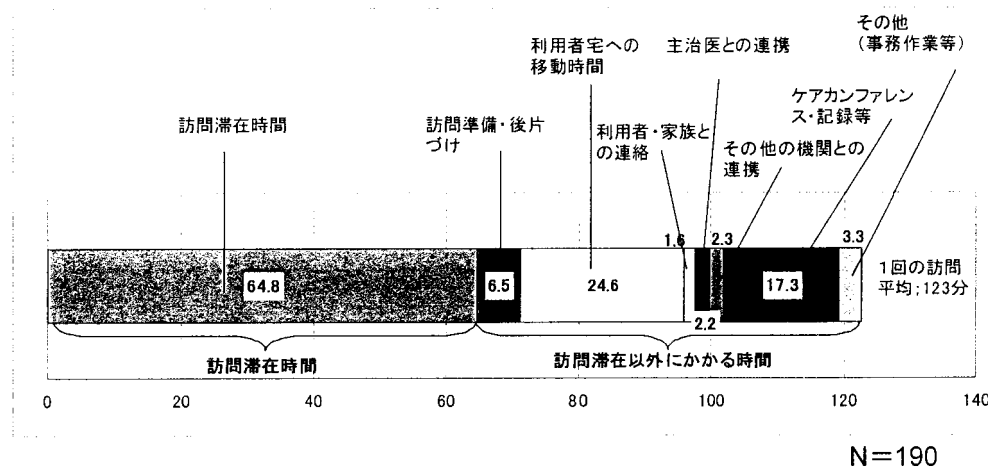


出典: 2005(平成17)年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書 日本看護協会

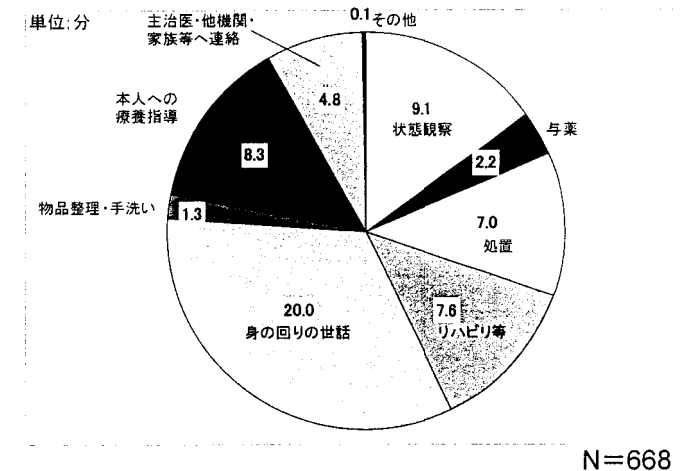
- 訪問看護ステーションは、半数以上が5人未満の零細事業所。10人以上の大規模型は1割未満にとどまっている。

訪問看護サービスにかかる時間・内容

訪問1回にかかる訪問看護労働投入時間



訪問1回あたりの看護業務内容・時間
(下記のケアを実施していない利用者も含めた平均)



- 利用者1人あたり1ヶ月にかかる訪問看護労働投入量を調査した結果、訪問1回あたりに換算すると、利用者宅に平均65分滞在し、その他、準備・移動・記録・ケアカンファレンス等に58分かかっている。
- 利用者宅での滞在時間に対して、訪問以外の時間が同程度かかる。

- 訪問1回あたり平均滞在時間60.5分のうち、状態観察9分、処置7分、リハビリ等8分、身の回りの世話(入浴、排泄援助、経口摂取援助等)20分、本人への療養指導等8分などとなっている。

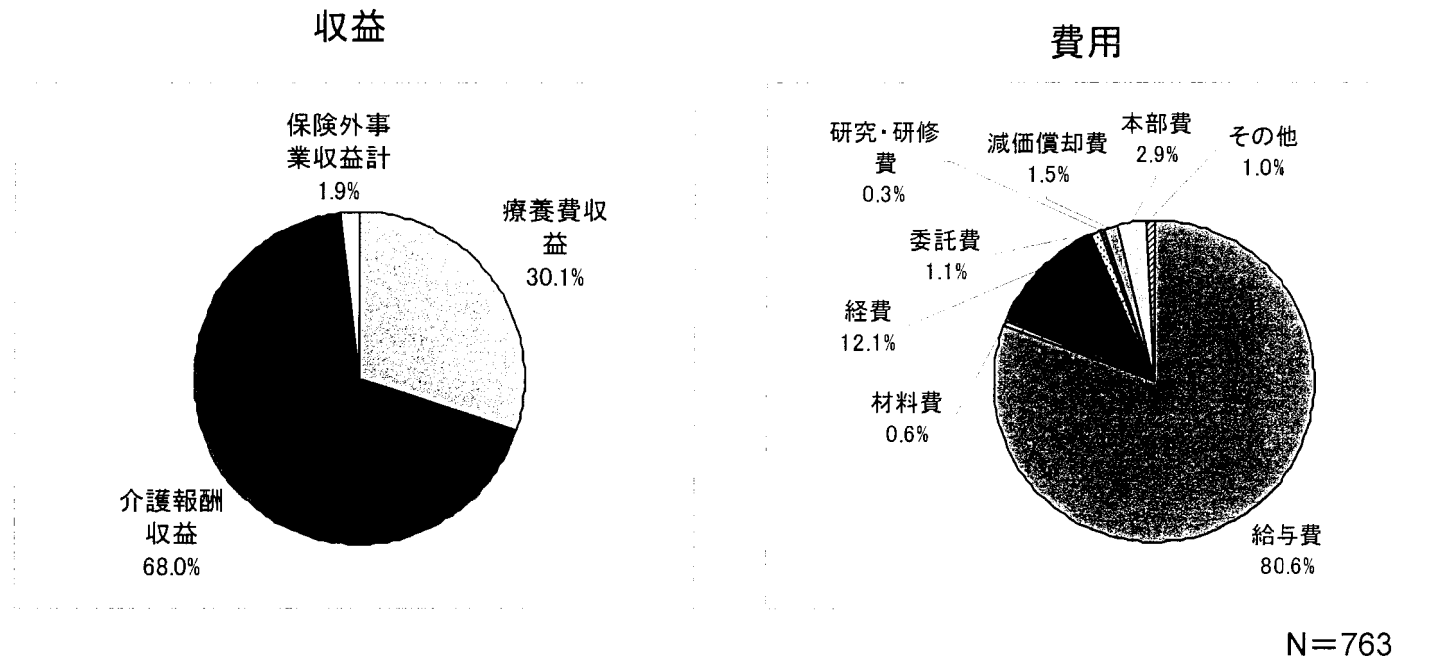
出典: 全国訪問看護事業協会 平成14年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

1. 訪問看護ステーションの 経営状況について

①収支構造

②人材確保

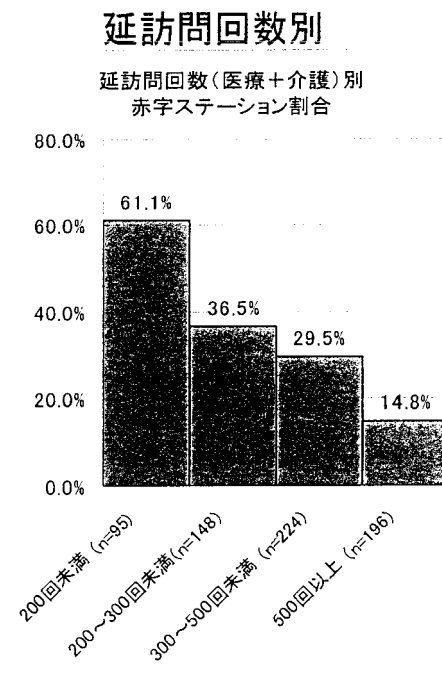
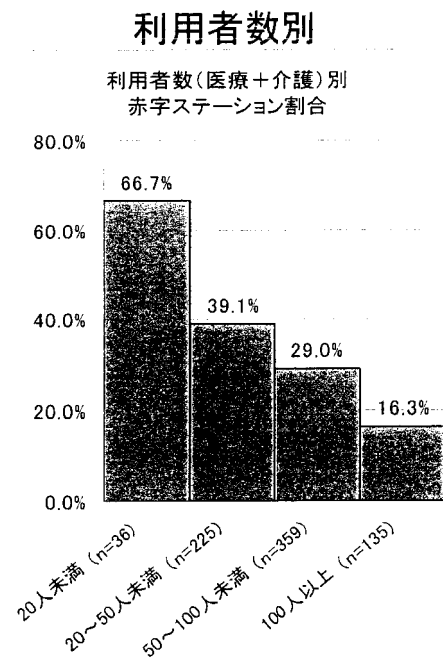
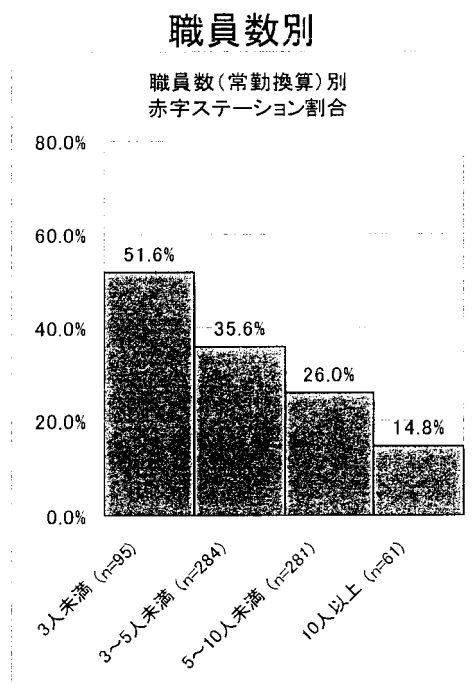
訪問看護ステーションの収益構造



- 収益は、医療保険が3割、介護保険が7割程度を占める。
- 費用は、給与費が80.6%、経費が12.1%と、給与費が8割を占め、費用のほとんどが人件費の業態である。

出典：全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

訪問看護ステーションの収支（赤字割合）

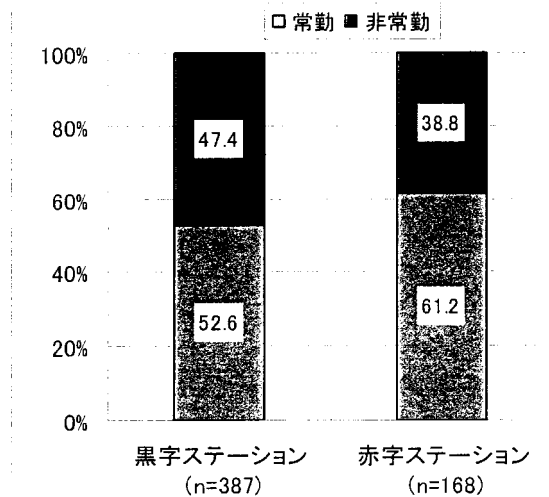


- 事業損益(3月分)が赤字のステーションが全体の31.6%。
- 特に、小規模なステーション(職員数が少ない、利用者数が少ない、延訪問回数が少ない)ほど、赤字の割合が高くなっている。

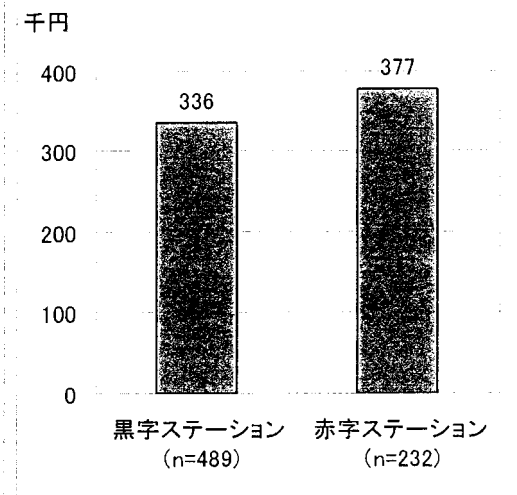
出典: 全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

黒字事業所における経営努力

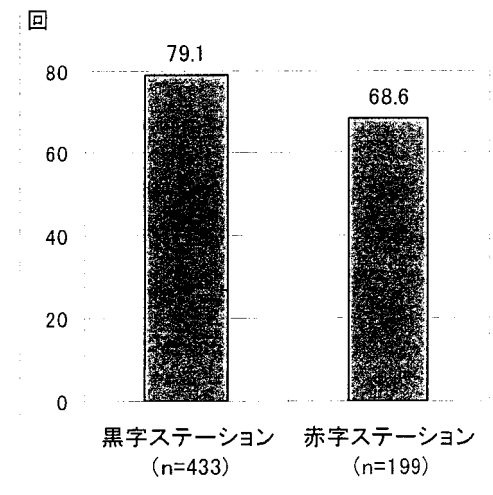
常勤職員の割合



職員1人あたり給与費
(賞与、法定福利費、退職給与引当金等除く)



職員1人1ヶ月あたりの
訪問回数(常勤換算)

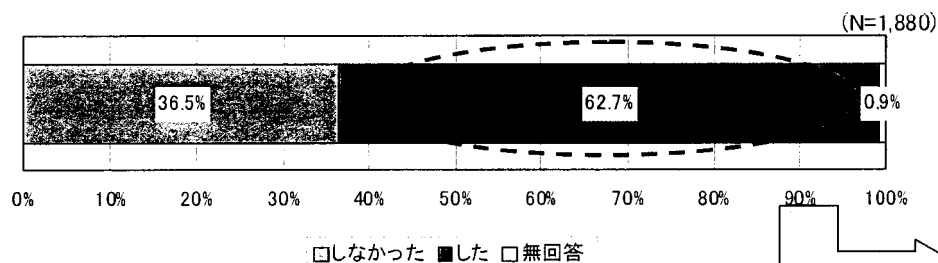


- 黒字の事業所は、非常勤職員を多く雇用し、職員1人あたり給与費を下げ、職員1人あたり訪問回数を多くして、収支を黒字にしている状況がみられる。
- しかしながら、サービスの質の確保、人材確保のためには、本来、常勤職員率をあげ、適正な給与を支払うことが重要。

出典: 全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

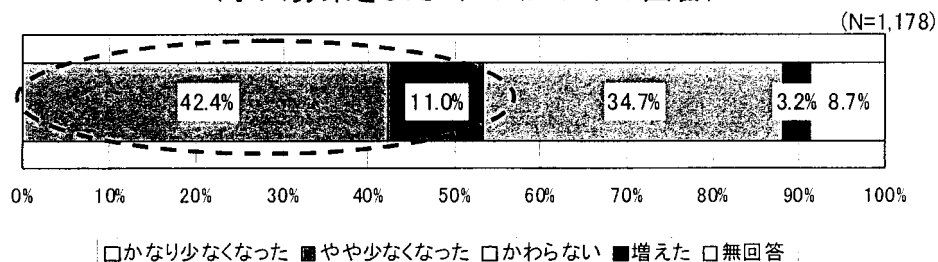
訪問看護ステーションの人材不足の状況

半年間(H18.4～9)の求人募集の有無



- 求人募集をしたステーションが6割。
- うち、求人募集しても、採用できなかったところが35.1%。

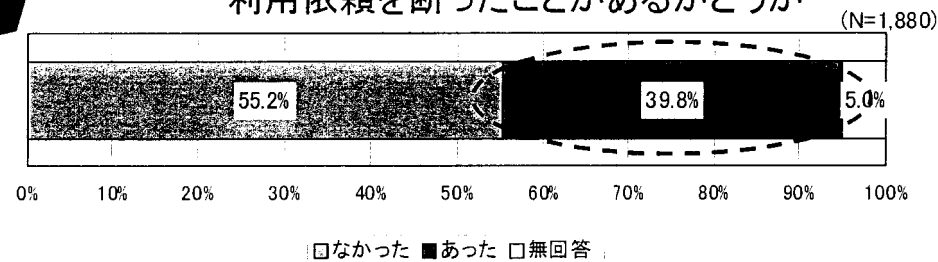
半年間(H18.4～9)に求人募集した反応
(求人募集をしたステーションのみの回答)



- 半年間に求人募集をしたステーションの過半数がこれまでに比べて「少なくなった」と回答。

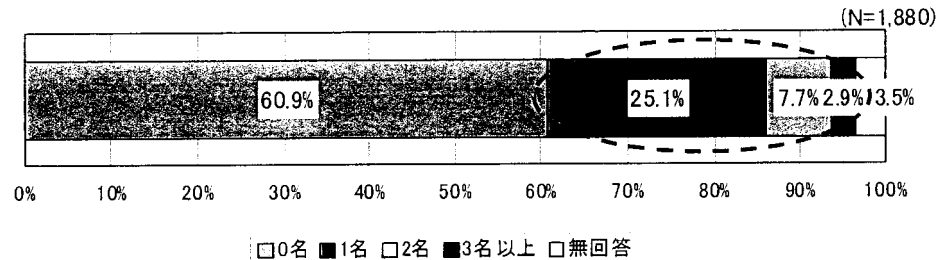
- 人材不足の結果、約4割のステーションが訪問看護の利用を断っている。

半年間に、人材不足により訪問看護の利用依頼を断ったことがあるかどうか



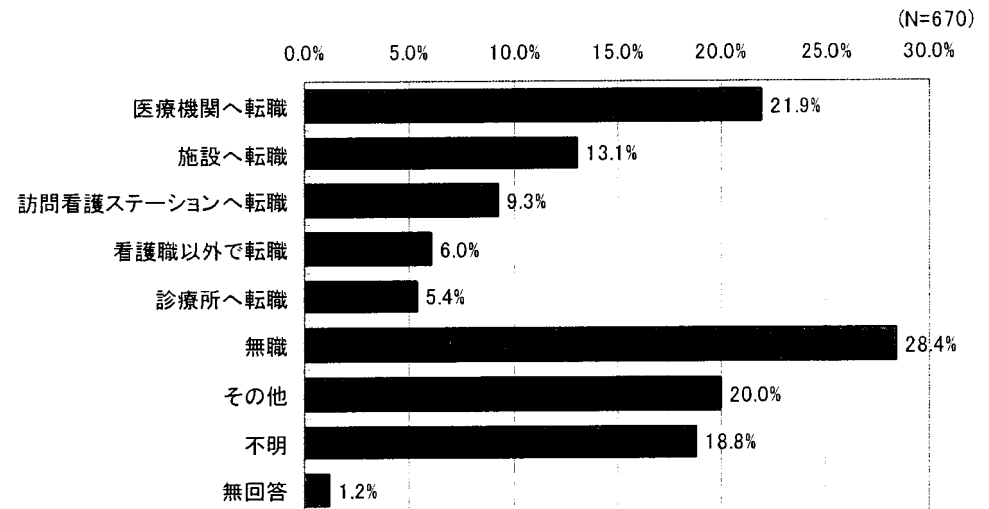
離職の状況

半年間(H18.4～9)の退職者数



- 半年間に退職者がいたステーションは4割。
- 退職者の転職先は、「医療機関」「施設」の順に多い。「その他」としては、「同法人内病院への異動」「居宅介護支援事業所へ異動」など。

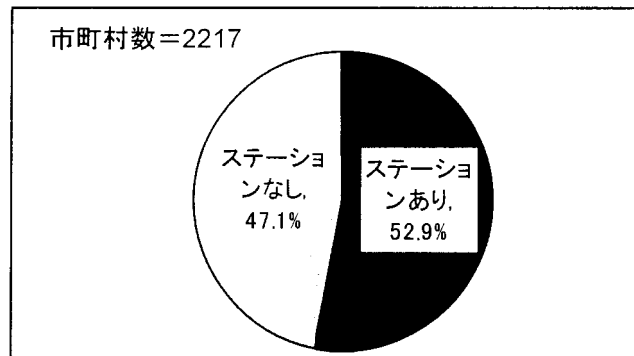
退職者の転職先



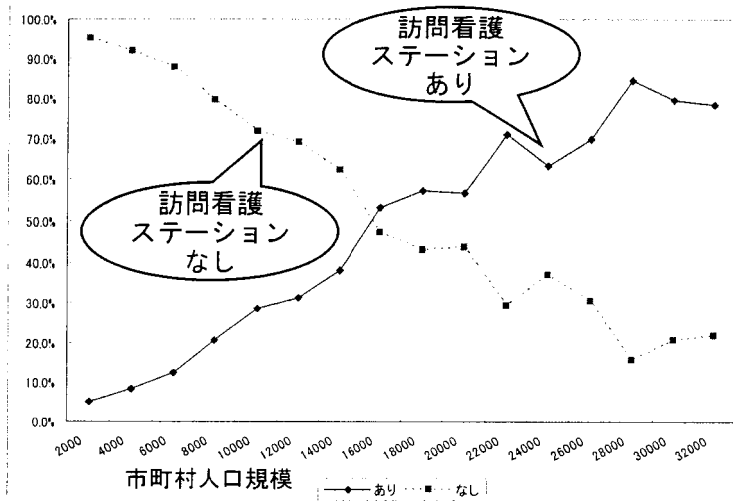
2. 訪問看護ステーションが 直面している諸課題について

全国における訪問看護サービスの遍在

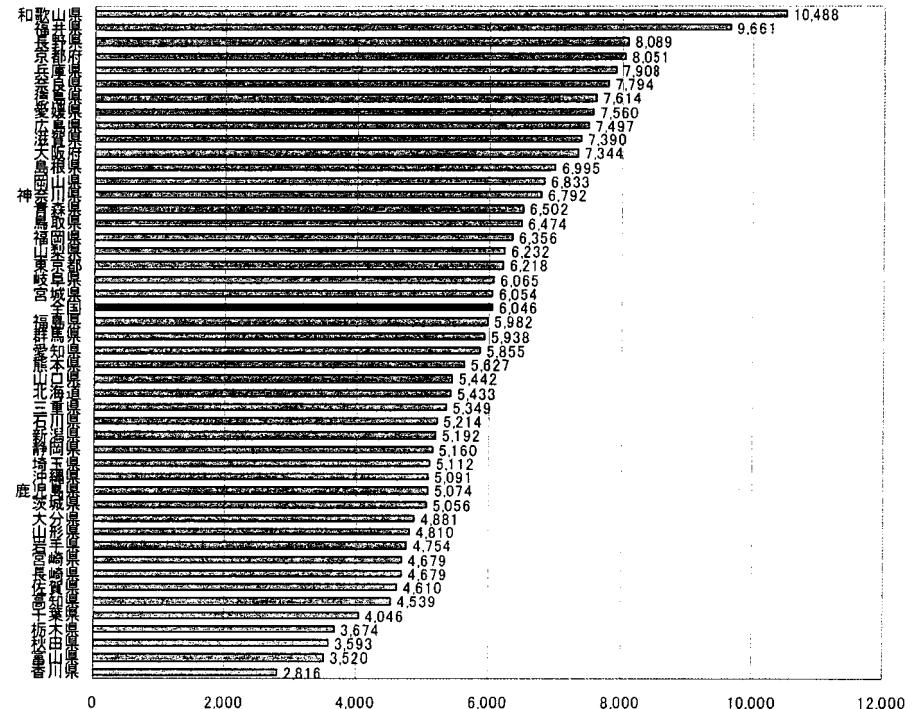
全国の市町村における
訪問看護ステーションの有無（H17.10.1現在）



市町村人口規模別の訪問看護ステーション設置率
(H17.10.1現在)



高齢者人口10万人あたりの訪問看護の回数(都道府県別)



厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査 平成17年調査結果」
総務省統計局「国勢調査(平成17年)」

- 訪問看護ステーション未設置市町村が半数。小規模市町村では、未設置が多い。
- 都道府県別の高齢者人口10万人あたりの訪問看護の回数は4倍の開きがある。

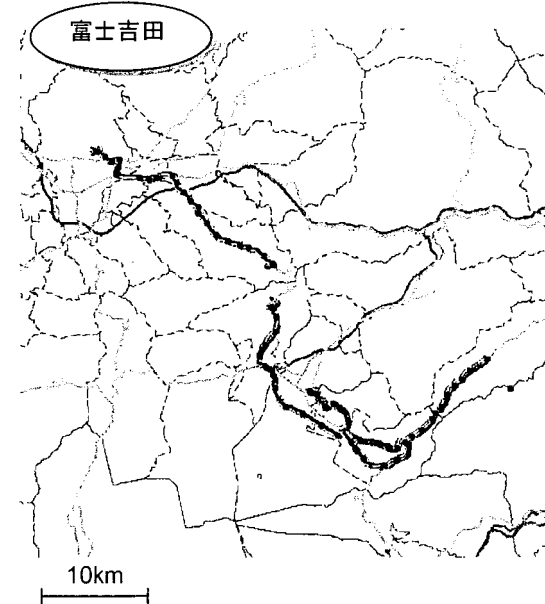
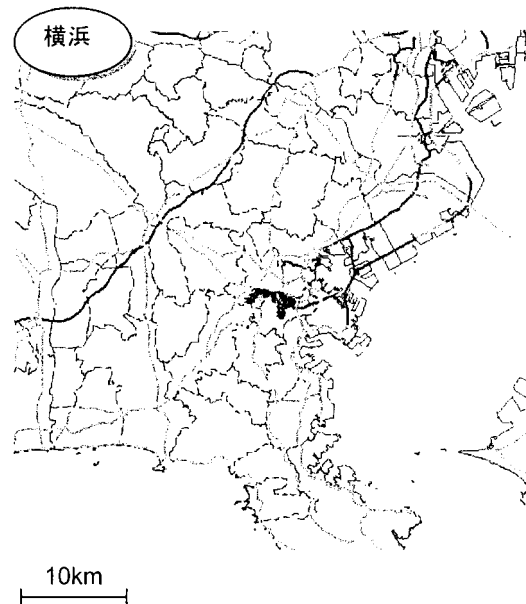
出典: 全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究」

僻地における訪問看護サービスの課題

北海道道北地域における
訪問看護ステーションの訪問範囲

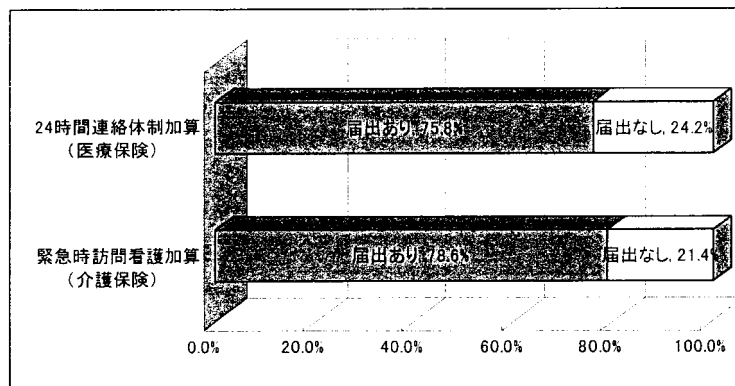


都市部と地方部における移動距離の差
(Phone GPSを用いた訪問経路調査)
48km四方で見た差



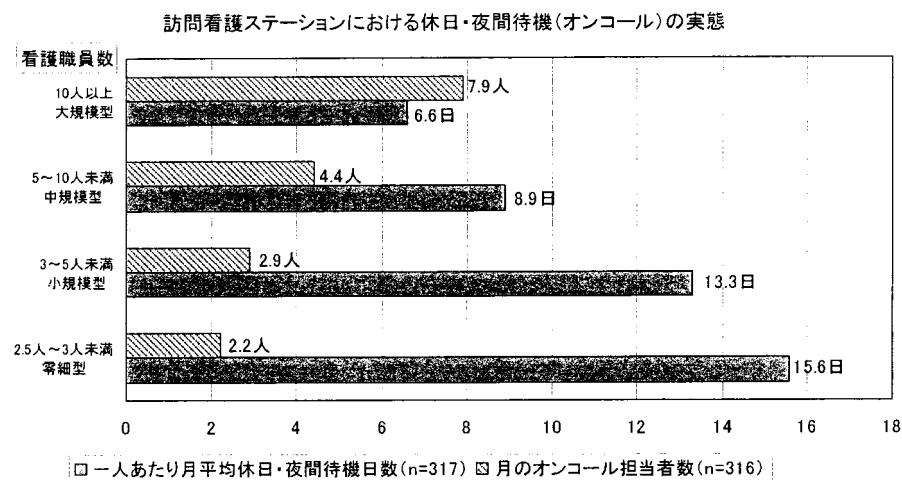
- 僻地では訪問範囲が広大なステーションがあるが、移動時間に対する報酬上の評価がないため、ステーションの持ち出し又は利用者実費負担となっている。
- 実際に、都市部と地方部の訪問経路を計測すると、移動距離に大きな差があることから、今後、移動時間に対する評価が必要と考えられる。

24時間オンコール対応の負担



出典: 厚生労働省平成17年度介護サービス・施設事業所調査

- 8割弱のステーションが24時間対応を行っている。
- 医療機器装着者など、夜間のトラブル発生があるため、職員の負担感が大きい。

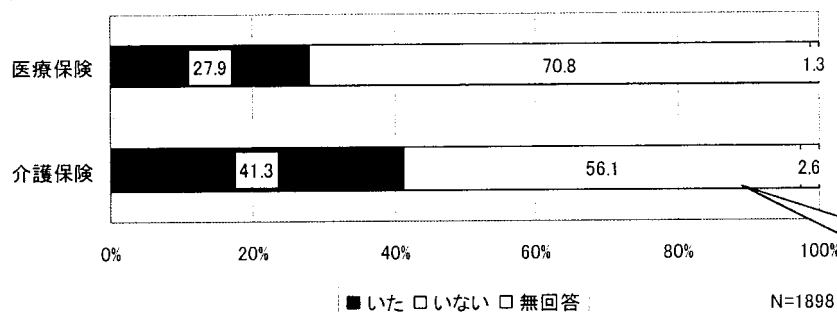


出典: 平成18年度「訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携に関する研究」日本看護協会

- 小規模ステーションでは、職員1人が24時間オンコール対応を行う回数が多い。
- 特に、零細型(3人未満)では、平均15.6日(2日に1回)夜間携帯を持参して自宅で待機しており、職員にかかる負担が非常に大きい。

退院前訪問、退院日訪問について

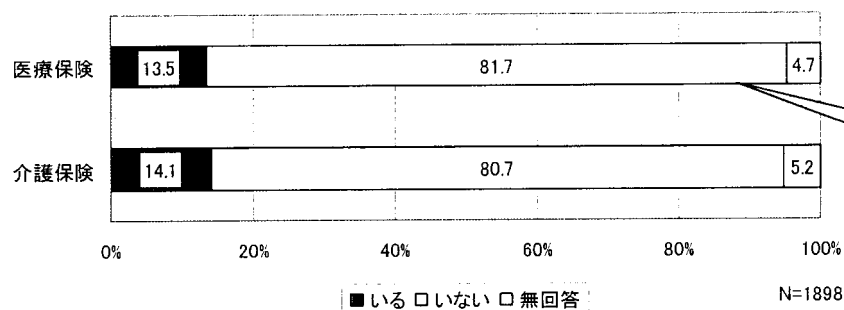
退院前訪問をした利用者の有無(1ヶ月間)



○ 医療機器を装着したまま退院となる患者などについて、入院先の病院に出向いて退院調整・指導を行っている。

介護保険では、退院前訪問(カンファレンス等)の評価がない。

退院当日に訪問をした利用者の有無(1ヶ月間)



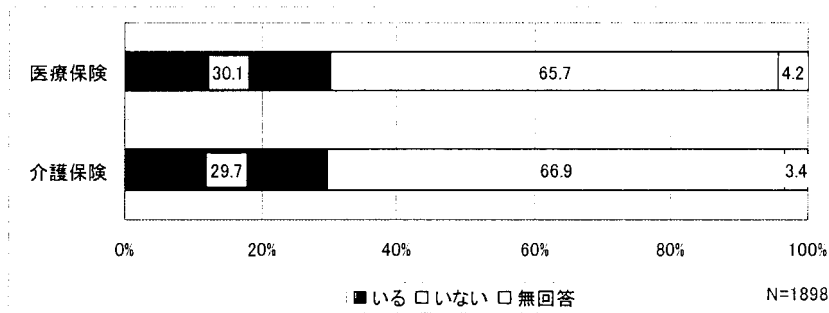
○ 退院当日に在宅で医療機器のセッティングや家族への介護指導等を行っている。

医療保険では、退院当日の訪問の評価がない。

- 療養病床の廃止等に伴い、今後益々、重度者の退院増加が予想されるが、訪問看護ステーションからの退院前訪問・退院日訪問は十分に評価されていない。
- 医療機関との「特別な関係」があると、算定できない項目が多い。

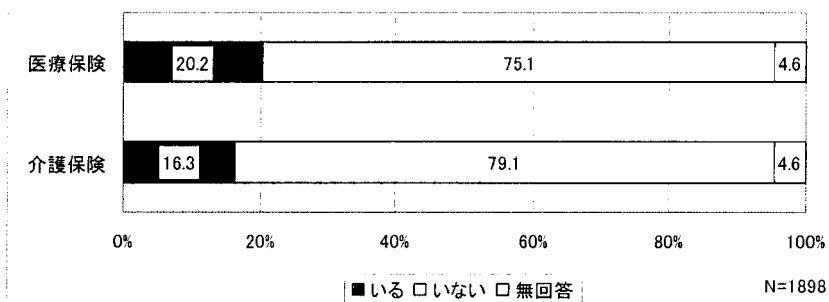
複数人訪問、長時間訪問について

看護職員2人以上で訪問している利用者の有無(1ヶ月間)



- ターミナルや人工呼吸器等の医療機器を装着している利用者、精神疾患のなどでは、看護職員2人での訪問が必要な場合があるが、報酬上評価されていない。

長時間の訪問看護*をしている利用者の有無(1ヶ月間)

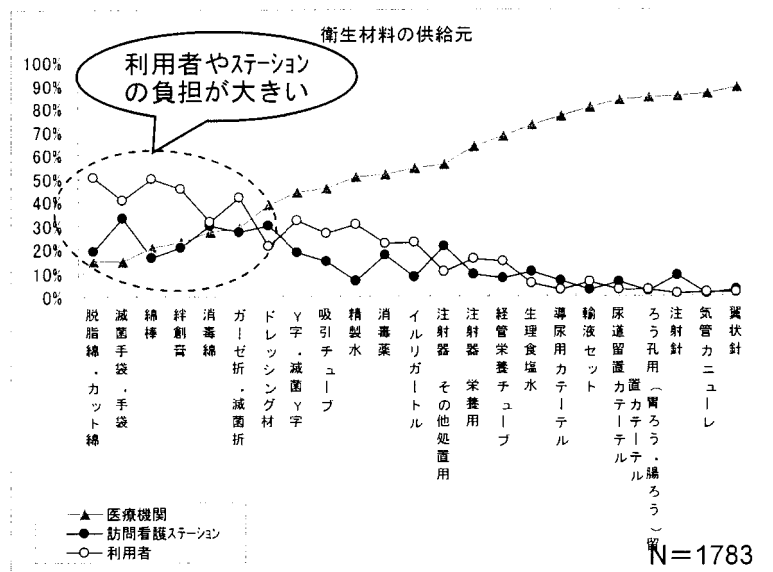


*長時間の訪問看護: 医療保険で2時間以上、介護保険で1時間半以上。

- ターミナル、状態不安定時、難病の利用者等では、医療保険・介護保険の標準的な訪問時間内では、ケアが終了しない場合も多いが、その場合、利用者の実費負担やステーションのボランティア対応になっている。

衛生材料の円滑な供給体制について

在宅療養指導管理料算定者の衛生材料の
供給元(費用負担者)



在宅療養指導管理料算定者に対する
訪問看護ステーション職員の
衛生材料の手配・運搬・滅菌等の支援

支援の内容	全体 (N=1783)	
	ありの 人数	割合 (%)
物品の手配・連絡	1150	64.5%
物品の預かり	614	34.4%
必要量の準備・確認	1134	63.6%
利用者宅への搬送	1026	57.5%
利用者宅での確認	1191	66.8%
利用者宅から引き取り・運搬	451	25.3%
物品の廃棄	513	28.8%
物品の滅菌・消毒等	501	28.1%
故障・不具合の連絡	295	16.5%

- 薬事法により訪問看護ステーションでは衛生材料等の管理ができないため、カテーテルの閉塞、点滴のつまりなど、トラブル発生時に訪問看護師が迅速な対応が困難。
- 在宅療養指導管理料算定者に必要な衛生材料・医療材料は主治医から供給される仕組みになっているが、実際には、脱脂綿、滅菌手袋、消毒綿、ガーゼ、ドレッシング材など、利用者の個人負担やステーションからの持ち出しも多い。
- 衛生材料・医療材料が量・質ともに適切な時に供給されるシステムづくりが不可欠。

3. 訪問看護ステーションの 今後の事業展開モデル案

訪問看護ステーションの現状と活性化の方策

訪問看護ステーションの現状

- 訪問看護ステーション設置数〔約5,480カ所〕
- 訪問看護ステーション看護職員数〔平均4.2人〕
- 1件当たりの所要時間〔平均123分〕
- 利用者数〔28万人程度〕
- 介護保険におけるシェア〔1,270億円〕
- 医療保険におけるシェア〔390億円〕



経営に関する諸課題

- 規模が小さく安定的な事業運営が困難
- 全国的に事業所が偏在・不足
- マンパワー不足で、新規の受け入れ困難
- 報酬設定が低く、採算が合わない
- 報酬上評価されていない内容が多い
- 記録・請求等事務が繁雑で業務に支障
- 訪問看護サービスの内容・価値のPR不足



活性化に向けて取り組む事項

1) 利用者把握の適正化、整備目標設定

- ◆地域単位で訪問看護需要予測を行い、在宅ケア供給体制の整備目標をたてる
- ◆訪問看護ニーズ発見から訪問看護利用までの阻害要因の分析・対策

2) 事業経営の安定化(拡大・機能拡充)

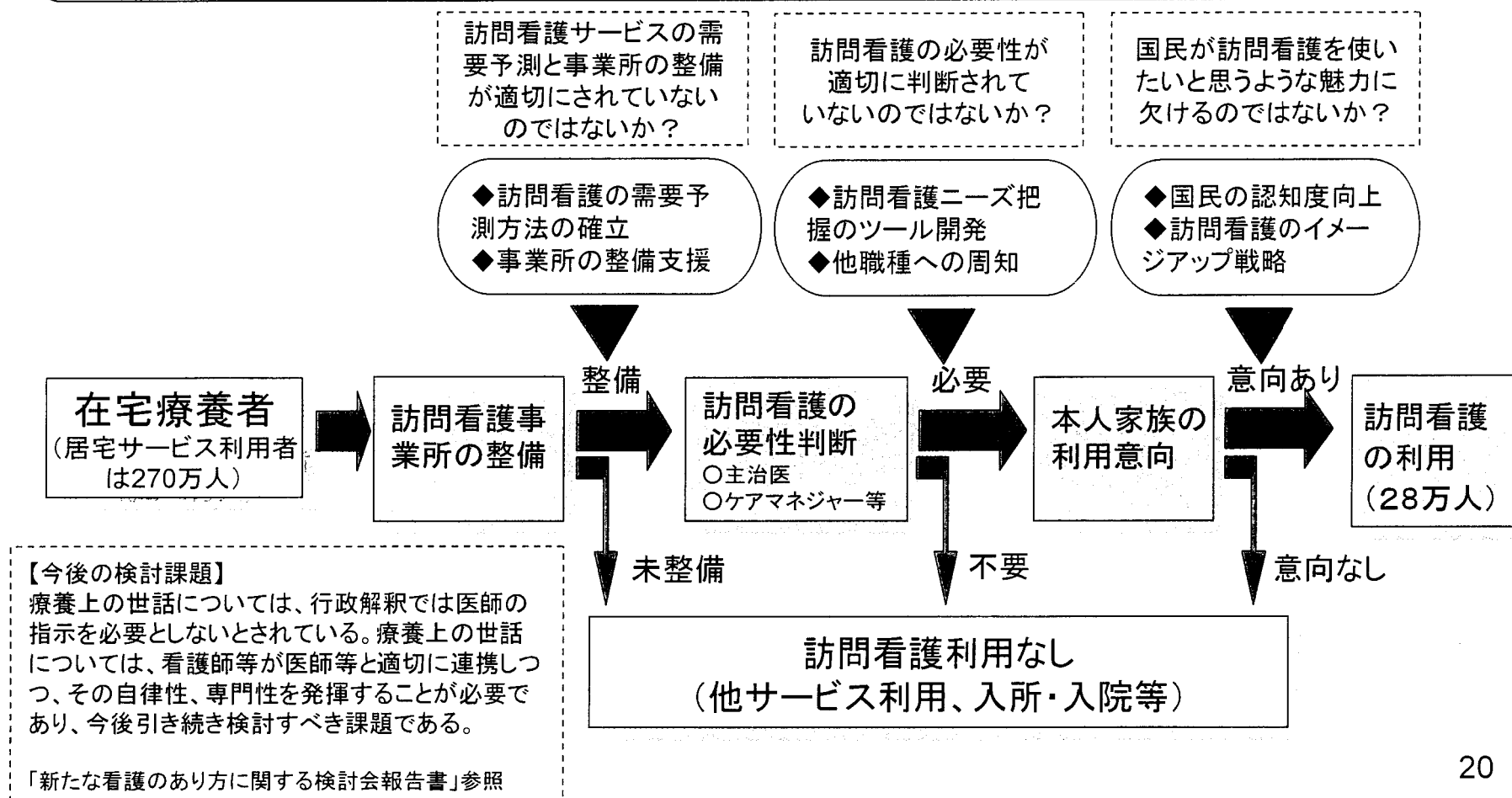
- ◆安定した経営戦略の検討(経営健全化コンサル、複合化経営モデルの提示)
- ◆事業規模拡大(職員確保、利用者拡大)
- ◆在宅移行支援、ターミナルケアなど機能充実

3) 訪問看護ステーションのコモン・システム確立

- ◆利用案内・コールセンター、記録・請求事務業務、衛生材料供給等の訪問看護周辺業務を一括して請け負うコモン・システムの試行・整備

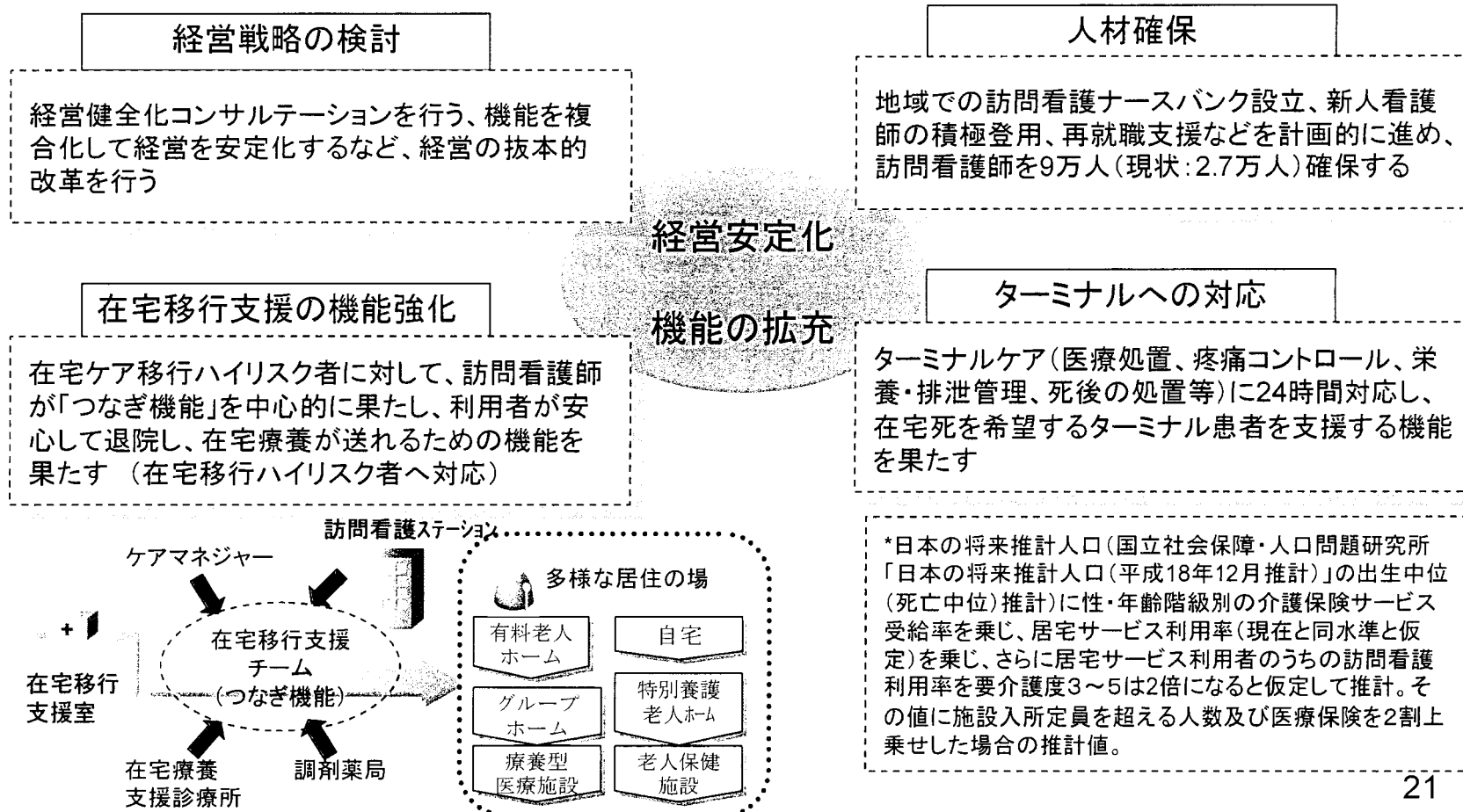
1) 利用者把握の適正化、整備目標設定

訪問看護利用までの3つのステップを阻害する要因・解決策を探り、訪問看護のスムーズな利用を促す



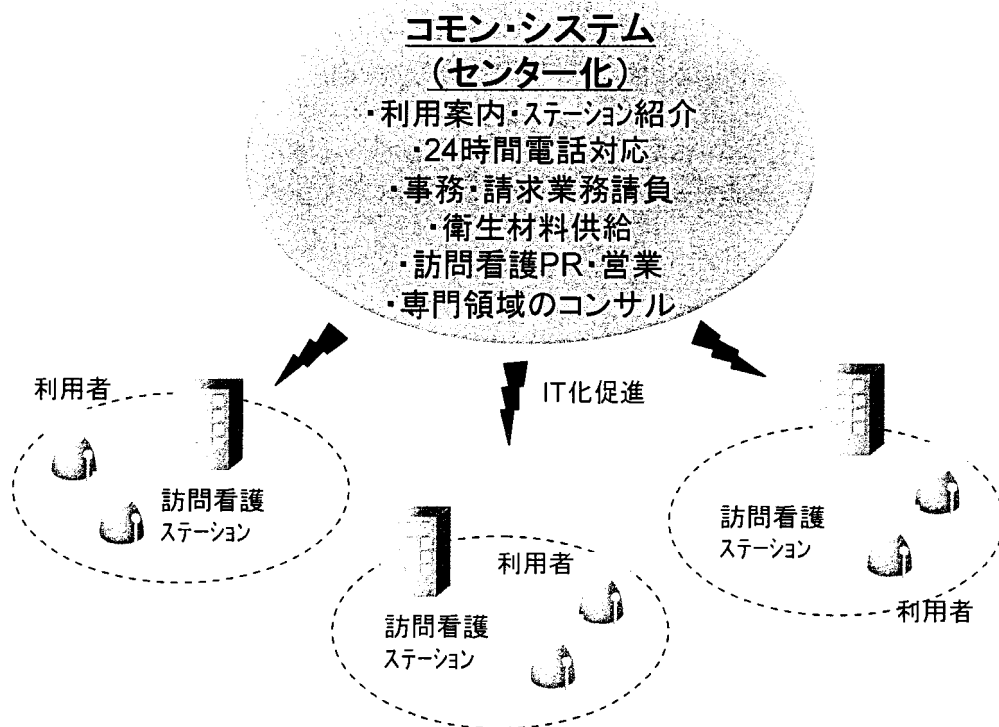
2) 事業経営の安定化(規模拡大・機能拡充)

2015年の訪問看護利用者数(現状:28万人⇒目標値:90万人*)
に向けて、事業・機能の拡大を図り、経営の安定化を図る。



3) 訪問看護ステーションのコモン・システム確立

訪問看護師が訪問看護業務に専念できるよう
事務作業・24時間電話対応など、周辺業務をコモン・システム化



○地域の訪問看護ステーションが訪問看護の周辺業務をセンターに委託する。

○センターでは、各ステーションの利用者情報を逐次更新することで、24時間電話対応をしたり、事務作業・請求業務を一括して行ったり、衛生材料の供給、地域の関係機関や住民への訪問看護PR(営業)を行う。

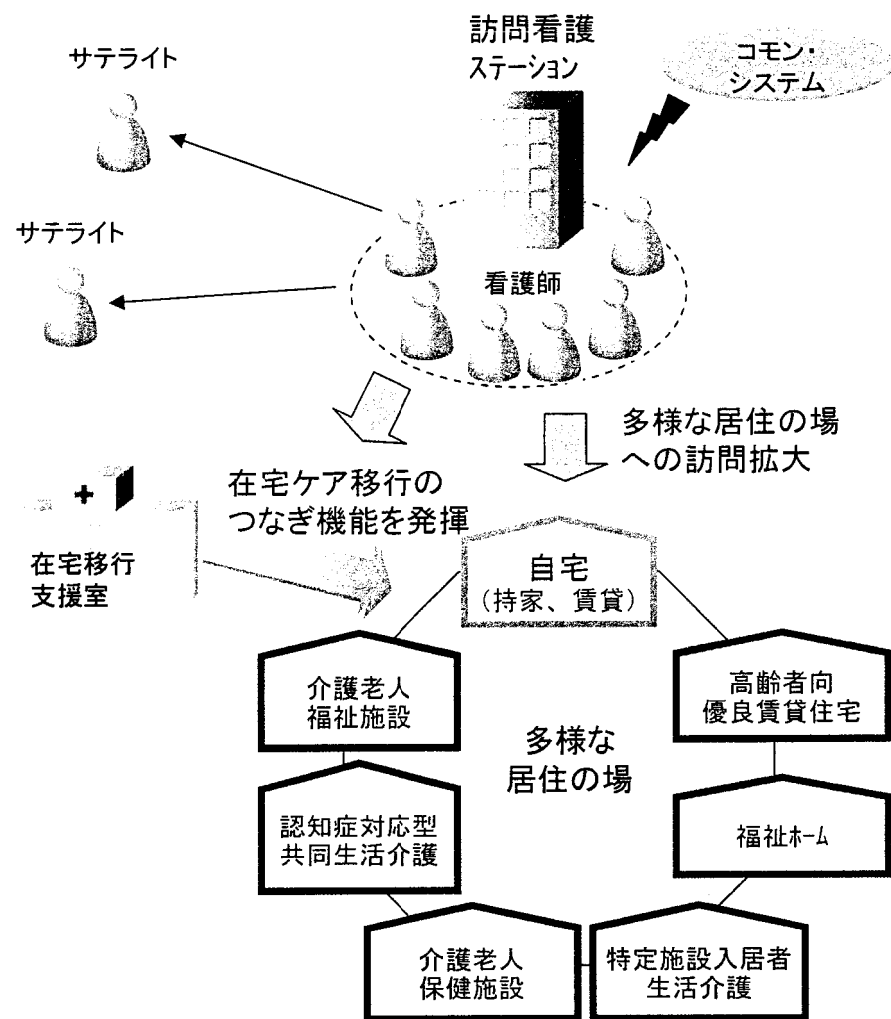
○さらに、専門領域(疼痛コントロール、褥瘡ケア等)への対応能力を高めるため、CNS等の専門家を配置し、必要に応じてステーション職員の教育を行う。



訪問看護師が業務に専念することにより、サービス提供量の確保と、より専門的・高度なケアの提供を可能にし、日本全体の在宅ケアの水準向上を目指す。

【最期まで在宅で安心して暮らせる社会の実現】

規模拡大・機能拡充のイメージ



【サテライト事業所の設置推進】

訪問看護ステーションの規模を拡大し、地方にはサテライトを設置し、利用者数に応じて職員を異動するなど、フレキシブルな運営を行う。

【IT化促進、コモン・システム確立】

訪問看護の煩雑な事務・請求業務を外部化し、訪問看護の専念体制を構築。24時間電話対応、衛生材料供給など、利用者にとって便利で安心な仕組みを構築。

【多様な居住の場への訪問拡大】

利用者宅以外にも、特養、グループホーム、有料老人ホームなど、訪問看護師の活用が広がっている。職員の増員等により、これらの多様な居住の場への訪問を拡大し、安定収入の拡大を図る。

【在宅移行支援・ターミナルへの対応】

訪問看護師が「つなぎ機能」を果たし、利用者が安心して退院し、在宅療養が送れるための機能を果たす。自宅での看取りだけでなく、多様な居住の場に出向いて、看取りに対応する。

2015年の年間死亡数は推計140万人 *「日本の将来推計人口」より
⇒医療機関での死亡数が現状のまま、介護施設での死亡が2倍と仮定すると、自宅や多様な居住の場での死亡が年間44万人

3つの活性化に向けたアクションプラン(まとめ)

	1. 利用者把握の適正化	2. 事業経営の安定化	3. 訪問看護ステーションのコモン・システムの確立
訪問看護業界	・需要予測方法の確立 ・ニーズ把握ツールの開発 ・訪問看護イメージアップ戦略 ・在宅療養支援診療所との連携強化	・事業規模拡大・複合化 ・経営戦略コンサル ・訪問看護ナースバンクの立ち上げ(新人の積極的採用) ・訪問看護の機能(在宅移行支援、ターミナル)拡充	・訪問看護の周辺業務の洗い出しとコモン・システム化の検討・試行 ・各地域でのコモン・システムの立ち上げ支援
行政	・地域の在宅ケア需要予測・計画作成 ・事業所の整備支援	・看護師確保策の推進 ・訪問看護師の新卒・継続教育の支援 ・僻地等での事業所の経営支援(移動の評価)	・コモン・システム設置・拡大支援 ・記録・請求業務の簡素化 ・衛生材料供給システムの改善
社会	・在宅医療・訪問看護の普及啓発	・民間企業の訪問看護への参入	・IT業界・事務請負業者による参入

参 考 資 料

社 会 保 障 審 議 会 介 護 給 付 費 分 科 会

介 護 サ ー ビ ス の 把 握 の た め の ワ ー キ ン グ チ ー ム に お け る 事 業 者 等 団 体 ヒ ア リ ン グ 参 考 資 料

平 成 1 9 年 1 1 月 1 3 日

社 団 法 人 全 国 訪 問 看 護 事 業 協 会

(社) 全国訪問看護事業協会の概要

1. 全国訪問看護事業協会とは

訪問看護事業の健全な発展を図り、国民の保健福祉の向上に寄与することを目的として、平成7年7月に設立されました。

2. 事業内容

- ①訪問看護事業の運営、サービスの質の確保向上等に関する調査研究及び相談指導
- ②訪問看護事業に関する研修会、講演会等の開催
- ③訪問看護事業大会の開催
- ④訪問看護事業に関する情報提供及び機関誌その他の印刷物の刊行
- ⑤内外の関連団体との連携及び交流
- ⑥訪問看護事業に従事する者の福利厚生に関する事業
- ⑦その他本協会の目的を達成するために必要な事業

3. 会員等

- ・事業者会員 2, 371事業者 (平成19年11月1日現在 全国訪問看護事業協会調)
- ・会員訪問看護ステーション数 3, 733カ所
(平成18年10月1日現在 全国訪問看護事業協会調)
- ・加入率 68.1%
(平成18年10月1日現在 厚生労働省介護サービス・施設事業所調査及び全国訪問看護事業所調による。)

I 訪問看護ステーションの属性

1. 訪問看護ステーションの開設主体別年次推移（各年10月1日現在）

開設者主体	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	備 考
地方自治体等	249	243	248	247	232	
日赤・社会保険団体等	162	117	96	86	84	
医療法人	2,519	2,530	2,510	2,507	2,463	
医師会	337	337	337	325	323	
看護協会	152	157	160	161	162	
社団・財団立	334	342	347	347	350	
社協・社会福祉法人	497	502	493	511	505	
農協・生協等	210	254	288	293	290	
営利法人（会社）	336	458	555	680	814	
NPO	20	26	31	37	50	
その他法人	9	25	26	30	36	
合 計	4,825	4,991	5,091	5,224	5,309	

厚労省「介護サービス施設・事業所調査」より

2. 全国訪問看護事業協会会員の開設主体別年次推移（各年10月現在）

開設者主体	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
地方自治体等	81	73	98	109	105	101	104
日本赤十字社	8	38	71	79	76	68	64
医療法人	1,025	1,088	1,523	1,566	1,569	1,592	1,522
医師会	200	221	269	272	270	266	262
看護協会	120	126	158	158	162	156	151
社団・財団立	225	249	304	303	305	301	293
社協・社会福祉法人	198	213	280	295	303	305	308
農協・生協等	92	129	187	190	195	210	202
営利法人（会社）	61	101	302	404	523	683	715
非営利	1	2	13	22	27	27	33
その他	49	23	27	26	25	24	25
合 計	2,060	2,263	3,232	3,424	3,560	3,733	3,679

*平成14年のみ11月現在 全国訪問看護事業協会調べ

3. 訪問看護ステーションにおける介護報酬の加算の算定状況（平成17年）

設置主体	緊急時訪問看護加算届出有	特別管理加算届出有	24時間連絡体制届出有	重症者管理加算届出有	総数
	A	B	C	(再掲) D	E
地方自治体等	1 5 3	1 9 3	1 4 3	1 3 5	2 3 2
日赤・社会保険団体等	6 9	8 1	6 7	6 6	8 4
医療法人	1, 9 6 0	2, 1 7 1	1, 8 9 4	1, 7 5 0	2, 4 6 3
医師会	2 4 0	2 8 6	2 3 2	2 2 5	3 2 3
看護協会	1 4 7	1 6 0	1 4 9	1 4 9	1 6 2
社団・財団立	2 7 8	3 2 9	2 7 1	2 6 5	3 5 0
社協・社会福祉法人	3 8 3	4 2 0	3 6 3	3 4 0	5 0 5
農協・生協等	2 6 6	2 7 7	2 6 7	2 6 2	2 9 0
営利法人(会社)	6 1 3	6 5 9	5 7 5	5 2 3	8 1 4
NPO	3 9	3 9	3 7	3 4	5 0
その他法人	2 7	3 0	2 6	2 5	3 6
加算届出率	A/E 78.6%	B/E 87.5%	C/E 75.8%	D/E 71.1%	
合計	4, 1 7 5	4, 6 4 5	4, 0 2 4	3, 7 7 4	5, 3 0 9

* 厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」より

II 訪問看護ステーション従事者の属性

1. 訪問看護ステーションの従事者の職種区分(常勤換算)

職 種	平成13年 人	平成14年 人	平成15年 人	平成16年 人	平成17年 人
看護師等	1 9, 5 0 6	2 0, 7 6 4	2 1, 3 2 0	2 1, 9 3 6	2 2, 4 6 1
保健師	6 9 7	6 9 9	6 6 6	6 2 4	5 8 5
看護師	1 6, 0 7 6	1 7, 2 4 5	1 7, 8 6 5	1 8, 5 5 1	1 9, 1 5 1
准看護師	2, 6 8 9	2, 7 7 6	2, 7 4 8	2, 7 2 6	2, 6 9 7
助産師	4 4	4 4	4 1	3 5	2 8
理学療法士	7 6 0	1, 0 3 3	1, 2 1 6	1, 5 4 7	1, 8 4 4
作業療法士	3 4 4	4 6 0	5 9 9	7 5 7	9 0 6
その他(事務等)	9 2 6	7 7 1	1, 1 5 5	1, 2 0 5	1, 2 9 2
合計	2 1, 5 3 4	2 3, 0 2 7	2 4, 2 8 9	2 5, 4 4 4	2 6, 5 0 2

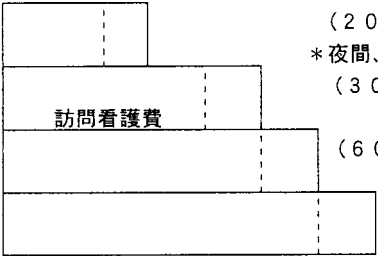
* 厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」より

2. 訪問看護ステーション従事者の主な職種別就業形態(常勤・非常勤等)

職種・勤務形態	平成13年 人	平成14年 人	平成15年 人	平成16年 人	平成17年 人
保健師等	26,624	28,437	29,533	30,190	30,736
常勤 (内常勤で兼務)	15,887	16,919	17,685	18,257	18,502
非常勤	—	(5,194)	(5,677)	(5,690)	(5,622)
保健師	10,737	11,518	11,848	11,933	12,234
常勤	886	924	887	833	777
(内常勤で兼務)	724	728	698	645	607
非常勤	—	(323)	(314)	(294)	(268)
助産師	162	196	189	188	(170)
常勤	61	71	64	53	39
(内常勤で兼務)	41	36	30	32	23
非常勤	—	(13)	(12)	(14)	(6)
看護師(含准看護師)	20	35	34	21	16
常勤	25,677	27,442	28,582	29,304	29,920
(内常勤で兼務)	15,122	16,155	16,957	17,580	17,872
非常勤	—	(4,858)	(5,351)	(5,382)	(5,348)
理学療法士	10,555	11,287	11,625	11,724	12,048
常勤	2,249	2,790	3,041	3,675	4,132
(内常勤で兼務)	1,056	1,419	1,522	1,970	2,251
非常勤	—	(1,032)	(992)	(1,215)	(1,286)
作業療法士	1,193	1,371	1,519	1,705	1,881
常勤	894	1,061	1,280	1,579	1,813
(内常勤で兼務)	482	603	763	925	1,081
非常勤	—	(384)	(445)	(502)	(563)
その他職員(事務等)	412	458	517	654	732
常勤	1,408	1,587	1,748	1,851	2,046
(内常勤で兼務)	814	886	1,005	1,026	1,222
非常勤	—	(402)	(443)	(484)	(646)
総合計	594	701	743	825	824
常勤	29,767	33,875	35,602	37,295	38,727
(内常勤で兼務)	17,425	19,827	20,975	22,178	23,056
非常勤	—	(7,012)	(7,557)	(7,891)	(8,117)
	12,342	14,048	14,627	15,117	15,671

* 厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」より

介護保険と医療保険の訪問看護の報酬体系

	介 護 保 険	医 療 保 険
報酬設定の方法	時間単位で訪問回数に応じて設定（ただし、支給限度額あり）	1日単位で訪問回数にかかわらず設定
報酬構造	【訪問看護ステーション】  * 准看護師の場合は、所定単位90/100算定	【医療機関】 訪問看護基本療養費（週3日まで） 5,300円 （週4日以降） 6,300円 + 訪問看護管理療養費（月の初日） 7,050円 （2～12日迄） 2,900円 * 准看護師の場合は、基本療養費－500円、在宅患者訪問看護指導料－50点 訪問看護基本療養費（II） 1回1～3時間 1,600円 延長（1時間） 400円 * 精神障害を有する者であって、障害福祉サービスを行う施設等に入所している複数の者
本体部分		
	早朝・夜間加算（訪問看護費に25/100加算） 深夜加算（訪問看護費に50/100加算）	
	特別地域訪問看護加算（1回につき15/100加算）（支給限度額に含めない。）	特別地域訪問看護加算（基本療養費に50/100加算）
		緊急訪問看護加算（1日につき） 2,650円
		難病等複数回訪問加算（2回） 4,500円 （3回） 8,000円
	緊急時訪問看護加算（1月につき） 540単位； 290単位	24時間連絡体制加算（1月につき） 2,500円
	特別管理加算（1月につき） 250単位	重症者管理加算（1月につき） 2,500円 （重症度の高いもの 5,000円）
		地域連携退院時共同指導加算（1月につき） 4,200円 （在宅療養支援診療所と連携する場合 6,000円）
	ターミナルケア加算 1,200単位（支給限度額に含めない。）	訪問看護ターミナルケア療養費 12,000円 （在宅療養支援診療所の医師が主治医の場合 15,000円）
		訪問看護情報提供療養費（1月につき） 1,500円
加算部分		在宅患者訪問看護（週3日迄） 530点 ・指導料（週4日以降） 630点
		在宅移行管理加算（退院1月） 250点 （重症度の高いもの 500点）
		緊急訪問看護加算（1日につき） 265点
		難病等複数回訪問加算（2回） 450点 （3回） 800点
		在宅移行管理加算（退院1月） 250点 （重症度の高いもの 500点）
		ターミナルケア加算 1,200点 （同 左 1,500点）

医療保険・介護保険の訪問看護の対象者

医療保険

居宅において療養を行っている通院困難な患者

回数制限のある対象者 (要介護者・要支援者でない者)
(週3日以内)

回数制限のない対象者

厚生労働大臣が定める疾病等の患者*

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患 (進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ又はⅢ度のものに限る。))
多系統萎縮症 (線状体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を装着している患者

病状の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると医師が認めた者 (14日間を限度として、月1回まで) *

* 居宅要介護者・要支援者であるか否かを問わない。

介護保険

居宅要介護者・要支援者 (末期の悪性腫瘍、その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者 (左記)、急性増悪により一時的に頻回の訪問看護が必要であると認められた患者を除く。)

特定疾病の居宅要介護者・要支援者 (40歳以上65歳未満)

特	がん (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状態に至ったと判断した者に限る。)
定	関節リウマチ 筋萎縮性側索硬化症 後縦靱帯骨化症 骨折を伴う骨粗鬆症 初老期における認知症 (法第8条第16項に規定する認知症をいう。)
疾	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
病	脊髄小脳変性症 脊柱管狭窄症 早老症 多系統萎縮症 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

訪問看護 ステーション

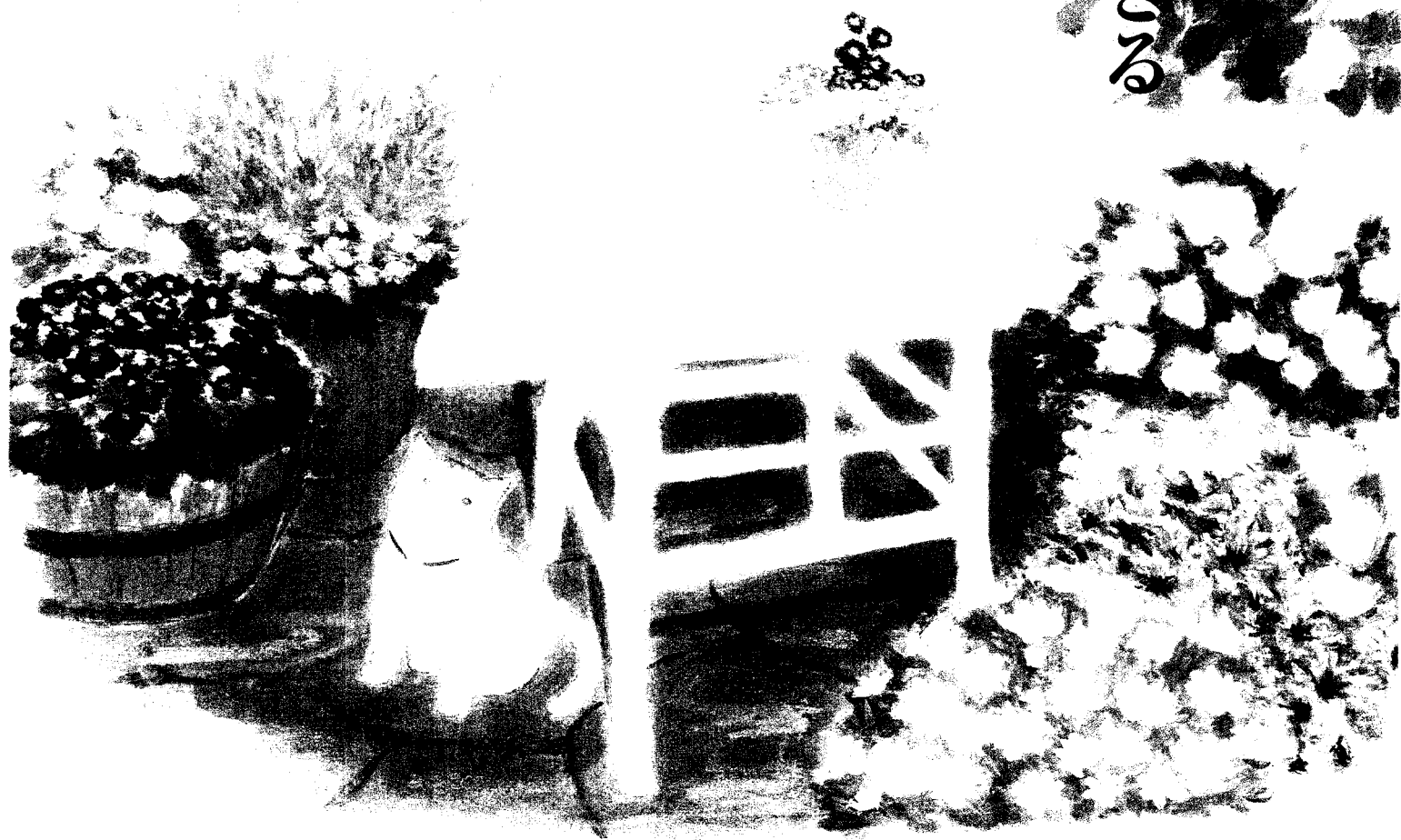
訪問看護ステーションが
お手伝いさせていただきます
在宅で、自分らしく暮らす

●生活の場に
寄り添う看護

●地域密着で
機動力を発揮

●終末期を支える
看護の力

●医療の専門家が
身近にいる安心



●お問い合わせは

24 時間・365 日 安心を支える 訪問看護サービス

訪問看護ステーションでは、
次のようなサービスを提供しています。

療養上のお世話
身体の清拭、洗髪、
入浴介助、食事や排泄
などの介助・指導

病状の観察
病気や障害の状態、
血圧・体温・脈拍
などのチェック

ターミナルケア
がん末期や終末期などでも、
自宅で過ごせるよう
適切なお手伝い

**在宅での
リハビリテーション**
拘縮予防や機能の回復、
嚥下機能訓練等

● 専門のスタッフが一人ひとりの療養生活を支えます。

平成 4 年から活動が始まった訪問看護ステーションは、
いまでは全国各地に 5,310 ヲ所。ご自宅で療養される方や
介護を受けられる方 26 万人がご利用になっています。

(平成 17 年 10 月現在)

訪問看護ステーションには、看護師・准看護師、保健師・助産師に加え、
さらに、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが
スタッフに加わっているところもあります。

**医師の指示
による医療処置**
かかりつけ医の
指示に基づく
医療処置

医療機器の管理
在宅酸素、人口呼吸器
などの管理

床ずれ予防・処置
床ずれ防止の工夫や
指導、褥創（じよくそう）
の手当て

認知症のケア
事故防止など、
認知症介護の相談・
工夫をアドバイス

介護予防など
低栄養や運動機能
低下を防ぐ
アドバイスなど

**ご家族等への
介護支援・相談**
介護方法の指導ほか、
さまざまな相談対応

訪問看護ステーションならではの特色

病状や療養生活を専門家の目で見守り、適確なアセスメントに基づいた
ケアとアドバイスで、自立した生活が送れるよう支援します。

24 時間・365 日対応します

緊急時訪問看護体制のあるステーションでは、急変時にもかかりつけ医と
連携し、症状の観察、緊急の処置などを行います。必要場合は、
他のステーションや医療機関の訪問看護を併用することもできます。

在宅での療養を支援します

経管栄養、在宅酸素療法、吸引、在宅点滴注射、人工呼吸器等の
医療処置が必要な方の在宅療養を支援します。

認知症の方への看護も行います

生活リズムの調整やご家族間のコミュニケーション援助、
認知症に対する介護のご相談などにもお応えしています。

安らかな死・ターミナルケアを支えます

住み慣れた家で最期まで過ごせるように、医師の指示による疼痛管理や
症状緩和などにも適切に対処します。
また、ご希望があれば、一緒に死を看取ります。

医療と介護の橋渡しをします

さまざまな在宅ケアサービスの使い方をご紹介したり、要介護認定申請、
更新申請のお手伝いをします。

介護予防にも力を入れています

糖尿病の悪化や寝たきりになるのを防ぐほか、拘縮予防や機能の回復、
嚥下訓練、福祉用具の利用相談などもしています。

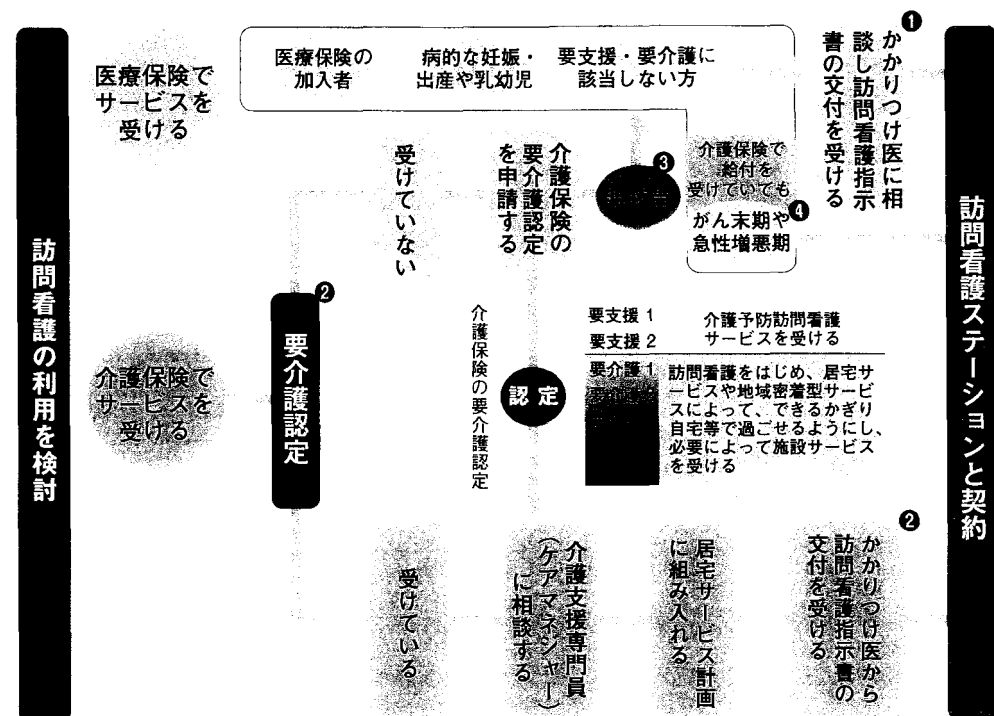
医療保険・介護保険の双方に対応できます

保険適用の種類が異なっても、医療保険・介護保険の両方のサービスが
同じステーションで引き続き受けられます。

訪問看護サービスをご利用いただくためには…

訪問看護は、医療保険・介護保険のいずれでも受けられます。

● 訪問看護サービスを受けるまでの流れ



① 訪問看護サービスを受けるには、かかりつけ医の「訪問看護指示書」が必要です。

赤ちゃんからお年寄りまで、年齢にかかわらず医療保険で訪問看護サービスがご利用いただけます。その際には、かかりつけ医にご相談ください。訪問看護ステーションでは、かかりつけ医が交付した「訪問看護指示書」に従い、必要なサービスをご提供します。

② 介護保険でサービスを受けるには要介護認定が必要です。

介護保険をご利用になる場合は、まず、お住まいの市区町村に申請して要介護認定を受けます。「要支援1～2」または「要介護1～5」に該当した方は、ケアマネジャーに相談し在宅サービス計画に訪問看護を組み入れてもらいます。この場合も「訪問看護指示書」が必要です。

③ 要介護認定で「非該当」となったときは、医療保険で訪問看護サービスが受けられます。

介護の必要性が低く、「非該当」と判定されると、介護保険から給付を受けることはできませんが、かかりつけ医の「訪問看護指示書」の交付があれば、必要な訪問看護サービスを医療保険で受けることができます。

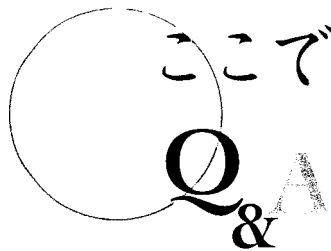
④ 介護保険で訪問看護を受けていても医療保険が適用される場合があります。

要介護認定を受け、介護保険からサービスを受けている方であっても、急性増悪期（急に症状が悪化した場合）やがん末期等では、かかりつけ医の「特別訪問看護指示書」によって、介護保険ではなく医療保険から訪問看護サービスを受けることになります。

訪問看護サービスは、ご自宅以外でも受けられます。

できるかぎり住み慣れた地域で日々を過ごせるように自立を支援するのが介護保険です。要支援の場合でも介護予防訪問看護サービスが利用できます。また、ご自宅だけでなく地域にあるグループホームや特定施設、特養ホームのショートステイなどにおいても、医療と介護の連携を強め、一定の場合に訪問看護ステーションからの看護を受けることができます。





ここでは、よくあるご質問に お答えしましょう。

● 費用負担について詳しく教えてください。

利用される公的保険の種類によって、基本利用料の割合は異なります。
また、介護保険では、滞在時間によって4段階の料金設定となっています。

(平成18年4月現在)

	利用者の負担(基本利用料)	その他の負担
介護保険	毎回、他の居宅サービスと同様に費用の1割を負担	支給限度額を超えるサービス(訪問回数増など)、保険給付対象外サービスは全額自費
老人保健	一般の方は費用の1割、 一定以上所得者の方は費用の2割※ を負担	一定時間を超えるサービス、 休日や時間外のサービスは 差額を負担
健康保険	・70歳以上の方は、原則として費用の 1割(一定以上所得者の方は費用の 2割※)を負担	・交通費、おむつ代、死後の 処置は実費を負担
国民健康保険	・70歳未満の方は、原則として費用の 3割(3歳未満は費用の2割)を負担	

★介護保険の費用

※平成18年10月からは、3割負担となります。

訪問看護費	加算
[20分未満](18時～翌朝8時)	285単位
[30分未満]	425単位
[30分以上1時間未満]	830単位
[1時間以上1時間半未満]	1,196単位
	・早朝(6時～8時)と 夜間(18時～22時)は25%増し ・深夜(22時～6時)は50%増し ・離島等に該当する地域の事業所は 15%増し ・緊急時訪問看護加算は月1回540単位 ・特別管理加算は月1回250単位 ・ターミナル加算は1,200単位

准看護師は90/100で算定

★医療保険の費用には別の料金体系があります。

●介護保険で訪問看護を

受けられるのは、どんなときですか？

介護保険では、老化によって介護が必要となった方を対象としているため、サービスが受けられるのは基本的に65歳以上の方ですが、40～64歳の方でも加齢に伴う「特定疾病(※1)」の場合は介護保険の対象となります。
逆に、介護保険でサービスを受けている方でも「厚生労働大臣が定める疾病(※2)」や急性増悪期は、医療保険による訪問看護となります。

	介護保険で受けられる方	医療保険で受けられる方
65歳以上	・加齢に伴い介護が必要となり、 「要支援1～2」「要介護1～5」と認定された方	・要介護認定が非該当の方 ・要支援・要介護者のうち厚生労働大臣が定める疾病(※2)の方、 がん末期や急性増悪期の方
65歳	・加齢に伴う特定疾病(がん末期を含む) (※1)が原因で介護が必要となり、 「要支援1～2」「要介護1～5」と認定された方	・左記以外の方 ・要支援・要介護者のうち厚生労働大臣が定める疾病(※2)の方、 がん末期や急性増悪期の方
40～64歳		
40歳		
40歳未満		・40歳未満の方はすべて医療保険

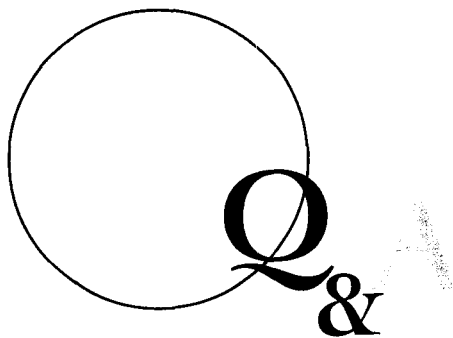


※1 加齢に伴う特定疾病

がん末期(医師が一般に認められている知見に基づき回復の見込がない状態に至ったと判断した場合)/関節リウマチ/筋萎縮性側索硬化症/後縦靭帯骨化症/骨折を伴う骨粗鬆症/初老期における認知症(アルツハイマー病、ビック病、脳血管性認知症、クロイツフェルト・ヤコブ病等)/進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病/脊髄小脳変性症/脊柱管狭窄症/早老症/糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症/脳血管疾患/パーキンソン病/閉塞性動脈硬化症/慢性関節リウマチ/慢性閉塞性肺疾患/両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

※2 厚生労働大臣が定める疾病等

がん末期/多発性硬化症/重症筋無力症/スモン/筋萎縮性側索硬化症/脊髄小脳変性症/ハンチントン舞蹈病/進行性筋ジストロフィー症/パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上であって生活機能障害度が(Ⅱ)度または(Ⅲ)度のものに限る)/多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレガー症候群)/プリオン病/亜急性硬化性全脳炎/後天性免疫不全症候群/頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

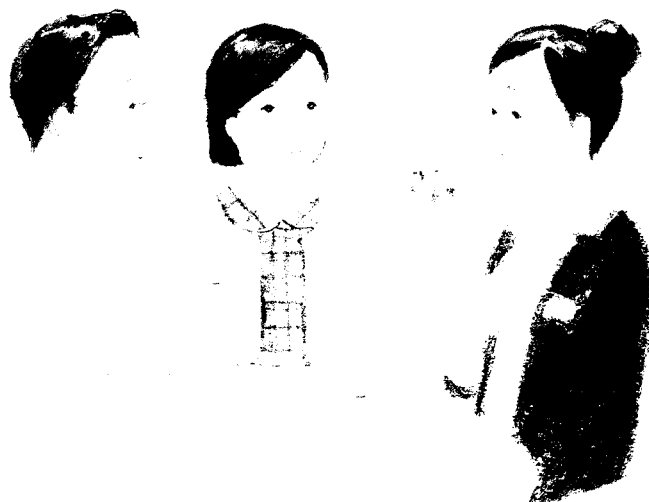


● 訪問看護は週に何回、来ていただけるのですか？

医療保険では通常、週3日までとなっています。

介護保険では給付の範囲内でご利用者の希望によってケアプラン（居宅サービス計画）に組み込み、定期的な訪問看護サービスが受けられます。

急に症状が悪化したときなどは、医師の特別指示によって、ひと月に14日間以内であれば、病状が落ち着くまで医療保険で毎日訪問看護を利用することができます。



● どんな方が訪問看護を利用しているのでしょうか？

最近ご利用が増えているのは、認知症の高齢者の方々です。

また、がんの末期でも家で過ごしたいという方が増えています。

この度の医療制度改革でも、できる限り生活の場で過ごせるよう、

在宅医療を推進して病院で亡くなる方を減らす方針が示されています。

今後、住み慣れた家での死を望む人が増えていくものと思われますので、

こうした方々の安心を支える訪問看護ステーションの役割はますます重要となります。

● 平成18年4月からの主な改正事項

- 介護予防のために訪問看護がご利用いただけます。
- 夜間等の看護が必要な方に短時間(20分未満)の訪問ができるようになりました。
- ご自宅以外にも、グループホーム等の施設の看護に関わることができます。
- 訪問看護ステーションのスタッフに、言語聴覚士が加わるようになりました。
- 在宅療養支援診療所との連携強化が図られます。

発行



社団法人全国訪問看護事業協会

©20066 ※転載禁止

〒160-0022 東京都新宿区新宿1丁目3番12号 老丁目参番館302

TEL: 03-3351-5898 FAX: 03-3351-5938

URL: <http://www.zenhoikan.or.jp/>

訪問看護ステーションパンフレット

～在宅で自分らしく生きる～ 追補

■5ページ目：介護保険の費用／訪問看護費

＜訂正前＞1時間以上1時間半未満【1, 196】

＜訂正後＞1時間以上1時間半未満【1, 198】

■6ページ目

「加齢に伴う特定疾病」の記載に一部誤りがありますので、ご利用の際は次の部分を切り取り、貼り付けてご利用下さい。

※1 加齢に伴う特定疾病

がん（医師が一般に認められている知見にもとづき回復の見込がない状態に至ったと判断した場合）【がん末期】／関節リウマチ／筋萎縮性側索硬化症／後縦靱帯骨化症／骨折を伴う骨粗鬆症／初老期における認知症【アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病等】／進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病【パーキンソン病関連疾患】／脊髄小脳変性症／脊髄管狭窄症／早老症【ウェルナー症候群等】／多系統萎縮症【線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群、オリブ橋小脳萎縮症】／糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症／脳血管疾患【脳出血、脳梗塞等】／閉塞性動脈硬化症／慢性閉塞性肺疾患【肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎】／両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

※2 厚生労働大臣が定める疾病等

がん末期／多発性硬化症／重症筋無力症／スモン／筋萎縮性側索硬化症／脊髄小脳変性症／ハンチントン舞蹈病／進行性筋ジストロフィー症／パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る））／多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）／プリオン病／亜急性硬化性全脳炎／後天性免疫不全症候群／頸髄損傷／人工呼吸器を使用している状態