

# 社会保障審議会介護給付費分科会(第85回)議事次第

日時：平成23年11月14日(月)

16時00分から19時00分まで

於：グラントーク半蔵門(華の間(3階))

## 議 題

1. 認知症への対応について
2. 介護職員によるたんの吸引等の実施について
3. さらに議論が必要な論点について
4. 介護サービスに関する関係団体懇談会における主な意見
5. その他

# 認知症への対応について

# 認知症の人への対応

## 対象者の状況把握

- 在宅の認知症の人または認知症の疑いのある人について、行動や症状とその要因、および家族の抱える不安などについて把握する。

## アセスメントの実施

- 認知症評価尺度を用い、対象者の認知症の重症度、状態像、必要なサービスのアセスメントを行う。
- 認知症疾患医療センター等の専門医療機関や、地域のかかりつけ医による医療の提供を行う。

専門医療機関による確定診断と医療的支援  
(認知症疾患医療センター等)



地域医療機関による医療の提供  
(かかりつけ医)

## ケア会議の実施

- 地域包括支援センター等を中心に、家族も含めて支援に携わる者が一同に会するケア会議を実施し、アセスメント結果を活用したケア方針の検討・決定および、現状におけるケアプランだけでなく、重症になった場合のプラン、緊急時対応等の将来的なプランまで作成する。

介護・医療サービスの提供

# 認知症への対応に係る課題と対応の方向性

## I 適切な医療の提供

### 課 題

- 認知症の早期診断（鑑別診断）とそれに基づく初期対応のための体制の確保が不十分ではないか。
- 専門医療機関の整備を進めるべきではないか。
- 認知症の鑑別診断や急性期の重度BPSD等に対して適切な対応を進めるべきではないか。
- かかりつけ医による認知症の早期発見と適切な医療提供のための認知症対応力の向上の取組を進めるべきではないか。
- 診断技術の向上や治療方法等に関する早期の研究・開発を進めるべきではないか。

### 対応の方向性

- 認知症疾患医療センターの整備促進  
【H23年度予算：150箇所→H24年度概算要求：200箇所】
  - ・ 確定診断やBPSD対応など専門医療の提供
  - ・ 医師、看護師など医療従事者に対する認知症研修の実施などの人材育成
  - ・ 連携担当者の配置による地域包括支援センターへのつなぎなど、医療と介護の連携強化
- 鑑別診断や重度のBPSD等に対する医療の推進
- 認知症サポート医、かかりつけ医の役割の明確化と研修の実施
- 早期受診につなげるためのアセスメントツールの検討
- 発症予防対策、診断技術の向上、治療方法の開発、発症後の対応などを踏まえた、認知症のステージに応じた研究・開発の加速

## Ⅱ 認知症に対応した適切な介護サービスの提供

### 課 題

- 認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための介護保険サービスの基盤整備を進めるべきではないか。
- ケアモデルの構築など、認知症ケアの確立とそれに基づく人材育成をすべきではないか。
- 認知症の人への適切な介護サービスを提供するための医療との連携強化を図るべきではないか。
- 精神科病院に入院した認知症患者の受入等の体制整備を進めるべきではないか。

### 対応の方向性

- 介護報酬・基準における認知症の人への対応に対する評価の充実
- 「日常生活圏域ニーズ調査」に基づいた市町村介護保険事業計画の策定
- 認知症グループホーム、小規模多機能型居宅介護、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問サービスを始めとした介護サービスの基盤整備
- 認知症ケアモデルの開発、ケアパスの作成
- 介護従事者に対する研修カリキュラムに、認知症ケアモデルや認知症ケアに関する最新の知見を反映するなど、介護従事者のより一層の専門性の向上を推進
- 精神科病院に入院した認知症患者の支援のための「退院支援・地域連携クリティカルパス」の作成

### Ⅲ 認知症の人を支える地域支援体制について

#### 課 題

- 認知症に関する正しい理解と知識の普及を更に進めるべきではないか。
- 成年後見を始めとした認知症の人の権利擁護を進めるべきではないか。
- 認知症の人やその家族に対する相談や地域の見守り活動などを行う地域支援体制構築を進めるべきではないか。

#### 対応の方向性

- 「認知症サポーター100万人キャラバン」の新たな目標値の検討
- 市民後見人を育成し、地域での市民後見活動の仕組みづくりの更なる推進および、高齢者虐待の防止に係る取組を推進  
※市民後見推進事業  
【H23年度予算：20箇所→H24年度概算要求：40箇所】
- 地域包括支援センター等に「認知症地域支援推進員」を配置し、医療、介護や地域における支援が有機的に連携したネットワークを構築し、認知症の人の効果的な支援を行う取組を拡充  
【H23年度予算：150人→H24年度概算要求：200人】

# 認知症対応型共同生活介護の基準・報酬について

(介護予防認知症対応型共同生活介護を含む)

# I. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)入居者の重度化への対応強化について

## 論点1: 看取り介護加算の見直しについて

グループホーム入居者の看取り介護にかかる対応の強化を図るため、現行の看取り介護加算について、死亡日等における評価を行ってはどうか。

# 認知症グループホームの看取り介護加算に関する意見

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

「介護報酬改定等に関する要望書」（H23.8.8）

5. 認知症グループホームに関わる現行の加算について

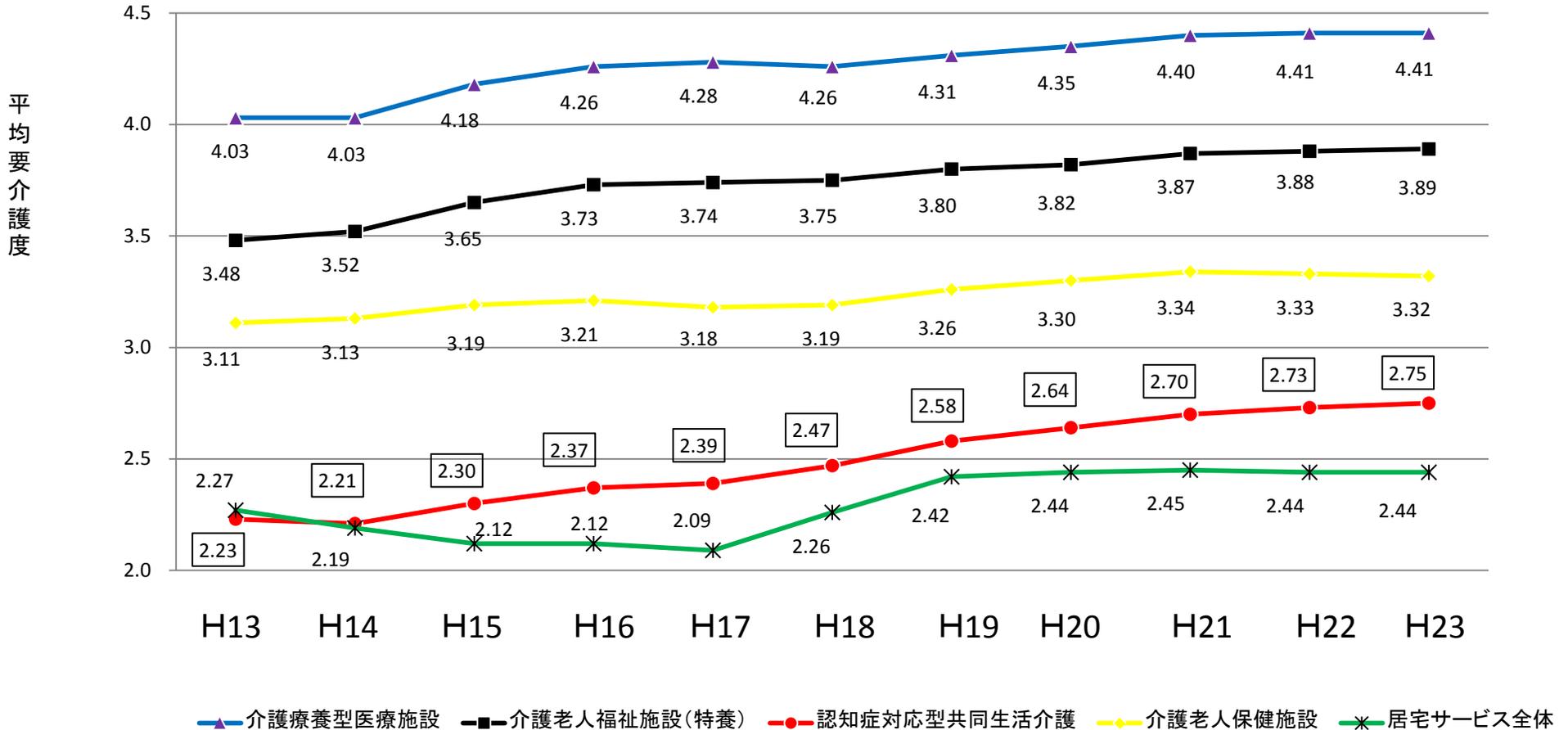
② 「看取り介護加算」について

認知症グループホームにおける看取りは、口から食べられなくなったら不必要な延命治療は行わない、という本人の意思や家族の意思のもとに十分な話し合いが行われ、お互いの了承のもとに行われるものであります。医師や看護師の定期的な診察は行われるが、馴染みの介護職員やご家族に見守られ、手を握り、話しかけたりしながらの、むしろ、自然死に近い最期の迎え方であります。実際には経口摂取が出来なくなり、ごく少量の水分摂取となっても1～2か月以上見守り、ケアすることが必要であります。最期の数日間につきましては、特に密度の濃いケアが必要とされるため、手厚い報酬上の配慮を要望いたします。

## 【グループホーム入居者の状況①】

○ グループホーム入居者の平均要介護度は重度化の傾向にあり、平成23年8月の平均要介護度は2.75となっている。

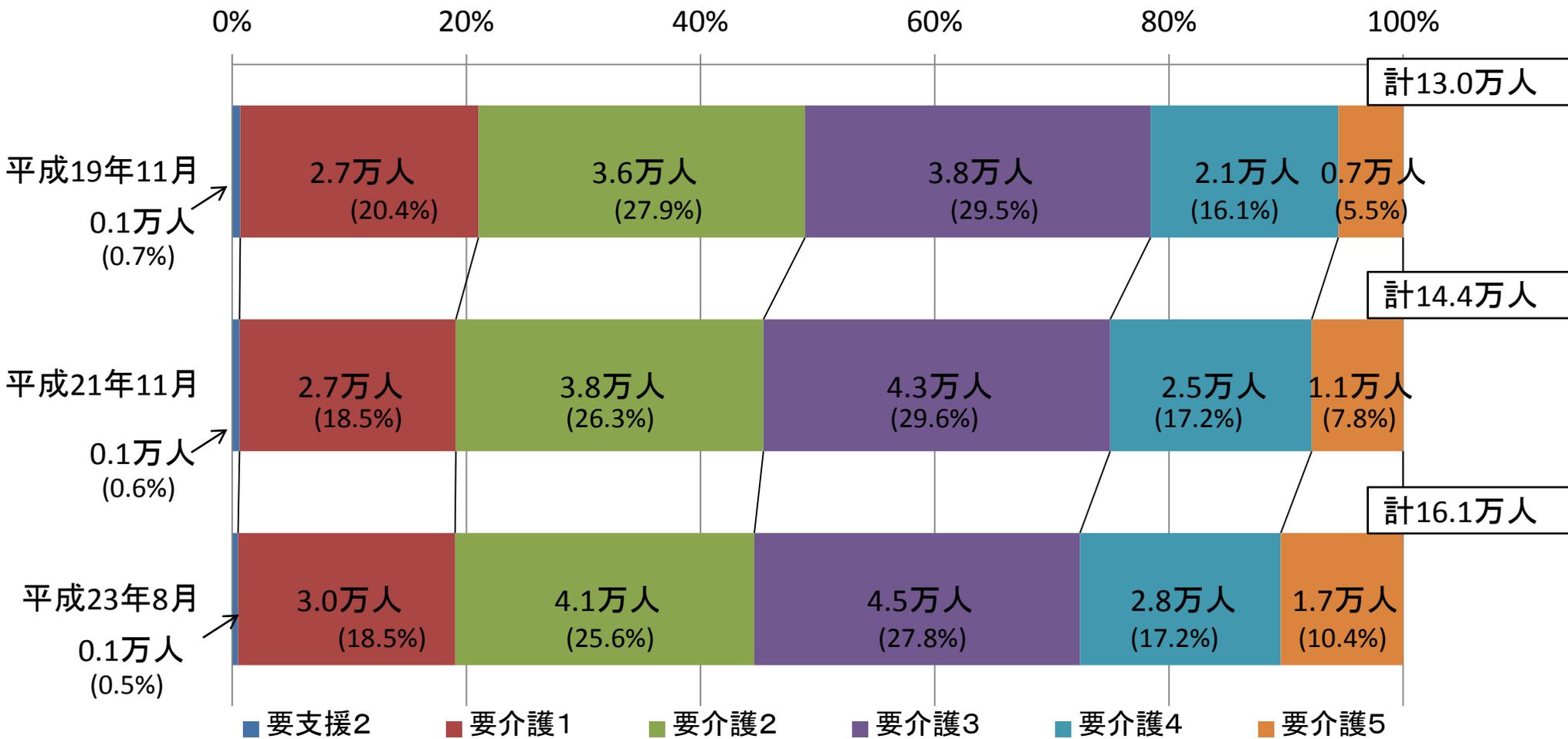
平均要介護度の推移  
 (認知症対応型共同生活介護と他サービスとの比較)  
 【給付費実態調査各年11月審査分※H23年のみ8月審査分】



## 【グループホーム入居者の状況②】

○ グループホーム入居者の要介護度別の状況をみると、要介護3の割合が27.8%と最も多く、要介護4以上の割合が増加している。

認知症対応型共同生活介護及び  
介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者数合計



# 看取りに係る介護報酬上の評価について

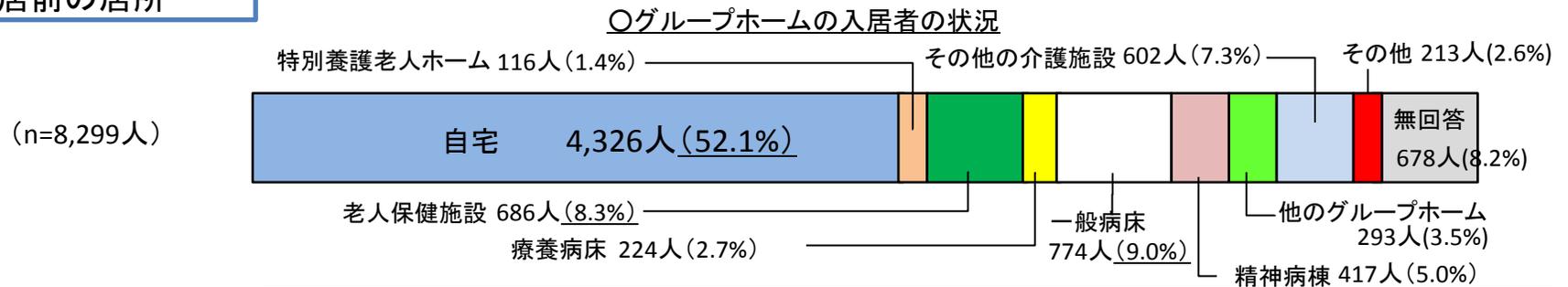
○ 看取りに係る加算については、サービス類型毎に、算定期間毎の報酬単価や算定要件等が異なる。

		認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人福祉施設 【看取り介護加算】	介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナルケア加算】	(参考)訪問看護 【ターミナルケア加算】
算定期間	死亡日	80単位/日	1,280単位/日	315単位/日	315単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日		680単位/日			
	死亡4日～14日前		80単位/日	200単位/日	200単位/日	
	死亡15日～30日前					
算定単位数(上限)	対象者が、施設内で死亡した場合	2,400単位	4,800単位	7,610単位	7,610単位	2,000単位
	対象者が、死亡前日に、他の医療機関に搬送された場合	2,320単位	3,520単位	7,295単位	—	— ※ ターミナルケア後、24時間を超えて死亡した場合
加算の算定状況 注：( )は請求事業所総数に占める割合		115事業所(1.1%) 127件	858事業所(13.8%) 3,346件 ※うち、死亡日の報酬を算定→1162件 [地域密着型を除く]	392事業所(10.5%) 975件		640事業所(8.3%) 800件
備考		医療連携体制加算の算定が必要	—	—	入所している施設又は当該入所者の居宅における死亡に限る	死亡日前14日以内に2回以上のターミナルケアの実施した場合

# グループホーム利用者の入退居の状況について

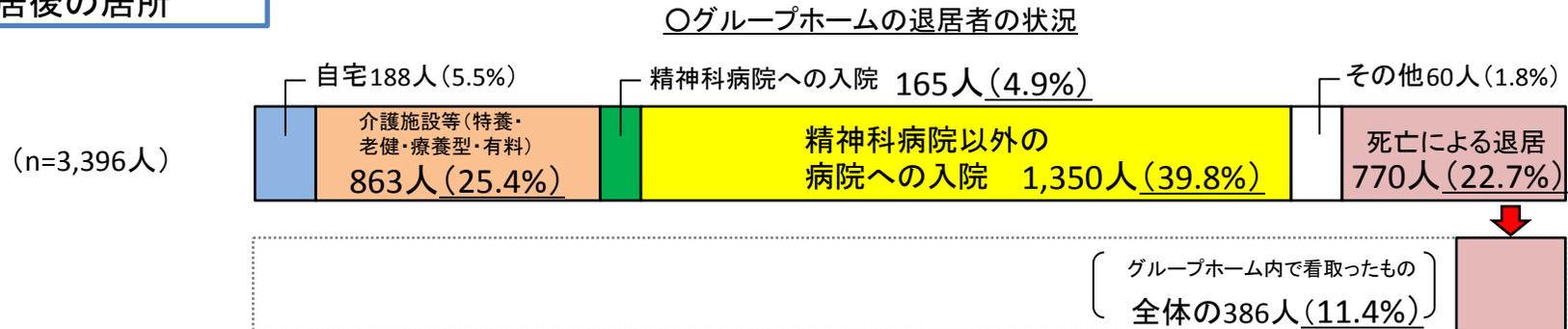
- 入居前の居所をみると、「自宅」が52.1%と最も多く、次いで「一般病床」が9.0%であり「老人保健施設」が8.3%となっている。
- 退居先をみると、「医療機関(精神科病院と精神科病院医以外)への入院」が44.7%と最も多く、次いで「介護施設等(老健・特養・療養型・有料)」が25.4%であり「死亡による退居」は22.7%となっている。
- 「死亡による退居」のうち、グループホーム内で利用者を看取ったものの割合は、退去者全体の11.4%である。

## 入居前の居所



【出典】平成21年度 公益社団法人日本認知症グループホーム協会「認知症グループホームの実態調査事業報告書」

## 退居後の居所



【出典】平成22年度 公益社団法人日本認知症グループホーム協会「グループホームにおける多機能化と今後の展開に関する調査研究」

# 認知症グループホームの看取り介護加算について

- 平成21年度より、認知症対応型共同生活介護において「看取り介護加算」を創設。
- 看取りに係る加算は、一定の要件を満たす利用者について、看護師の確保や看取り指針の策定等の要件を満たす事業所において算定可能。

## ◇対象者

- (1) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- (2) 利用者又はその家族等の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。
- (3) 医師、看護師、介護職員等が共同して、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、介護が行われていること。

## ◇事業所の要件

- (1) 医療連携体制加算(※)が算定されている事業所において算定が可能

## ※ 医療連携体制加算について

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。

### ◆ 39単位/日

○看護師を1人以上確保(准看護師では本加算は認められない)

◆グループホームの職員として配置、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により1人以上を確保

○看護師による24時間連絡体制を確保

○重度化した場合の対応に係る指針を定める

◆事業所が行うべき具体的サービスの例

- 利用者に対する日常的な健康管理
  - 通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関との連絡・調整
  - 看取りに関する指針の整備
- 等

## Ⅱ．認知症対応型共同生活介護（グループホーム）における在宅支援機能の強化について

地域包括ケアシステムの構築及びグループホームから在宅へ復帰した者等への支援をはじめとした在宅支援機能の強化を図る観点から以下の見直しを行ってはどうか。

論点2： 短期利用共同生活介護（空床利用）及び共用型認知症対応型通所介護にかかる事業実施の要件として設定されている「事業所開設後3年以上」の規定を撤廃してはどうか（基準の見直し）。

# 認知症グループホームの「短期利用共同生活介護」及び 「共用型認知症対応型通所介護」に関する意見

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

「介護報酬改定等に関する要望書」(H23.8.8)

## 2 地域包括ケアシステムの推進について

### ② 認知症グループホームにおけるショートステイ、共用型デイサービスの有効活用について

認知症の人の在宅生活を支援する上で、認知症グループホームにおけるショートステイ、共用型デイサービスを有効に活用することが望まれております。

しかし、現行の算定方式はその要件において取りにくいという理由からその利用促進が進んでいない状況があります。開設後3年の要件の撤廃や定員の枠外でのショートステイの利用を認めていただけるよう要望いたします。

# 認知症高齢者グループホームにおける短期利用について (平成18年度から実施)

- 短期利用共同生活介護費 861～930単位／日

(要件)

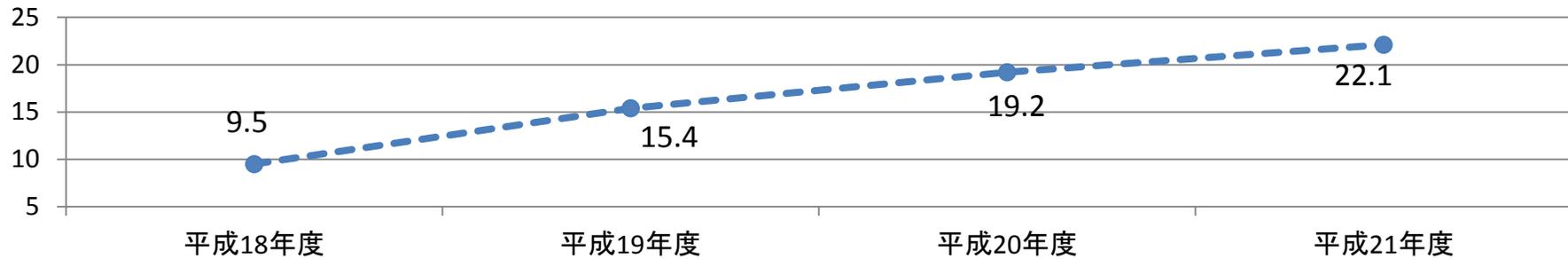
- 当該グループホームが最初の指定を受けてから3年以上経過。
- 定員の範囲内で、空いている居室や短期利用者専用の居室等を利用。
- 1ユニットに1名を上限。
- あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。
- 次のいずれかを受講した職員を配置
  - ・認知症介護実務者研修のうち「専門課程」又は認知症介護実践研修のうち「実践リーダー研修」
  - ・認知症介護指導者養成研修

# グループホームにおける短期利用共同生活介護(空床利用)の利用状況について

- グループホームにおける短期利用共同生活介護の年間算定日数は毎年微増している。
- 平成22年度の短期利用共同生活介護の請求事業所数の推移をみると、増減があるがほぼ横ばいの状況である。

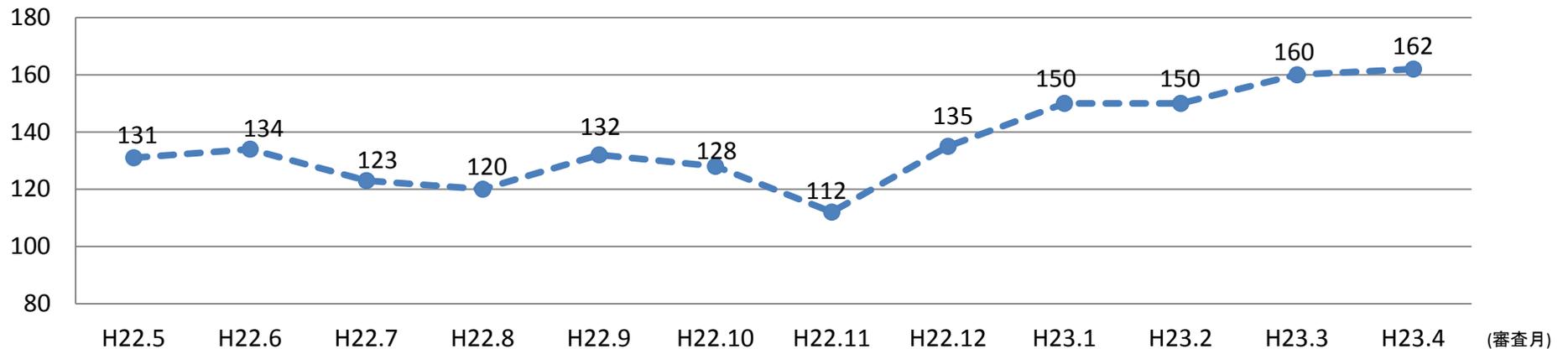
(単位:千日)

## 短期利用共同生活介護の年間算定日数の推移



(単位:事業所)

## 平成22年度 短期利用共同生活介護の報酬請求事業所数の推移



# 共用型認知症対応型通所介護について (平成18年度から実施)

(所要時間6時間以上8時間未満の場合)

## ● 認知症対応型通所介護費(Ⅱ) 469～537単位/日

(要件)

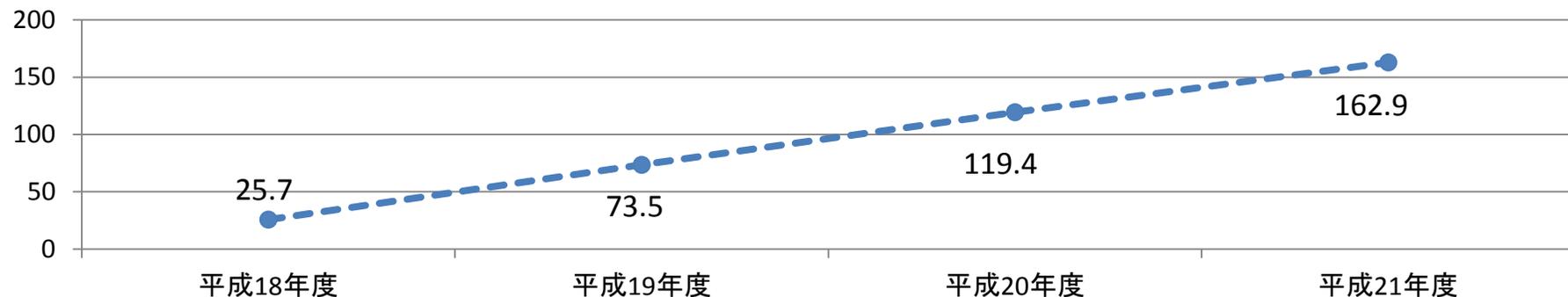
- 当該グループホームが最初の指定を受けてから3年以上経過。
- グループホームの利用者の数と共用型認知症対応型通所介護の利用者の合計数が、グループホームの人員基準を満たす。
- 1事業所ごとに3名を上限。
- 管理者は認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していること。

# 共用型認知症対応型通所介護(デイサービス)の利用状況について

- 共用型認知症対応型通所介護の年間算定日数は毎年増加している。
- 平成22年度の共用型通所介護の請求事業所数の推移をみると、増加はしているが、認知症グループホーム全体数の割合からみて、未だ低調である。

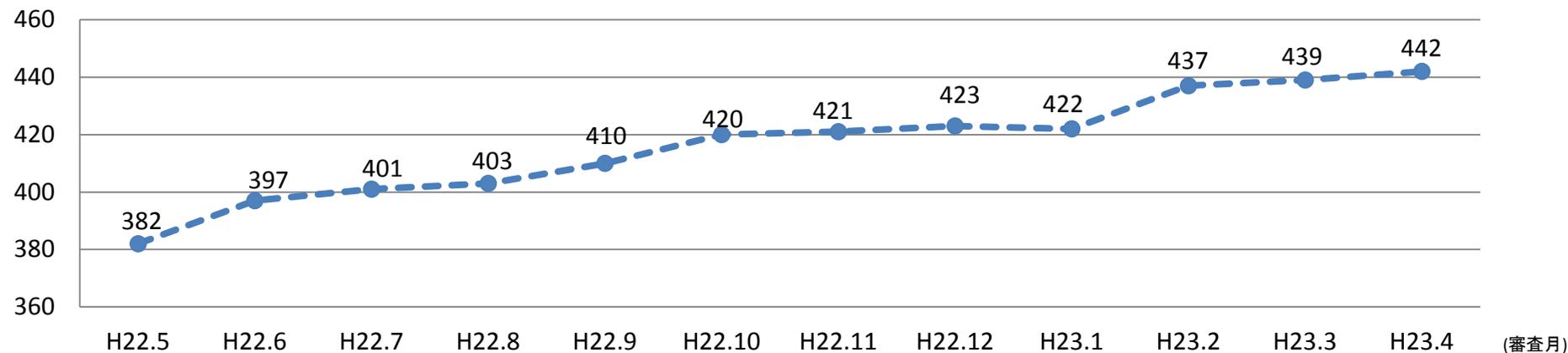
(単位:千日)

## 共用型認知症対応型通所介護の年間算定日数の推移



(単位:事業所)

## 平成22年度 共用型認知症対応型通所介護の報酬請求事業所数の推移



### Ⅲ. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の 夜間における職員体制の強化について

論点3： グループホーム入居者の夜間における安全確保を図るため、2ユニットに1名の夜勤職員の配置を可能としている現行の例外規定を廃止（原則1ユニット1名の夜勤職員の配置）してはどうか。（基準の見直し）

論点4： 現行の「夜間ケア加算」を見直し、夜間における職員体制の強化を図ることとしてはどうか。

## 認知症グループホームの「夜間勤務体制の強化」に関する意見

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

「介護報酬改定等に関する要望書」（H23.8.8）

5. 認知症グループホームに関わる現行の加算について

① 夜間ケア加算について

夜間に起こりうる事故や災害の発生などを考慮すれば、1ユニット1人夜勤体制は是非とも位置付けなければならないものと考えられ、夜勤職員一人を雇用するに十分な基礎報酬がぜひ求められるところであります。

その上で、人員基準を超えて職員配置を行う認知症グループホームの「夜間ケア加算」について、職員に支給すべき給与額に見合った単位数となるよう所用の改定とともに現行の「夜間ケア加算」算定事業所が少数に止まっている実態を踏まえ、各事業所の「夜間ケア加算」の算定が促進されるよう所用の措置を講ずるよう要望します。

# 認知症グループホームの夜間の勤務体制の状況について

## 【夜間の配置人数(1人・2人)の比較】

- グループホームでは、原則として1つのユニット(共同生活住居)に1人以上、夜勤職員を配置することとしている(ただし、2ユニットの場合は1人でも可)。
- 調査結果では、1ユニットのグループホームでは1人配置が96.8%、2ユニットでは2人配置が83.5%となっている。また、2ユニットで1人配置は16.5%になっている。

### ●ユニット別の夜間職員配置人数

	夜勤人数	事業所数	割合
1ユニット	1人	3,809	96.8%
	2人	127	3.2%
	合計	3,936	100.0%
2ユニット	1人	866	16.5%
	2人	4,367	83.5%
	合計	5,233	100.0%

(資料出所)平成22年3月 「厚生労働省老健局認知症・虐待防止対策推進室調査」

# 認知症対応型共同生活介護における夜間ケア加算について

【単位】 1人当たり 25単位/日

【要件】

- 事業所の1の共同生活住居につき、夜間及び深夜の時間帯を通じて1の介護従業者を配置している場合に、それに加えて常勤換算で1以上の介護従業者を配置した場合に算定
- ただし、全ての開所日において、夜間及び深夜の時間帯の体制が人員配置基準を上回っていなければならない。

【算定状況】※厚生労働省「平成21年度、平成22年度 介護給付費実態調査報告」

平成21年度 1259.7千日（事業所全体の2.6%）

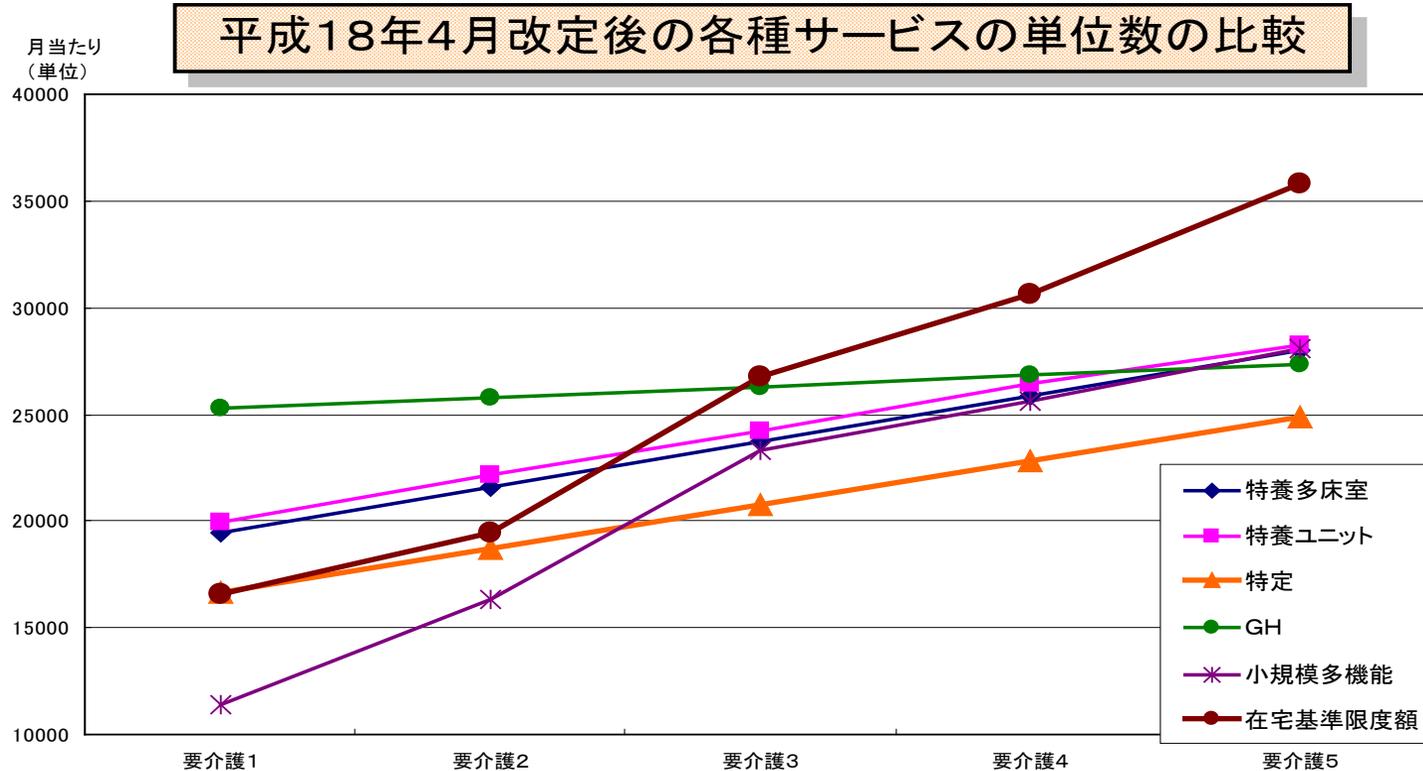
平成22年度 1566.7千日（事業所全体の3.0%）

## IV. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の 基本報酬の見直しについて

論点5： グループホームの基本報酬について、以下の観点から  
見直しを行う必要があるのではないか。

- フラット型となっている現行の介護度別の基本報酬の  
見直し。
- 「1ユニット」、「2ユニット以上」別の報酬設定による  
見直し。

○ グループホームの介護度別の基本報酬は、他のサービスと比べてフラット型の報酬体系となっている。



# 認知症対応型共同生活介護における要介護度別の収支差率等

- グループホームの収支差率(平成23年介護事業経営実態調査)は8.4%となっている。
- 平均要介護度が低いほど、収支差率が高い傾向となっている。

認知症対応型共同生活介護(予防を含む)(平均要介護度別集計表)

		1.5未満	1.5以上2.0未満	2.0以上2.5未満	2.5以上3.0未満	3.0以上3.5未満	3.5以上4.0未満	4.0以上	不明	【参考】							
		千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	H23年調査(総括)							
										千円							
1 2 3 4 5 6	I 介護事業収益																
	(1)介護料収入	-	3,591	4,000	4,237	4,111	3,365	-	3,715	4,031							
	(2)保険外の利用料	-	924	1,275	1,230	1,221	777	-	1,146	1,195							
	(3)補助金収入	-	4	1	14	8	0	-	14	8							
	(4)国庫補助金等特別積立金取崩額	-	15	21	12	5	14	-	18	13							
	(5)介護報酬査定減	-	0	-8	-0	-10	0	-	0	-5							
7	(6)介護職員処遇改善交付金	-	122	106	126	136	82	-	122	121							
8 9 10	II 介護事業費用																
	(1)給与費	-	2,742	58.7%	2,928	54.4%	3,163	55.9%	3,255	59.3%	2,436	57.6%	-	2,652	53.0%	3,035	56.4%
	(2)減価償却費	-	262	5.6%	273	5.1%	243	4.3%	220	4.0%	185	4.4%	-	194	3.9%	241	4.5%
	(3)その他	-	1,180	25.3%	1,532	28.4%	1,597	28.2%	1,530	27.9%	1,291	30.5%	-	1,646	32.9%	1,524	28.3%
	うち委託費	-	66	1.4%	94	1.8%	80	1.4%	109	2.0%	43	1.0%	-	69	1.4%	88	1.6%
11	III 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	-	29	11	50	23	4	-	9	27						
12	IV 介護事業外費用	(1)借入金利息	-	38	32	53	50	67	-	58	46						
13	V 特別損失	(1)本部費繰入	-	66	110	78	92	51	-	162	93						
14	収入 ①= I - I(4) + III	-	4,669	5,387	5,657	5,490	4,228	-	5,006	5,377							
15	支出 ②= II + IV + V - I(4)	-	4,272	4,854	5,122	5,141	4,015	-	4,694	4,925							
16	差引 ③= ① - ②	-	398	8.5%	533	9.9%	535	9.5%	349	6.4%	214	5.1%	-	312	6.2%	452	8.4%
17	施設数	-	21	93	103	88	17	-	18	340							

※ 比率は収入に対する割合

18	平均定員	-	15.5人	15.3人	15.8人	14.8人	12.5人	9.0人	13.5人	15.1人	
19	延べ利用者数	-	462.7人	468.1人	474.9人	449.4人	373.5人	279.0人	412.9人	459.3人*	
20	常勤換算職員数(常勤率)	-	12.5人 89.2%	13.0人 79.1%	13.6人 74.9%	12.9人 78.9%	10.5人 65.5%	4.4人 21.2%	13.8人 82.2%	13.1人 77.9%	
21	看護・介護職員常勤換算数(常勤率)	-	11.1人 89.2%	11.3人 77.6%	12.5人 73.6%	11.7人 78.1%	9.5人 63.5%	3.9人 13.0%	12.3人 82.1%	11.7人 76.8%	
22	常勤換算1人当たり給与	-									
23	常勤	看護師	-	330,306円	254,634円	316,264円	359,585円	229,346円	-	444,924円	315,456円
24		准看護師	-	287,635円	299,179円	320,105円	243,280円	-	-	286,575円	279,265円
25		介護福祉士	-	260,996円	293,026円	272,002円	284,939円	301,041円	-	300,323円	282,488円
26		介護職員	-	220,999円	235,107円	225,917円	236,665円	217,016円	240,927円	226,567円	230,430円
27	非常勤	看護師	-	-	286,378円	280,250円	307,201円	506,943円	212,571円	465,552円	299,918円
28		准看護師	-	193,304円	219,011円	132,183円	-	334,482円	-	151,687円	196,527円
29		介護福祉士	-	202,692円	196,042円	199,519円	220,066円	164,456円	-	245,897円	205,071円
30		介護職員	-	209,970円	196,672円	187,003円	201,786円	174,797円	138,500円	201,014円	193,297円

\*平成23年度の延べ利用者数は「実利用者数×31」で算出している

31	利用者1人当たり収入	-	10,092円	11,510円	11,913円	12,216円	11,321円	-	12,124円	11,707円
32	利用者1人当たり支出	-	9,233円	10,371円	10,786円	11,439円	10,749円	-	11,368円	10,723円
33	常勤換算職員1人当たり給与	-	235,562円	245,971円	236,536円	250,663円	230,462円	167,404円	254,773円	243,335円
34	看護・介護職員(常勤換算)1人当たり給与	-	231,945円	242,255円	229,195円	243,323円	219,573円	155,650円	243,869円	236,755円
35	常勤換算職員1人当たり利用者数	-	1.2人	1.2人	1.2人	1.2人	1.2人	2.1人	1.0人	1.2人
36	看護・介護職員(常勤換算)1人当たり利用者数	-	1.4人	1.4人	1.3人	1.3人	1.3人	2.3人	1.1人	1.3人

\*: 職員1人当たり利用者数は「定員÷常勤換算職員数」および「定員÷看護・介護職員常勤換算数」で算出している

# 認知症対応型共同生活介護におけるユニット数別の収支差率等

○ ユニット数が多くなるほど、収支差率が高い傾向となっている。

認知症対応型共同生活介護(予防を含む)(定員規模別集計表)

		9人以下		10～18人		19人以上	
		千円		千円		千円	
1	I 介護事業収益	(1)介護料収入	2,339	4,821	7,067		
2		(2)保険外の利用料	620	1,501	1,960		
3		(3)補助金収入	2	11	9		
4		(4)国庫補助金等特別積立金取崩額	20	9	8		
5		(5)介護報酬査定減	-0	-8	0		
6		(6)介護職員処遇改善交付金	77	135	242		
7	II 介護事業費用	(1)給与費	1,905	61.9%	3,527	54.4%	5,303
8		(2)減価償却費	209	6.8%	252	3.9%	329
9		(3)その他	853	27.7%	1,879	29.0%	2,424
10		うち委託費	38	1.2%	116	1.8%	148
11	III 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	42		19		9
12	IV 介護事業外費用	(1)借入金利息	31		50		98
13	V 特別損失	(1)本部費繰入	45		127		90
14	収入 ①= I - I(4)+III		3,079		6,479		9,286
15	支出 ②= II + IV + V - I(4)		3,023		5,827		8,235
16	差引 ③=①-②		56	1.8%	652	10.1%	1,051
17	施設数		136		178		26

※ 比率は収入に対する割合

		8.8人		17.9人		26.9人	
18	平均定員	8.8人		17.9人		26.9人	
19	延べ利用者数	264.6人 *		542.3人 *		814.8人 *	
20	常勤換算職員数(常勤率)	8.7人	78.2%	14.9人	77.6%	22.3人	79.4%
21	看護・介護職員常勤換算数(常勤率)	7.8人	78.0%	13.3人	75.9%	20.7人	79.0%
常勤換算1人当たり給与							
22	常勤	看護師		293,714円		324,310円	
23	常勤	准看護師		314,287円		283,191円	
24	常勤	介護福祉士		287,646円		282,343円	
25	常勤	介護職員		234,236円		230,173円	
26	非常勤	看護師		289,478円		312,855円	
27	非常勤	准看護師		199,060円		186,382円	
28	非常勤	介護福祉士		215,944円		200,985円	
29	非常勤	介護職員		195,453円		193,659円	

\*: 延べ利用者数は「実利用者数×31」で算出している

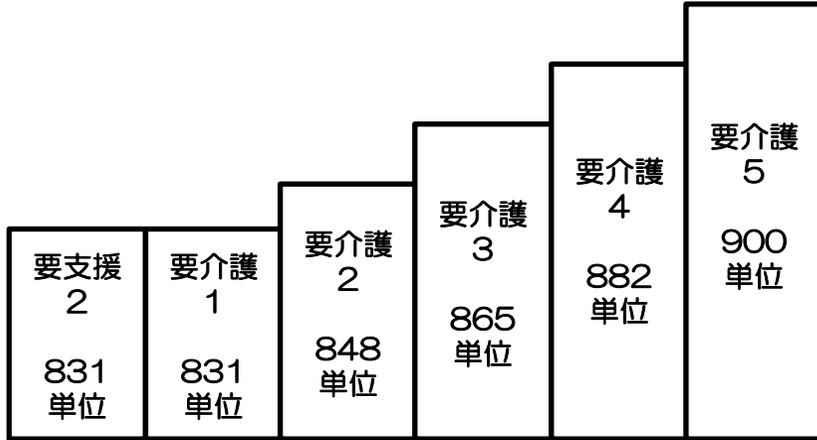
30	利用者1人当たり収入	11,638円	11,948円	11,397円
31	利用者1人当たり支出	11,427円	10,745円	10,107円
32	常勤換算職員1人当たり給与	249,917円	241,949円	236,704円
33	看護・介護職員(常勤換算)1人当たり給与	243,796円	235,100円	230,819円
34	常勤換算職員1人当たり利用者数	1.0人	1.2人	1.2人
35	看護・介護職員(常勤換算)1人当たり利用者数	1.1人	1.3人	1.3人

# 【参考】 認知症対応型共同生活介護の介護報酬について

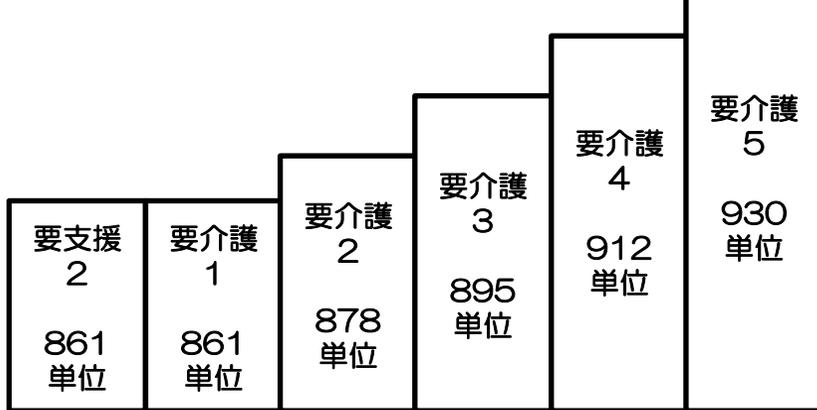
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の介護報酬のイメージ (1日あたり)

## 利用者の要介護度に応じた基本サービス費

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護費の介護報酬



(介護予防) 短期利用共同生活介護費の介護報酬



## 利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算

夜勤職員の手厚い配置  
(25単位)

緊急にサービスを利用することが必要な者に対するサービス提供  
【短期利用のみ適用】  
(200単位) ※1

若年性認知症利用者の受入  
(120単位)

看取り介護の実施  
(80単位) ※2

医療連携体制の構築  
(39単位)

退去時相談援助の実施  
(400単位) ※3

専門的な認知症ケアの実施  
(3単位/4単位)

介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置  
(12 単位、6単位)

初期加算  
(1日につき30単位) ※4

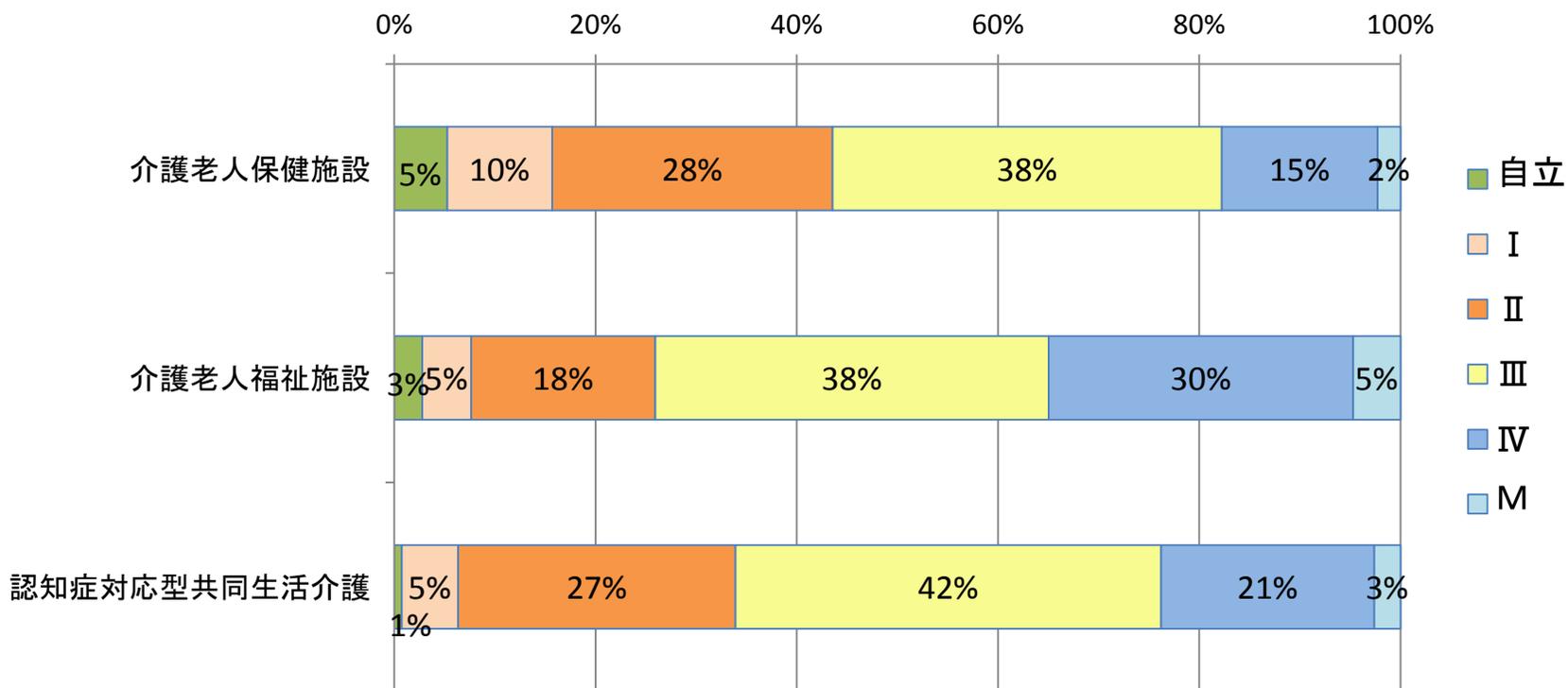
※1 入居した日から7日を限度  
※2 死亡日以前30日を上限  
※3 利用者1人につき1回を限度  
※4 入居した日から30日を限度

定員を超えた利用や人員配置基準に違反  
(-30%)

夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合  
(-3%)

論点：認知症の症状が増悪し、在宅での対応が困難となった場合に、介護老人保健施設等で在宅復帰を目指しながら必要なケアを行うことについて評価してはどうか。

### 入所者の「認知症高齢者の日常生活自立度」の分布



出典1:平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」

出典2:平成23年度老人保健健康増進等事業「介護関連施設等における医療の実態に関する調査研究事業(速報値)」

(参考)

## 認知症の行動・心理症状に対する介護報酬上の評価について

### ○認知症行動・心理症状緊急対応加算【平成21年度創設】

- 算定できるサービス
- ・短期入所生活介護
  - ・短期入所療養介護
  - ・認知症対応型共同生活介護(短期利用)

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービス及びグループホームのショートステイによる緊急受入れについて評価を行う。

**【単位】 200単位／日(入所日から7日を上限)**

**【算定要件】**

認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した者であること。

# 介護職員によるたんの吸引等の実施について

## 論点1：事業所の体制の評価について

- たんの吸引等を実施する事業所の体制を評価することとし、重度の利用者が一定程度いることを評価する加算の要件に追加することとしてはどうか。

### 【対応案】

#### ・介護老人福祉施設

→ 「日常生活継続支援加算」の重度者に係る要件について、登録事業所として体制を整備し、たんの吸引等が必要な利用者が一定以上の割合入所している場合も算定できることとしてはどうか。

#### ・訪問介護

→ 「特定事業所加算」の重度要介護者要件について、登録事業所として体制を整備している訪問介護事業所について、たんの吸引等が必要な者も算入できることとしてはどうか。

# 介護老人福祉施設における日常生活継続支援加算について

	算定要件	加算額
日常生活継続支援加算	重度対応要件＋人材要件	22単位／日

## 【算定要件】

### 重度化対応要件

- ・ 入所者のうち、要介護4～5の割合が65%以上又は認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が60%以上であること。

### 人材要件

- ・ 介護福祉士を入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上配置していること。

# 訪問介護事業所における特定事業所加算について

	算定要件	加算率
特定事業所加算Ⅰ	体制要件+人材要件+重度対応要件	所定単位数の20／100加算
特定事業所加算Ⅱ	体制要件+人材要件（ⅴまたはⅵ）	所定単位数の10／100加算
特定事業所加算Ⅲ	体制要件+重度対応要件	所定単位数の10／100加算

## 算定要件

### 体制要件

- i 訪問介護員全員に個別研修計画が策定され、研修が実施または予定
- ii 次の基準に従ってサービス提供が行われていること
  - ・利用者情報等の伝達・技術指導のための会議を定期的（概ね月1回以上）に開催
  - ・サービス提供責任者からの情報等の伝達、担当の訪問介護員からの適宜報告
- iii 訪問介護員全員に健康診断等を定期的実施
- iv 緊急時等の対応方法を利用者に明示

### 人材要件

- v 訪問介護員のうち、介護福祉士30%以上又は介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護員1級課程修了者の総数が50%以上
- vi すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護員1級課程修了者

### 重度対応要件

- vii 前年度又は前3カ月の利用者総数のうち、要介護4・5ならびに認知症（日常生活自立度Ⅲ以上）の利用者が20%以上

## 論点2：訪問看護との連携について

### 【訪問看護事業所の連携の評価】

- 介護職員によるたんの吸引等は、看護職員との情報を共有し、適切な役割分担の下に行われる必要があり、訪問介護事業所の場合は、訪問看護事業所との連携が必要になる。
- 登録事業所である訪問介護事業所と連携し、訪問介護員の訪問に同行して指導等を行う訪問看護事業所について評価をしてはどうか。
  - ※ 医師から指示を受けた訪問介護事業所の訪問介護員がたんの吸引等を実施する場合、利用者の状態変化に応じたたんの吸引等についての計画作成・修正についての指導・助言が必要な場合に月1回算定可能としてはどうか。

# 參考資料

## たんの吸引・経管栄養に対するニーズ

	在宅	特別養護老人ホーム	老人保健施設	認知症グループホーム	有料老人ホーム (特定施設)
たんの吸引	2.9%	7.1%	4.2%	0.5%	4.4%
経管栄養	3.6%	11.1%	7.8%	0.6%	5.4%

資料出所)

在宅:「医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケアの実態調査および安全性確保に向けた支援関係職種間の効果的な連携の推進に関する検討」(主任研究者 川村佐和子)(平成20・21年度厚生労働科学研究費補助金)

特養、老健、有料:(株)三菱総合研究所「介護施設における医療提供に関する調査研究事業報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

グループホーム:特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会「認知症グループホームの実態調査事業報告書(平成20年度)」

介護職員等によるたんの吸引等の現在の取扱い(実質的違法性阻却)

			在宅(療養患者・障害者)	特別支援学校(児童生徒)	特別養護老人ホーム(高齢者)
対象範囲	たんの吸引	口腔内	○ (咽頭の手前までを限度)	○ (咽頭の手前までを限度)	○ (咽頭の手前までを限度)
		鼻腔	○	○	—
		気管カニューレ内部	○	—	—
	経管栄養	胃ろう	—	○ (胃ろうの状態確認は看護師)	○ (胃ろうの状態確認・チューブ接続・注入開始は看護職)
		腸ろう	—	○ (腸ろうの状態確認は看護師)	—
		経鼻	—	○ (チューブ挿入状態の確認は看護師)	—
要件等	①本人との同意		<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が、方法を習得した家族以外の者に依頼し、当該者が行うことについて文書による同意(ヘルパー個人が同意)</li> <li>ホームヘルパー業務と位置づけられていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保護者が、学校に依頼し、学校の組織的対応を理解の上、教員が行うことについて書面による同意</li> <li>主治医が、学校の組織的対応を理解の上、書面による同意</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所者(入所者に同意する能力がない場合にはその家族等)が、施設に依頼し、施設の組織的対応を施設長から説明を受け、それを理解の上、介護職員が行うことについて書面による同意</li> </ul>
	②医療関係者による的確な医学的管理		<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医、訪問看護職員による定期的な診療、訪問看護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医から看護師に対する書面による指示</li> <li>看護師の具体的指示の下で実施</li> <li>在校時は看護師が校内に常駐</li> <li>保護者、主治医、看護師、教員の参加下で、個別具体的な計画の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>配置医から看護職員に対する書面による指示</li> <li>看護職員の指示の下で実施</li> <li>配置医、看護職員、介護職員の参加の下、個別具体的な計画の整備</li> </ul>
	③医行為の水準の確保		<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医、訪問看護職員による家族以外の者への技術指導</li> <li>かかりつけ医、訪問看護職員との間において同行訪問や連絡・相談・報告などにより手技を確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師及び教員が研修を受講</li> <li>主治医による担当教員、実施範囲の特定</li> <li>マニュアルの整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師及び介護職員が研修を受講</li> <li>配置医による担当介護職員・実施範囲の特定</li> <li>マニュアルの整備</li> </ul>
	④施設・地域の体制整備		<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時の家族、かかりつけ医、訪問看護職員、家族以外の者等との間の連絡・支援体制の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>学校長の統括の下、関係者からなる校内委員会の設置</li> <li>指示書、実施記録の作成・保管</li> <li>緊急時対応の手順、訓練の実施 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設長の統括の下、関係者からなる施設内委員会の設置</li> <li>指示書、実施記録の作成・保管</li> <li>緊急時対応の手順、訓練の実施 等</li> </ul>

# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正)

## 趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。

☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

## 実施可能な行為

○たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの

※ 保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。

☆具体的な行為については省令で定める

- ・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
- ・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)

## 介護職員等の範囲

○介護福祉士

☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める

○介護福祉士以外の介護職員等

☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定

☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

## 登録研修機関

○たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

☆基本研修、実地研修を行うこと

☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事

☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合

☆具体的な要件については省令で定める

※ 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

## 登録事業者

○自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保

☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置

☆具体的な要件については省令で定める

※ 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

<対象となる施設・事業所等の例>

- ・ 介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
- ・ 障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
- ・ 在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
- ・ 特別支援学校

※医療機関は対象外

出典: 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会「中間まとめ」

## 実施時期及び経過措置

○平成24年4月1日施行

(介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)

○現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるように必要な経過措置<sup>8</sup>

# 喀痰吸引等の業務を行う事業者の登録基準

## 1. 医療関係者との連携に関する基準

- ① 介護職員等が喀痰吸引等を実施するにあたり、医師の文書による指示を受けること。
- ② 医師・看護職員が喀痰吸引等を必要とする方の状況を定期的に確認し、介護職員等と情報共有を図ることにより、医師・看護職員と介護職員等との連携を確保するとともに、適切な役割分担を図ること。
- ③ 喀痰吸引等を必要とする方の個々の状況を踏まえ、医師・看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容等を記載した計画書を作成すること。
- ④ 喀痰吸引等の実施状況に関する報告書を作成し、医師に提出すること。
- ⑤ 喀痰吸引等を必要とする方の状態の急変に備え、緊急時の医師・看護職員への連絡方法をあらかじめ定めておくこと。
- ⑥ 喀痰吸引等の業務の手順等を記載した書類(業務方法書)を作成すること。

## 2. その他の安全確保体制の整備

- ① 実地研修を修了していない介護福祉士に対し、医師・看護師等を講師とする実地研修を行うこと。
- ② 安全確保のための体制を整備すること(安全委員会の設置、研修体制の整備等)。
- ③ 必要な備品を備えるとともに、衛生的な管理に努めること。
- ④ 上記1. ③の計画書の内容を喀痰吸引を必要とする方又はその家族に説明し、同意を得ること。
- ⑤ 業務に関して知り得た情報を適切に管理すること。

## さらに議論が必要な論点について

- ①介護老人福祉施設
- ②特定施設入居者生活介護
- ③介護老人保健施設
- ④訪問介護
- ⑤通所介護
- ⑥短期入所生活介護
- ⑦小規模多機能型居宅介護
- ⑧定期巡回・随時対応型訪問サービス

# ①介護老人福祉施設

# 多床室の室料負担（所得第4段階以上）

○ 特養・老健・介護療養の多床室の室料負担は、所得第4段階以上から求めることとしてはどうか。（所得第1～3段階は対象としない。具体的には、所得第1～3段階の補足給付を増額することによって、室料負担を求めないこととする。）

介護老人福祉施設の場合の利用者負担（1級地（特別区）・高齢者夫婦2人世帯・年金のみ収入・要介護度4を想定）  
（円）

所得段階	施設の種別	居住費 （月額）	食費 （月額）	利用者負担 （月額）	日常生活費 （月額）	年間負担額
第1段階 （例）生活保護受給者等	多床室	0	10,000	15,000	10,000	420,000
第2段階 （例）市町村民税世帯非課税 本人の年金収入80万円以下	多床室	10,000	12,000	15,000	10,000	564,000
第3段階 （例）市町村民税世帯非課税 本人の年金80万円超211万円未満	多床室	10,000	20,000	24,600	10,000	775,200
第4段階以上 （例） <span style="border: 1px dashed blue; padding: 2px;">本人の年金収入211万円以上</span>	多床室	10,000	42,000	27,700	10,000	1,076,400

第4段階以上からの  
多床室の室料徴収

1,172,400

+ 年額 96,000円  
（=月額 8,000円×12月）

# ユニット型個室の負担軽減（所得第3段階）

- 所得に対する負担感が特に顕著な、所得第3段階のユニット型個室（特養・老健・介護療養）の負担軽減を行うこととしてはどうか。（具体的には、所得第3段階の補足給付を増額することにより、負担軽減を行う。）

介護老人福祉施設の場合の利用者負担（1級地（特別区）・高齢者夫婦2人世帯・年金のみ収入・要介護度4を想定）

（円）

所得段階	施設の種別	居住費 （月額）	食費 （月額）	利用者負担 （月額）	日常生活費 （月額）	年間負担額	
第1段階 （例）生活保護受給者等	ユニット型 個室	25,000	10,000	15,000	10,000	720,000	社会福祉法人等による利用者 負担軽減を実施した場合 <b>420,000</b>
第2段階 （例）市町村民税世帯非課税 本人の年金収入80万円以下	ユニット型 個室	25,000	12,000	15,000	10,000	744,000	▲ 年額 300,000円 （＝月額 25,000円×12月）
第3段階 （例）市町村民税世帯非課税 本人の年金80万円超211万円未満	ユニット型 個室	50,000	20,000	24,600	10,000	1,255,200	<b>負担軽減</b> 第3段階の ユニット型個室
第4段階以上 （例）本人の年金収入211万円以上	ユニット型 個室	60,000	42,000	28,200	10,000	1,682,400	

※ 居住費・食費は、第1～第3段階については補足給付の負担限度額、第4段階以上については補足給付の基準費用額。

※ 日常生活費は10,000円と仮定。

※ 利用者負担は、第1～第3段階については高額介護サービス費の負担限度額、第4段階以上については施設サービス費の1割。

※ 第3段階の者の収入の中央値は約120万円（老健局介護保険計画課調べ）

## ②特定施設入居者介護

# 短期利用について

○ レスパイトケアの充実のため、特定施設入居者生活介護の短期利用を認める場合に、一定の質を確保する観点から、以下の要件を課してはどうか。

- 定員の範囲内で、空いている居室や短期利用者専用の居室等を利用。
- あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。
- 個室を利用する場合に限る。
- 定員の10%を上限。※1
- 入居率80%以上の施設に限る。※2
- 家賃、サービスの対価以外の金品の受領禁止。※3

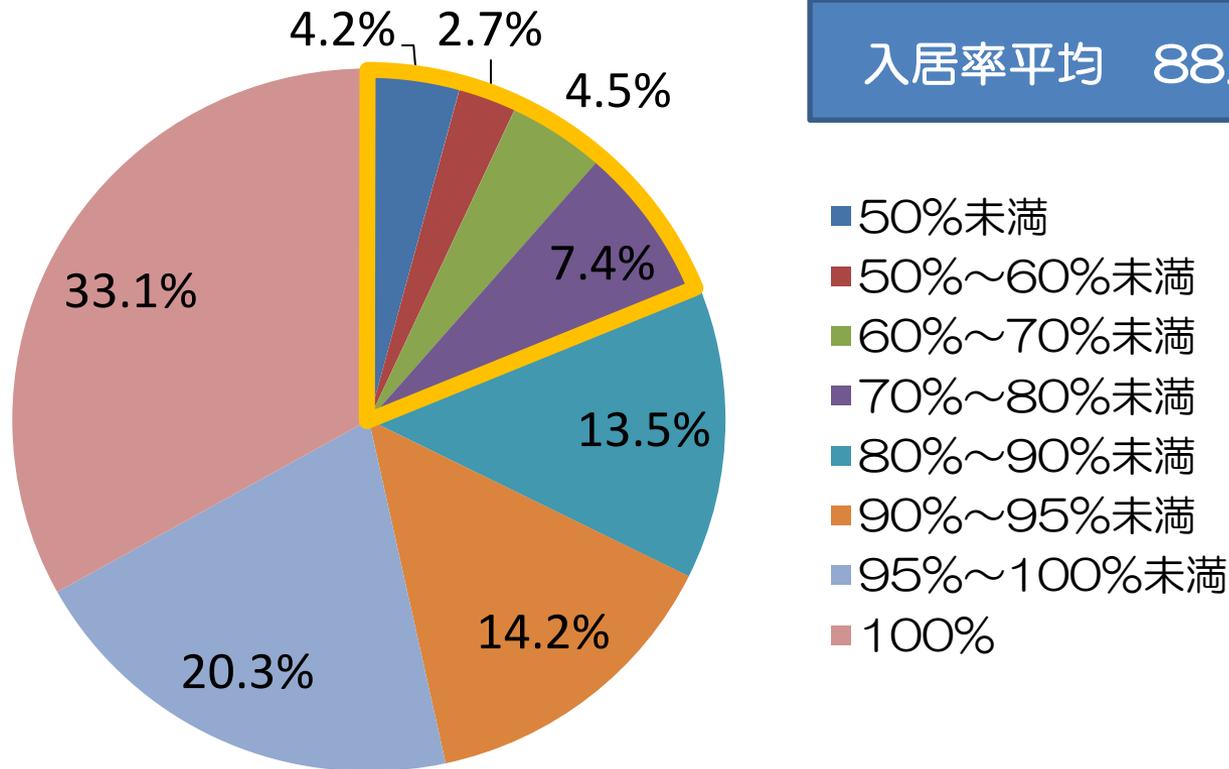
※1 認知症共同生活介護の要件は「1ユニットに1名を上限」となっている。

※2 入居率80%未満の施設の割合は18.8%（次頁参照）。

※3 老人福祉法の改正により、敷金、家賃、サービスの対価以外の金品の受領を禁止しているが、既存の有料老人ホームについては3年間の経過措置がある。短期利用については、既存の有料老人ホームが行う場合でも、同様の要件案としている。

# 特定施設入居者生活介護の入居率について

○ 特定施設入居者生活介護の入居率平均は88.8%となっており、入居率が80%未満の施設の割合は18.8%となっている。



出典：地域社会及び経済における特定施設の役割及び貢献に関する調査研究（平成23年3月）

### ③介護老人保健施設

**【論点】** 在宅復帰・在宅療養支援機能を高めるため、介護老人保健施設に入所中に状態が悪化し、医療機関に短期間の入院をした後、再入所した場合について、必要に応じて提供した集中的なリハビリテーションを評価してはどうか。

また、介護老人保健施設から別の介護老人保健施設に転所した場合の取り扱いについては、見直しを行ってはどうか。

**【対応】**

- 介護老人保健施設の入所中に大腿骨頸部骨折・脳卒中等を発症し、医療機関への短期間の入院を経て再入所した場合について、入院期間に関わらず、必要に応じて短期集中リハビリテーション実施加算を算定できることとする。<sup>※1</sup>
- 介護老人保健施設の入所中に短期集中リハビリテーション実施加算を算定した利用者が、退所後3月以内に別の介護老人保健施設に転所した場合については、転所後の短期集中リハビリテーション実施加算の算定を認めないこととする。<sup>※2</sup>

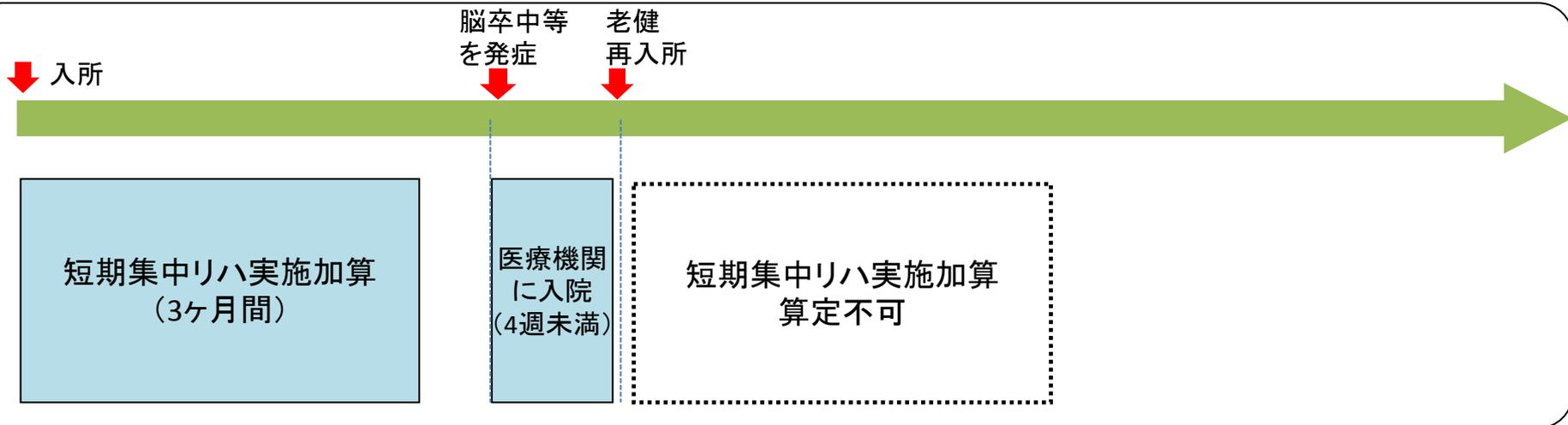
※1 現行では退所後3月を超えた場合、又は4週間以上の入院をした場合に短期集中リハビリテーション実施加算を算定できる。

※2 現行では、同一法人の介護老人保健施設の場合は、過去3月間の間に当該法人の介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り短期集中リハビリテーション実施加算を算定できるが、異なる法人の介護老人保健施設の場合は、期間に関わらず算定が可能である。

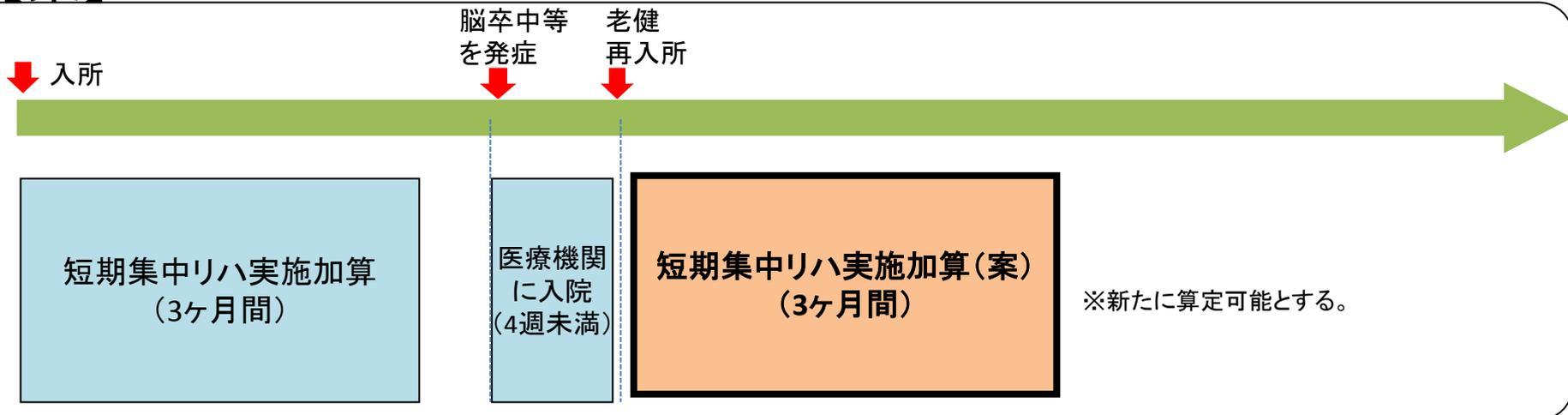
# 短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件の見直し案①

- 介護老人保健施設の入所中に大腿骨頸部骨折・脳卒中等を発症し、医療機関への短期間の入院を経て再入所した場合について、入院期間に関わらず、必要に応じて短期集中リハビリテーション実施加算を算定できることとしてはどうか。

## 【現行】



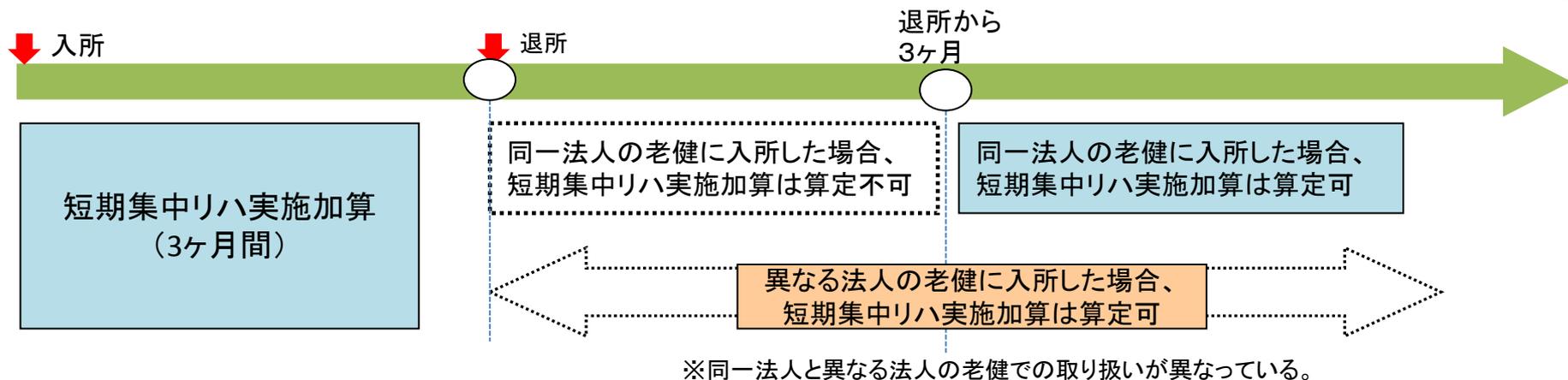
## 【案】



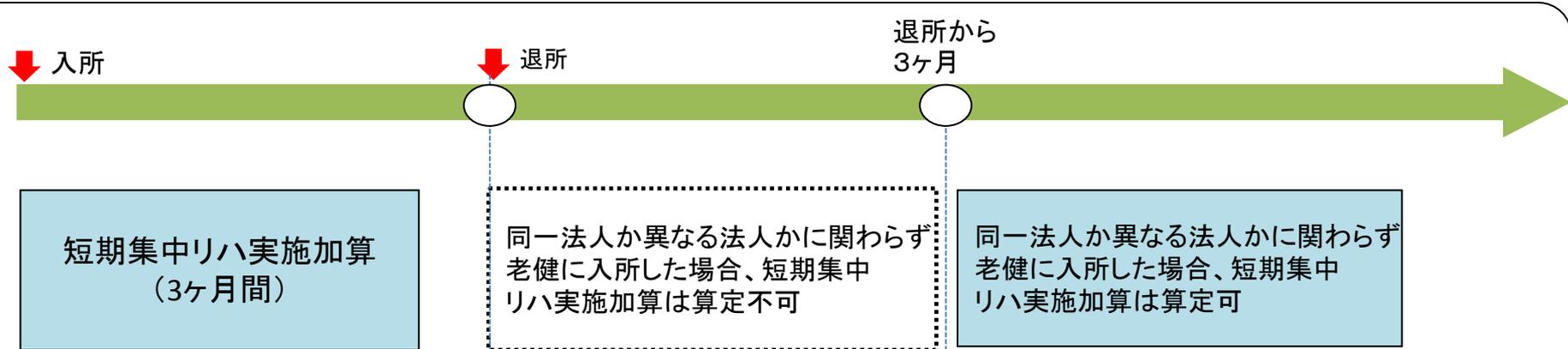
# 短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件の見直し案②

- 介護老人保健施設の入所中に短期集中リハビリテーション実施加算を算定した利用者が、退所後3月以内に別の介護老人保健施設に転所した場合には、転所後の短期集中リハビリテーション実施加算の算定を認めないこととしてはどうか。

## 【現行】



## 【案】



## ④訪問介護

# 身体介護の短時間区分の創設について

- 1日複数回の短時間訪問により利用者の生活を総合的に支援する観点から、訪問介護における身体介護の単位として20分未満の区分を創設し、定期巡回・随時対応サービスへの移行を想定した要件を課してはどうか。
- この単位については、次期介護報酬改定時（平成27年度）には必要な見直しをおこなってはどうか。

## 【「身体介護が中心である場合」の時間区分の見直し（案）】

（現行）

30分未満

（30分以上については省略）



（見直し案）

20分未満（新設）

20分以上30分未満

※ 30分以上の時間区分については現行どおり

## 【「20分未満」の時間区分を算定する場合の要件（案）】

### ○ 利用対象者

- ・ 「要介護3～5」かつ「障害高齢者の日常生活自立度ランクB～C」の利用者
  - ・ 一週間のうち5日以上、夜間又は早朝の時間帯を含めた短時間の身体介護サービス（おむつ交換[排せつ介助]・体位交換等（※））が必要と認められる者
- ※ 単なる見守り・安否確認のみのサービスによる算定は従来どおり認めない。

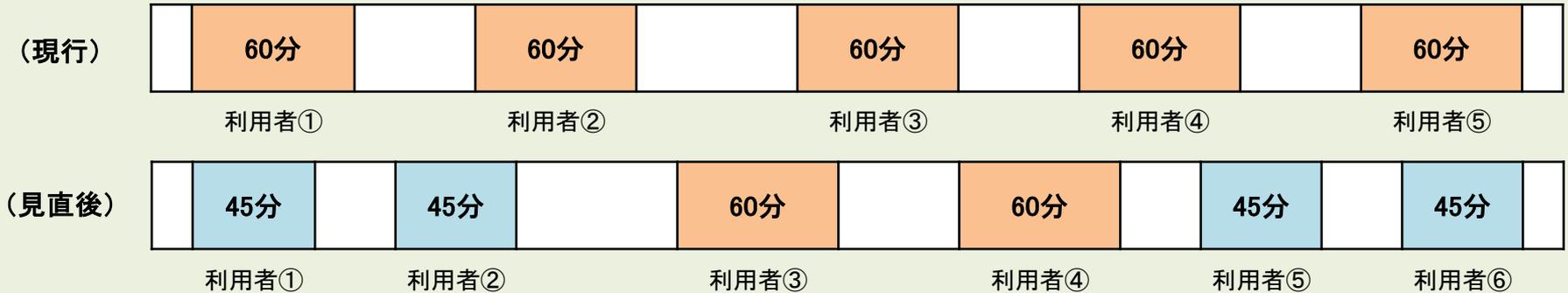
### ○ 事業所の体制要件

- ・ 毎日、深夜帯を除く時間帯（6:00～22:00）に営業しており、深夜帯においてもオンコール体制が確保できている
- ・ 3月に1回以上、当該利用者に関するサービス担当者会議の開催を必須とし、サービス提供責任者が当該会議に必ず参加していること
- ・ 定期巡回・随時対応サービスの指定を受けていないが、実施の意思があること

# 生活援助の時間区分等の見直しについて

○ 今後、増加が見込まれる在宅要介護者に対し、利用者のニーズに応じた生活援助サービスを効率的に提供し、より多くの利用者が生活援助を円滑に利用することができるよう、生活援助の時間区分を60分での区分けから45分での区分けに見直してはどうか。

## 生活援助の時間区分見直しによる訪問イメージ



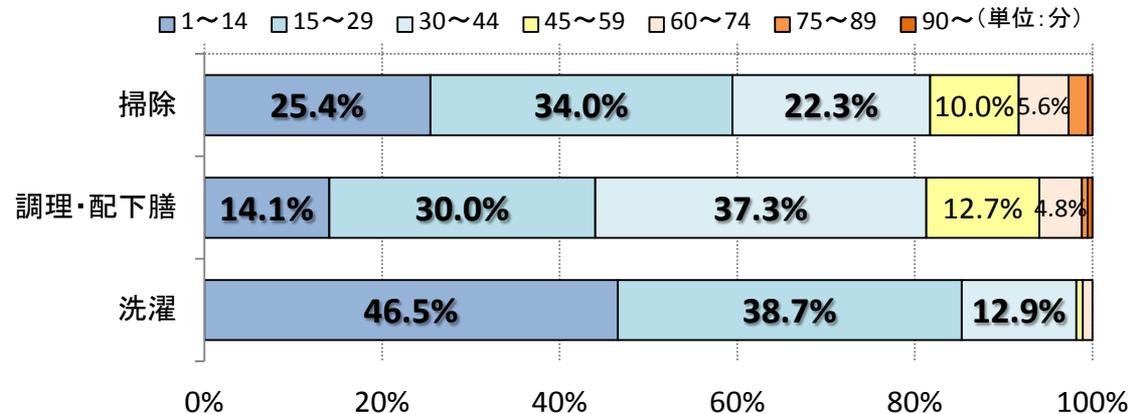
- ⇒ 1人の訪問介護員が、より多くの利用者にサービス提供を行うことが可能
- ⇒ 利用者は必要なサービスをニーズに応じて受けることが可能

## 生活援助の行為ごとの組合せ割合

1行為のみ	25.2%
2行為の組み合わせ	36.0%
掃除＋調理・配下膳(再掲)	(14.5%)
掃除＋洗濯(再掲)	(6.2%)
3行為以上の組み合わせ	38.7%

(資料出所)厚生労働省「平成21年介護サービス施設・事業所調査」(老健局による特別集計)

## 主な生活援助サービスの行為ごとの平均提供時間



(資料出所)株式会社EBP「訪問サービスにおける提供体制に関する調査研究事業」(平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

## ⑤通所介護

# 個別の対応を重視した機能訓練の評価について

- 自立支援型の通所介護を推進する観点から、個別の対応を重視した機能訓練を評価してはどうか。
- 介護予防通所介護では、運動器機能向上加算として、個別の対応を重視した機能訓練を評価している。

## 機能訓練に関する加算のイメージ

### 個別機能訓練加算(Ⅱ) (現行どおり)

- ・常勤専従の機能訓練指導員を配置
- ・個別機能訓練計画を作成
- ・複数種類の機能訓練の項目を準備
- ・計画的な機能訓練の実施

### 個別の対応を重視した 機能訓練の加算 (新設)

- ・専従の機能訓練指導員を配置
- ・個別機能訓練計画を作成
- ・個別の対応を重視した機能訓練の実施

利用者ごとにサービスの効果の評価できる仕組みへ

基本的な機能訓練は本体報酬で評価

本体報酬

### 介護予防通所介護における運動器機能向上加算(225単位/月)

- 利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの
- 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等(※)を1名以上配置していること。

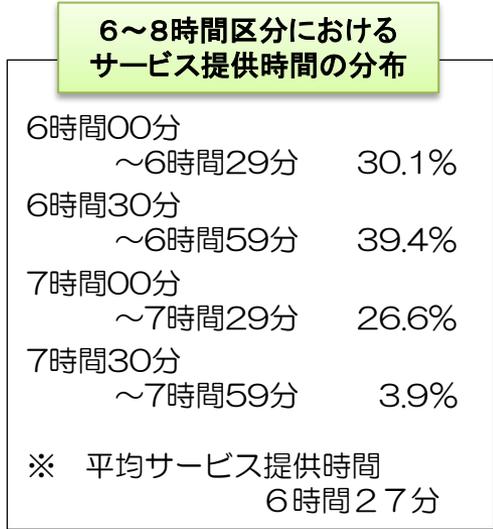
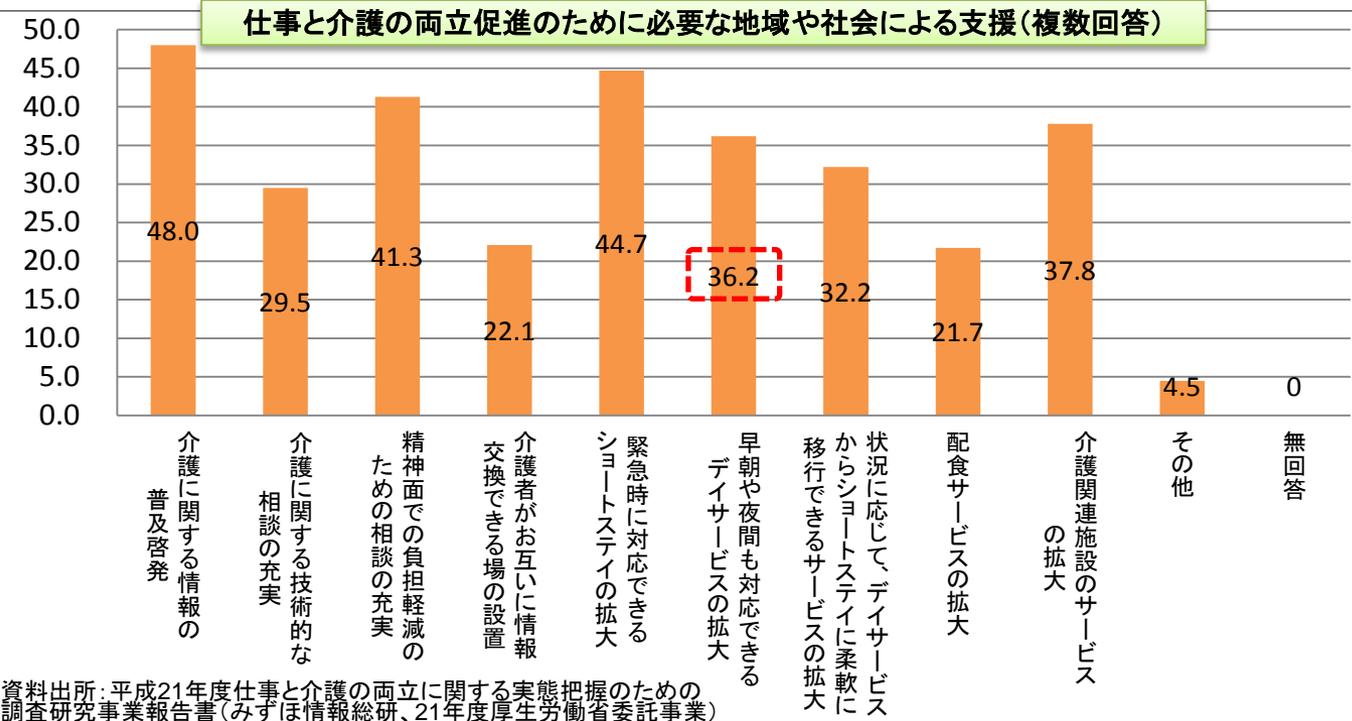
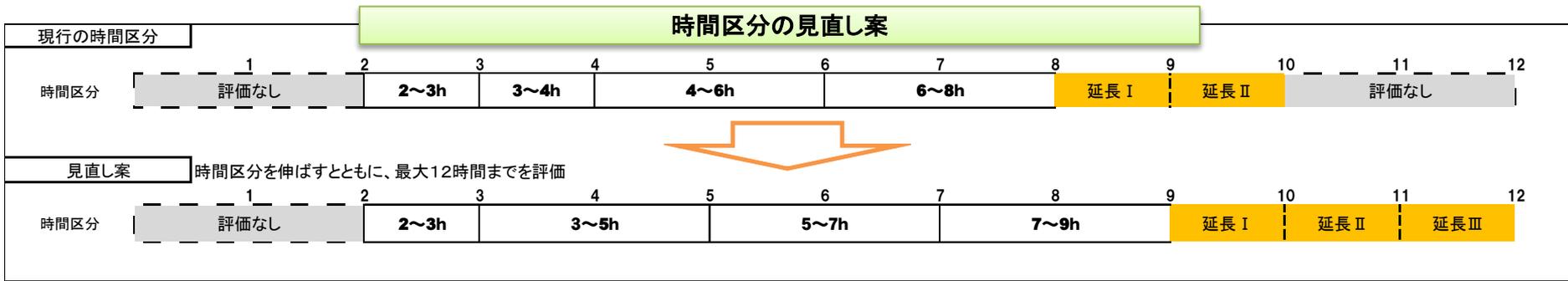
※ 理学療法士等: 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

(H18年4月改訂関係Q&A vol.1から抜粋)

サービスの提供に当たっては、個別の提供を必須とするが、加えて集団的なサービス提供を行うことを妨げるものではない。

# サービス提供時間区分の見直しについて

○ 現状では、6～8時間区分の平均サービス提供時間は6時間27分であり、サービス提供の実態を適切に評価する観点から5～7時間区分を創設し評価を見直してはどうか。また、デイサービスの長時間化のニーズに対応して家族介護者への支援（レスパイトケア）を促進する観点から、7～9時間区分を創設するとともに、12時間までの延長加算を認め、長時間のサービス提供をより評価する仕組みとしてはどうか。



(資料出所)「デイサービスにおけるサービス提供実態に関する調査(暫定集計)」(平成23年度老人保健健康増進等事業)

## ⑥短期入所生活介護

# 空床確保と緊急時の受け入れについて ①

緊急時の円滑な受け入れを促進させる観点から、短期入所ネットワーク加算は廃止し、以下の通り措置してはどうか。

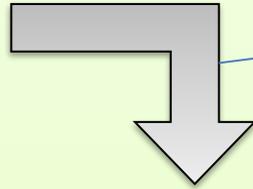
- ① 短期入所生活介護の専用床について一定割合（5%）の空床を確保する短期入所生活介護事業所の体制を評価する加算（空床確保加算（仮称）：事業所の全利用者にかかる加算）を創設する。
- ② ①の加算を算定している事業所について、居宅サービス計画に位置づけられていない緊急の利用者を受け入れた場合の加算（緊急受入加算（仮称）：緊急の利用者のみにかかる加算）を創設する。
- ③ 加えて、常时空床の多い事業所がこれら2つの加算を算定できてしまう事を防ぐために、
  - ・ 5%の緊急確保枠以外の空床を優先して利用することとし、緊急受入加算は、5%の緊急確保枠を利用する場合のみに算定できることとする
  - ・ 5%の緊急確保枠について、一定の期間（3ヶ月程度）に、確保したベッドに対する一定人数以上の緊急利用者の受け入れがない場合には、空床確保加算及び緊急受入加算の算定ができない仕組みとするとする。

- ・ 空床確保加算及び緊急受入加算（及び給付費）により、確保した5%の空床について本来得るはずであった報酬相当額が確保出来る仕組みとする。
- ・ 緊急受入加算については、1人1月当たり7日間の支給を限度とする（現在の緊急短期入所ネットワーク加算と同様）。

# 空床確保と緊急時の受け入れについて ②

## 加算のイメージ

① 緊急の利用者A

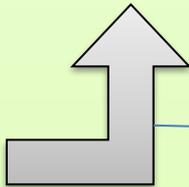


緊急確保枠以外の空床を優先して利用  
→ 緊急受入加算は算定できない

短期入所生活介護  
事業所の専用床



② 緊急の利用者B



その他の空床では必要な利用日数が確保できない、又は男女部屋等の関係から利用できない場合に緊急確保枠を利用  
→ 緊急受入加算を算定できる



確保した5%の緊急確保枠について、一定の期間(3ヶ月程度)に確保したベッドに対する一定人数以上の緊急利用がない場合には、空床確保加算及び緊急受入加算の算定はできないこととする

## ⑦小規模多機能型居宅介護

# サテライト型の指定要件について

- サービスの質の確保を図りつつ、地域の実情に応じて適切に小規模多機能型居宅介護の整備を推進する観点から、サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の指定に当たっては、市町村において一定の実績等を踏まえた上で行うこととしてはどうか。

## 【サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の指定の際の要件（案）】

- 医療・介護・福祉サービスについて3年以上の実績を有する事業者であること。
- あらかじめ市町村に設置される地域密着型サービス運営委員会等において、介護保険の被保険者その他の関係者の意見を聴くこと
- 本体となる事業所が事業開始時支援加算の算定対象となっていないこと。

(参考) 事業開始時支援加算の見直し(案) 【第84回社会保障審議会介護給付費分科会資料より】

- ・ 事業開始時支援加算(Ⅰ) 500単位/月  
事業開始後1年未満であって、登録定員に対する登録者数の割合が80%を下回る事業所



事業開始後1年未満であって、登録定員に対する登録者数の割合が70%を下回る事業所

- ・ 事業開始時支援加算(Ⅱ) 300単位/月  
事業開始後1年以上2年未満であって、登録定員に対する登録者数の割合が80%を下回る事業所



廃止

- ・ 複合型サービス(小規模多機能型居宅介護と訪問看護)についても同様とする。

- その他、介護保険法において、市町村は小規模多機能型居宅介護事業所の指定の際に、当該事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができることとされている。

## ⑧定期巡回・随時対応型訪問サービス

## (論点1) 看護職員(定期巡回・随時対応)の必要数について

- 介護・看護一体型の事業所に配置する看護職員については指定訪問看護事業所と同様、常勤換算方法で2.5以上の確保を求めていますか。
- 一方で、24時間体制で随時の対応を行う必要があることを踏まえ、常時オンコール体制を確保することを義務づけてはどうか。
- また、定期巡回・随時対応サービス事業者が、訪問看護事業(介護保険)の指定を併せて受け、同一の事業所において、それぞれの事業が一体的に運営されている場合、看護職員の兼務を認めていますか。

## (論点2) オペレーターの資格等について

- オペレーターについては、随時のコールに適切に対応する観点から現行の夜間対応型訪問介護のオペレーター資格を有する者を1以上配置することとしてはどうか。
- 人材確保の観点から、上記職員との連携を確保したうえで、上記職員が配置されていない時間帯については、訪問介護のサービス提供責任者として3年以上の経験を有する者がオペレーターとして従事することを認めていますか。
- 人材の有効活用を図る観点から、一体的に運営する場合の訪問介護事業所のサービス提供責任者や夜間対応型訪問介護事業所のオペレーターの専従要件等について、利用者の処遇に支障がない範囲で弾力化を図ってはどうか。

～平成23年度厚生労働省予算補助事業「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス事業」中間報告より～

- 中間報告のあった36市町村のうち、オペレーターとして夜間対応型訪問介護のオペレーター資格(医師、保健師、看護師、准看護師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員)に加えて、訪問介護のサービス提供責任者の任用要件のみを有する者を配置していた自治体は14自治体
- これらの自治体からは、介護福祉士等との連携を確保することにより、特段の問題は生じていないとの意見があった。

# 定期巡回・随時対応サービスの基準・報酬（案）

職種		資格等	必要な員数等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	介護福祉士、 介護職員基礎研修、	交通事情、訪問頻度等を勘案し適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上
	随時対応サービスを行う訪問介護員等	訪問介護員1級、 訪問介護員2級	常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員が1以上確保されるための必要数（利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービスに従事することができる。）
看護職員	うち1名以上は、 常勤の保健師又は 看護師とする	保健師 看護師、准看護師 PT、OT、ST	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>2.5以上（併設訪問看護事業所と合算可能）</u></li> <li>・ <u>常時オンコール体制を確保</u></li> </ul>
オペレーター		<p><u>以下の職種を1以上</u></p> <p>（ 医師、保健師 看護師、准看護師、 社会福祉士、 介護福祉士、 介護支援専門員 + <u>3年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者</u> ）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の処遇に支障がない範囲で、当該事業所の他職種及び他の事業所・施設等（特養・老健等の夜勤職員、<u>訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター</u>）との兼務可能</li> </ul>
計画作成責任者		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当該事業所の他職種との兼務可能</li> </ul>	
管理者			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 常勤・専従の者（当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務を認める。）</li> </ul>

（注）      …介護・看護一体型にのみ配置が必要となる職種（介護・看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に配置される）

※1 訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等の夜勤職員（加配されている者に限る）との兼務可能

※2 「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能

※3 利用者がコールを行う・オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用可能

- 介護報酬については、医師の指示に基づく訪問看護を受ける者とそれ以外の者ごとの「包括払い方式」とする。
- 通所・短期入所サービスを利用する場合は、「日割り計算」を行う。（具体的な減算率については今後検討）
- 従前の訪問介護（通院等乗降介助除く）・訪問看護・夜間対応型訪問介護の併用は認めない。

# 24時間定期巡回随時対応サービスモデル事業の中間報告①

## ①モデル事業実施（予定を含む）自治体一覧（53市区町）

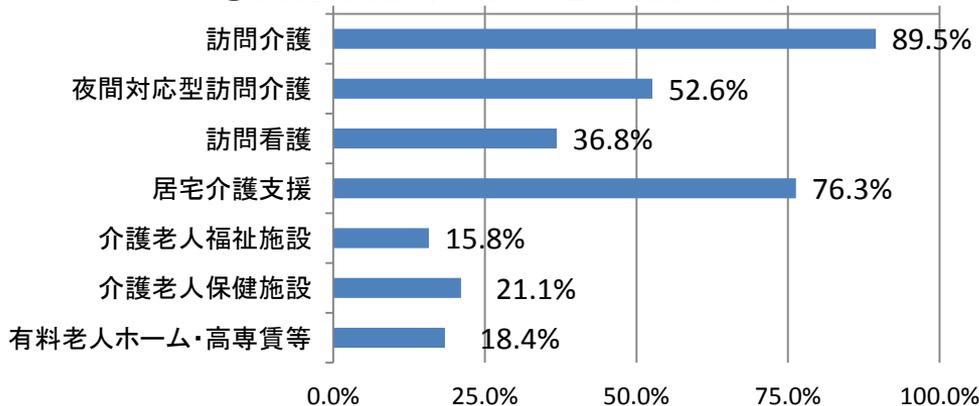
都道府県	市区町村	委託先法人
北海道	釧路市	社会福祉法人
	札幌市	社会福祉法人
	旭川市	営利法人
	函館市	営利法人
宮城県	小樽市	
福島県	石巻市	
	伊達市	医療法人
茨城県	福島市	社会福祉法人
	古河市	
千葉県	柏市	営利法人
	君津市	
	市川市	
	浦安市	社会福祉法人
埼玉県	千葉市	営利法人
	志木市	
	久喜市	
東京都	新宿区	営利法人
	世田谷区	営利法人
	港区	営利法人
		一般社団法人
品川区	営利法人	

都道府県	市区町村	委託先法人
東京都	足立区	
	武蔵野市	営利法人
神奈川県	小田原市	社会福祉法人
	横浜市	
富山県	富山市	社会福祉法人
石川県	加賀市	医療法人
福井県	越前市	営利法人
山梨県	甲府市	医療法人
岐阜県	飯綱町	
	岐阜市	
静岡県	大垣市	営利法人
	池田町	営利法人
	静岡市	営利法人
愛知県	伊東市	営利法人
	豊橋市	生活協同組合
	高浜市	社会福祉法人
	西尾市	医療法人
三重県	豊明市	
	長久手町	
	伊勢市	生活協同組合

都道府県	市区町村	委託先法人
滋賀県	草津市	社会福祉法人
兵庫県	尼崎市	社団法人
	宝塚市	
鳥取県	米子市	社会福祉法人
	境港市	社会福祉法人
島根県	松江市	営利法人
愛媛県	新居浜市	
福岡県	大牟田市	
	佐世保市	社会福祉法人
長崎県	壱岐市	医療法人
	熊本市	人吉市
大分県	中津市	社会福祉法人
鹿児島県	鹿屋市	社会福祉法人

… 「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス事業」の協議を行い平成23年10月21日までに老健局振興課に中間報告を行ったもののうち、10月9日時点で事業を実施していた自治体（36市区町）

## ②実施事業所のサービス提供状況



## ③実施事業者の法人種別

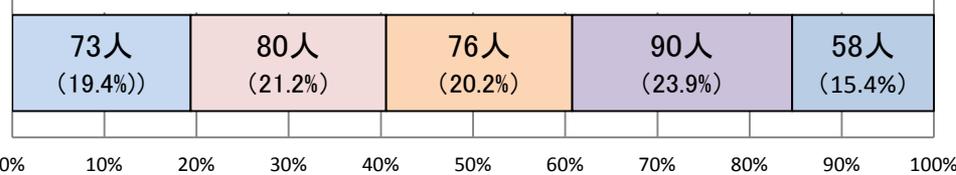
法人種別	事業者数	割合
営利法人	16	42.1%
社会福祉法人	13	34.2%
医療法人	5	13.2%
生活協同組合	2	5.3%
社団法人	2	5.3%

# 24時間定期巡回随時対応サービスモデル事業の中間報告②

○ モデル事業の協議があった53市区町のうち、10月9日現在、36市区町で377名が利用している。（実際のサービス提供開始後2ヶ月未満の自治体が約6割（21自治体））

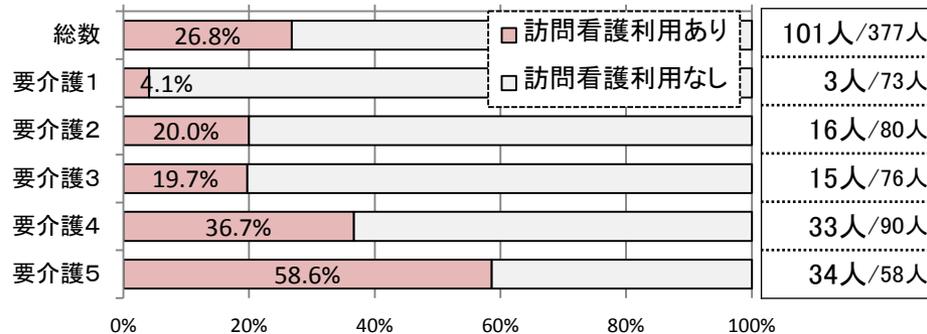
## ①要介護度別の利用者数（N=377人）

□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5



平均要介護度 3.0

## ②訪問看護利用者の割合



## ③認知症自立度別の利用者数（不明者を除く）

自立	I	II	III	IV	M
49人 (13.9%)	59人 (16.7%)	128人 (36.3%)	84人 (23.8%)	27人 (7.6%)	6人 (1.7%)

II以上  
約7割

## ④利用者の世帯の状況について

独居	150人(39.7%)
高齢者のみ世帯	111人(29.4%)

独居・高齢者  
のみ世帯  
約7割

## ⑤定期巡回サービスの提供時間について

20分未満	58.2%
20分以上	41.8%

20分未満の行為内容としては、**排せつ介助、服薬介助、水分補給、体位交換**などがあり、それぞれを組み合わせ提供している事例もあった。

## （参考）自治体ごとの1週間（10月3日～10月9日）あたりの訪問状況（例）

自治体		定期訪問					総数	随時対応	
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		訪問	コール
A	訪問回数	20回	56回	47回	21回	0回	144回	-	0件
	利用者数	2人	3人	2人	1人	0人	8人		
B	訪問回数	20回	21回	19回	38回	70回	168回	3回	3件
	利用者数	1人	1人	1人	3人	3人	9人		
C	訪問回数	114回	65回	81回	111回	0回	371回	2回	3件
	利用者数	9人	3人	2人	5人	0人	19人		

（注1）自治体Aの訪問回数には介護保険の訪問介護の回数が含まれる。  
（注2）予算補助事業のため、予算の範囲内で実施している。

# 24時間定期巡回随時対応サービスモデル事業の中間報告③

○ 事業実施については地域の実情に応じて多様な手法がとられている。

## ①事業の実施圏域について

圏域の範囲 (36自治体)	平均	120.8km <sup>2</sup>
	最小値	4.0km <sup>2</sup>
	最大値	750.0km <sup>2</sup>
平均移動時間 (15自治体)	平均	18.3分
	最小値	5.5分
	最大値	44.4分

## ②随時の対応等の実施について

オペレーター の資格要件	夜間対応型訪問介護と同じ資格(※1)で配置	22自治体
	上記に加え一定の研修修了者等(※2)を配置	14自治体
オペレーター の配置 (複数回答)	オペレーションセンターに常駐	26自治体
	訪問介護員と同行し、地域でコール受付	8自治体
	自宅待機して携帯電話で対応(転送等)	8自治体
利用者の 通報装置 (複数回答)	ケアコール端末(テレビ電話型)	7自治体
	ケアコール端末(上記以外)	22自治体
	利用者の携帯電話など	10自治体

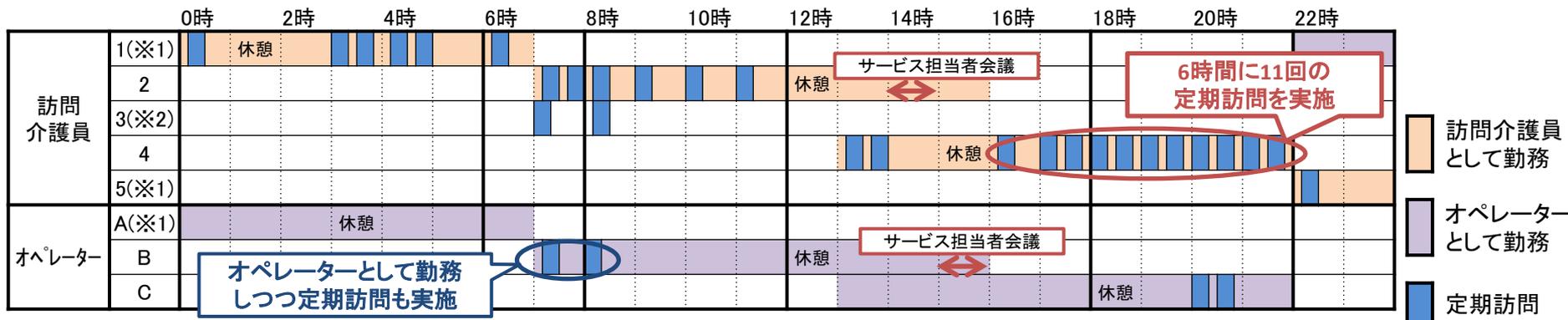
※1: 医師・保健師・看護師・准看護師・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員

※2: 介護職員基礎研修・訪問介護員1級課程修了者、実務経験3年以上の訪問介護員2級課程修了者

## (参考) 1自治体における職員配置についての事例

モデル事業利用者数	33名
うち当日の訪問利用者数	10名

10月6日の訪問回数等		
定期訪問	随時訪問	コール件数
32回	0回	8回



(※1) 夜間対応型訪問介護事業とモデル事業を兼務している者 (※2) 他の訪問介護事業所で勤務しており、モデル事業の地域巡回を行う者

# 24時間定期巡回随時対応サービスモデル事業の中間報告④

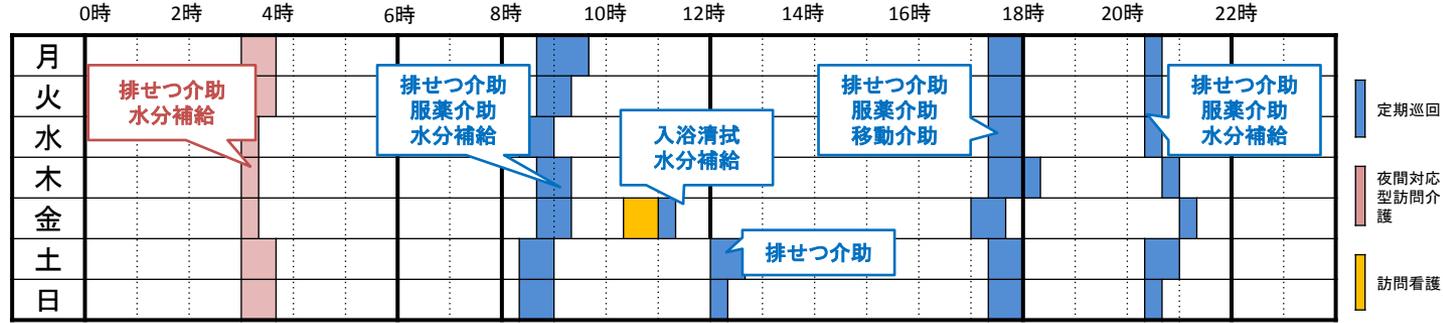
## 【事例①】 退院後の定期訪問により、在宅生活を継続したケース

### モデル事業による効果

- 退院後に定期的な訪問が入ることによって症状が安定し、在宅生活を続けている。
- 定期的に訪問することにより、水分補給・服薬の管理をすることができ、体調に異常が生じたときの早期発見につながる。

### 利用者状態像

要介護4（女性）	
認知症日常生活自立度Ⅲb	
高齢者のみ世帯	
1日あたり 平均訪問回数	4.4回



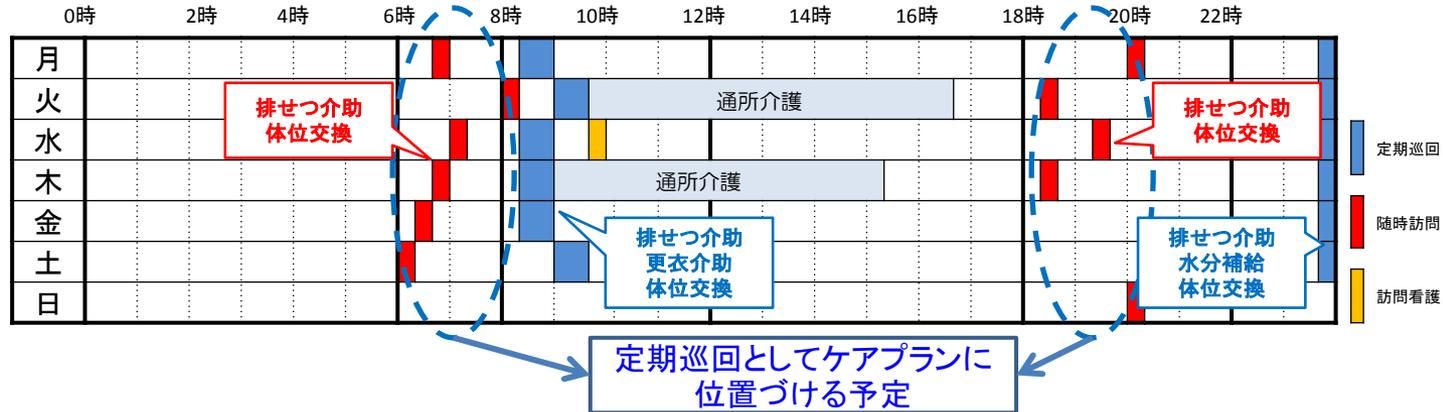
## 【事例②】 随時訪問により定期訪問ニーズが把握でき、利用者の自立支援につながったケース

### モデル事業による効果

- 従前まではオムツ交換が必要であったが、定期訪問と随時コールを利用することでトイレで排せつできるようになり、ADLの向上がみられた。
- 1日のほぼ同時刻に随時訪問を行っていることから、今後定期巡回としてケアプランに位置づけることを予定している。

### 利用者状態像

要介護4（女性）	
認知症日常生活自立度Ⅰ	
高齢者のみ世帯	
1日あたり 平均訪問回数	3.3回



# 24時間定期巡回随時対応サービスモデル事業の中間報告⑤

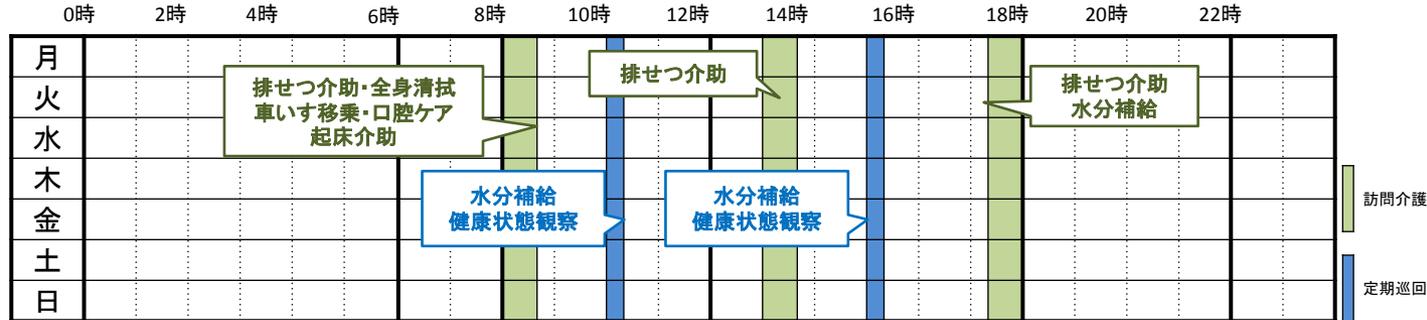
## 【事例③】利用者が認知症であり、定期的な訪問により安定した生活を維持したケース

### モデル事業による効果

- 顔なじみのヘルパーが定期的に訪問することで、認知症の利用者にとって落ち着いた生活ができる。
- 定期的に服薬確認をすることで薬が確実に飲めることができ、認知症状が落ち着いている。

### 利用者状態像

要介護5（男性）	
認知症日常生活自立度Ⅲa	
高齢者のみ世帯	
1日あたり 平均訪問回数	5.0回



## 【事例④】複数事業者によりサービス提供を行ったケース

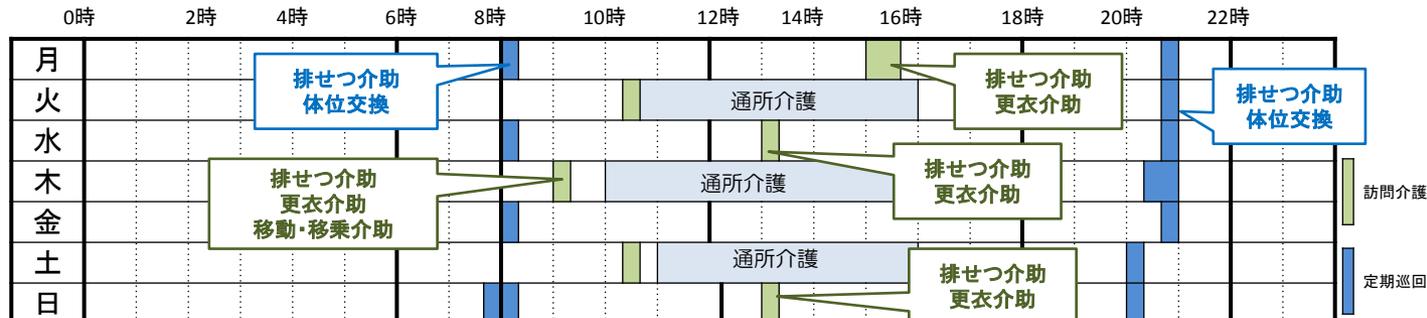
### モデル事業による効果

- 以前からサービス提供を行っている訪問介護事業所のヘルパーに、モデル事業で定期巡回を行う事業所のヘルパーがサービス開始前に同行したり、サービス提供記録を共有しながら複数事業者によるサービス提供を行った。
- 定期的な訪問により、搾尿器を外すことができ、排泄介助の呼び出し(毎日5回～10回)が無くなり、落ち着いた生活を送っている。

- 以前からサービス提供を行っている訪問介護事業所
- モデル事業により定期巡回・随時訪問をおこなっている事業所

### 利用者状態像

要介護3（女性）	
認知症日常生活自立度Ⅱa	
家族と同居	
1日あたり 平均訪問回数	2.9回



# 24時間定期巡回随時対応サービスモデル事業の中間報告⑥

## モデル事業の利用者・事業の受託事業者・自治体からの主なご意見

### (モデル事業の効果について)

- 定期的に訪問してきてくれるのはうれしい。安心する。(利用者及び家族)
- 定期的な訪問を睡眠前に受けることで、精神的に安心できた。(利用者)
- 夜間の緊急時に対応してくれる。ペンダント(緊急通報装置)を頼りにしている。(利用者)
- もっと長い時間関わってもらいたい。(利用者)
- 約束した時間が、5~10分遅れることがある。(利用者)
- 家族が行っている介護の負担が軽減されるので良かった。(利用者家族)
- 特養の待機者が小規模型特養を3ヵ所整備したにも関わらず増え続けているため、待機者の軽減に繋がる在宅支援の切り札として本サービスを積極的に導入・支援をしていきたいと考えている。(市町村)

### (人材の確保について)

- 同一の利用者に対しチームで関わっていくという職員体制の重要性を感じている(事業者)
- 利用者へのサービス提供に固定化したチーム編成で対応することは、現状の雇用体制では難しく、どこまで柔軟な体制を作れるのかが課題。(事業者)
- オペレーター及び実働する訪問介護員の兼務については、少ない資源の有効活用がポイントになる。(事業者)
- 本サービスへの参入を促すため、柔軟な人員基準が望ましい。(市町村)

### (医療・看護・地域との連携について)

- 随時対応の訪問時に本人の状態が細かく観察できたため、ケアマネジャー・医師へ状態の変化を適切に報告することができ処方薬の変更により状態の改善ができた。(事業者)
- 医療が必要な場合は、かかりつけ医、訪問看護事業所へ連絡することで対応ができた。訪問回数が多いので、利用者の状況の変化は随時に把握することができ、かかりつけ医への連絡がスムーズに行えた。(事業者)
- 連携型で実施となる場合が想定されるが、算定だけでなく、モニタリング等を実施できる訪問看護ステーションを確保できるのか、随時のコールに対応できる体制が確保でき、かつ実行が可能かなど課題は多い。(市町村より)
- 潜在利用者の把握を行うため地域包括センターや居宅介護支援事業所と連携する必要がある。(事業者)
- 他社との連携により利用者の側からも「いつものヘルパーさんが必要なときにも来てくれる(随時)」と言う安心感が得られた。(事業者)
- 山間部へのサービス提供について、地域の訪問介護事業所との連携が不可欠である。(市町村)

## (参考) 賃金・物価等の経済状況

○ 賃金、物価ともに下落傾向。

	H21年度	H22年度	H23年度 (年度途中)	H21～23 累積
賃金	▲1.5%	0.2%	▲0.5%	▲1.8%
物価	▲1.7%	▲0.4%	▲0.4%	▲2.5%

(資料)賃金:「毎月勤労統計調査報告」の規模5人以上事業所の「きまって支給する給与」のうち、平成21年度及び22年度は対前年度比、平成23年度は4月から6月の対前年度同月比の平均値。

物価:消費者物価上昇率のうち、平成21年度及び平成22年度は対前年度比、平成23年度は4月から6月の対前年度同月比の平均値。

## 介護保険サービスに関する関係団体懇談会における主な意見

### 1. 総論

#### （1）地域包括ケアシステム

- ・地域包括ケアシステムの基本理念は、どこに住んでいても同じサービスが受けられることである。そのためには、大きい施設を作って利用者を集めるケアではなく、ケアの単位は小さくし、できるだけ利用者に出向いていく仕組みが必要。

#### （2）処遇改善

- ・介護職員処遇改善交付金を介護報酬に組み入れ、交付金に見合うだけの介護報酬の増額を検討すべき。
- ・介護職員処遇改善交付金を介護報酬の基本単価に組み入れるべき。
- ・介護職員処遇改善交付金を介護報酬で評価する場合に、区分支給限度基準額への影響を配慮すべき。
- ・介護職員処遇改善交付金については、一定の効果が見込まれているため、介護報酬ではなく、継続すべき。
- ・介護職員処遇改善交付金の取扱いについて、継続するのか、介護報酬で手当てするのかなど、出来るだけ方針を決定すべき。
- ・訪問看護師の人材確保策について検討すべき。
- ・介護職員以外の職種についても、処遇改善できるような仕組みを検討すべき。

#### （3）地域区分

- ・地域区分の見直しに当たってはその他地域の単価の引下げは行うべきでない。
- ・地域区分の見直しについて、「乙地」の単価が引き下がらないよう見直すべき。
- ・地域区分の見直しに当たっては、十分な激変緩和措置を設けるべき。
- ・特定施設は、居住費が自己負担であるため、人件費比率が低く出る傾向があるので、地域区分の人件費比率について、実

態に見合った見直しを検討すべき。

#### (4) 居宅介護支援、ケアマネジメント

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問サービスは適切なケアマネジメントに基づいて提供すべき。
- ・ 施設ケアマネは絶対必要というわけではないが、要介護度1～3程度の方の在宅復帰支援には、ケアマネジャーがコーディネーター役を果たす必要があるのではないか。

## 2. 各論

### (1) 居宅サービス

#### ①訪問介護

- ・ 特に要介護3～5の身体介護について、20分未満の短時間サービスの報酬区分を設定すべき。
- ・ サービス提供責任者の任用要件のうち「2級過程の研修を終了した者であって、3年以上介護等の業務に従事したもの」についての廃止期限を延長すべき。

#### ②訪問看護

- ・ 医療保険と介護保険における訪問看護の評価の齟齬をなくし整合性を保つようにすべき。
- ・ 退院直後は病状不安定なので、疾患に関わらず医師が必要と認めた場合は医療保険において訪問看護を提供できるように見直すべき。
- ・ 訪問看護ステーションは、24時間の提供体制が確保されることを要件にするべき。
- ・ 訪問看護について、20分の時間区分を新たに設ける場合、内容を規制するべき。
- ・ 訪問看護と訪問介護が一体化したサービス事業所を創設するべき。
- ・ 癌末期以外の場合であっても厚生労働大臣が定める疾患や特別身障などの場合であれば、特養に訪問看護を提供できるよ

うに見直すべき。

- ・ 特定施設において、訪問看護が提供できるよう検討するべき。
- ・ 小規模多機能型居宅介護の事業所において、訪問看護が提供できるよう見直すべき。

### ③通所介護

- ・ 通所介護と通所リハは機能が重複しているので、通所介護と通所リハのベースの評価を共通とし、上乘せ部分について機能に応じた報酬体系に見直すべき。
- ・ 通所介護について、時間区分の見直しを行う場合、送迎時間をサービス提供時間に含められるよう見直すべき。

### ④リハビリテーション

- ・ リハビリは「リハ前置の考え方」に立って提供すべきであり、そのためには医療と介護の連携強化や生活期リハの充実が必要。
- ・ 介護保険のリハビリテーションについて、医療保険と同様に、利用者の状態に応じて提供できるよう、既存の制限を見直すべき。
- ・ 通所介護と通所リハは機能が重複しているので、通所介護と通所リハのベースの評価を共通とし、上乘せ部分について機能に応じた報酬体系に見直すべき。(再掲)
- ・ 短時間通所リハについて、算定可能な提供時間を増やすよう見直すべき。
- ・ 多職種協働によるサービス提供を推進するため、リハビリ職による居宅療養管理指導の創設を検討するべき。

### ⑤短期入所生活介護、短期入所療養介護

- ・ 老健施設における緊急時のショートステイの利用について、定員超過利用を認めるべき。

#### ⑥特定施設入所者生活介護

- ・ 特定施設の医療については外部医師による訪問診療との連携がうまく図れるよう検討すべき。
- ・ 看取り機能を強化するため、看護師の手厚い配置に対する評価の増額や、特定施設において、訪問看護が提供できるよう検討すべき。
- ・ 特定施設における看護師が実施可能な医療処置の範囲、医師の指示のあり方、事故発生時の責任の所存などを明確化することにより、看護師が安心して業務を実施できるように見直すべき。
- ・ 特定施設の空き部屋において、特定施設の人員配置のままで、短期利用を認めるべき。
- ・ 混合型特定施設の総量規制を廃止すべき。
- ・ 特定施設において、介護施設において評価している「初期加算」や「看取り加算」などの加算を創設すべき。
- ・ 特定施設やサービス付き高齢者向け住宅の役割分担を明確化すべき。

#### ⑦サービス付き高齢者向け住宅

- ・ サービス付き高齢者向け住宅について、介護保険事業計画や高齢者居住安定確保計画に位置づけるべき。
- ・ サービス付き高齢者向け住宅に対する介護保険サービスの提供のあり方について検討すべき。
- ・ サービス付き高齢者向け住宅におけるサービス提供のあり方を考えた場合、定期巡回・随時対応型訪問サービスは包括報酬ではなく、出来高払いにするべき。
- ・ サービス付き高齢者向け住宅においても必要なのは短時間サービスであり、短時間サービスの報酬区分を設定すべき。
- ・ 多くのサービス付き高齢者向け住宅は、一つの建物に居宅と居宅サービスの事業所がセットで設置されているところが多いため、居宅サービスの開設について制限を設けるべきではない。
- ・ 安否確認、生活相談は、定期巡回・随時対応型訪問サービスに含めず、現行どおり利用者の自己負担のままにするべき。

#### ⑧福祉用具貸与、特定福祉用具販売

- ・ 福祉用具貸与に際し、利用者ごとの福祉用具貸与計画を作成するよう指定基準を見直すべき。

- ・福祉用具貸与の利用者に6ヶ月に1回の訪問によるモニタリングを義務付けるべき。
- ・通常1万円程度であるベッドのレンタル料を10万円で貸す、いわゆる「外れ値」については、事業所を公表するなど厳正なチェックを行うべき。
- ・介護給付費通知書に福祉用具貸与価格分布状況を掲載しているが、用具の質に関する事項も記載するべき。
- ・福祉用具貸与の対象種目について、新たな対象種目の導入を検討するべき。

## (2) 地域密着型サービス

### ①新サービス（定期巡回・随時対応型訪問サービス、複合型サービス）

- ・新サービスの普及には国の支援が必要である。
- ・新サービスの人材確保（特に夜間）が大きな課題である。
- ・施設サービスは、集合住宅における定期巡回・随時対応型訪問サービスであり、報酬設定については、包括とした上で、特養の水準を基準とすべき。
- ・一日当たりの最低訪問回数を4回に設定し、更に必要な部分は出来高に設定するべき。
- ・サービス付き高齢者向け住宅におけるサービス提供のあり方を考えた場合、定期巡回・随時対応型訪問サービスは包括報酬ではなく、出来高払いにするべき。（再掲）
- ・定期巡回・随時対応型訪問サービスを実施する上での課題は、人材確保と自治体が地域ニーズを的確に把握することである。人材の有効活用の観点から、事業所を超えた兼務を可能にするよう見直しを行うべき。
- ・看護師の配置について、24時間365日対応できることを前提としているが、医療保険で対応するべき。
- ・定期巡回・随時対応型訪問サービスは適切なケアマネジメントに基づいて提供すべき。（再掲）
- ・定期巡回・随時対応型訪問サービスのオペレーターは医療の知識を有する者にすべき。
- ・安否確認、生活相談は、定期巡回・随時対応型訪問サービスに含めず、現行どおり利用者の自己負担のままにするべき。（再掲）
- ・複合型サービスの管理者は看護職であることが望ましい。

- ・複合型サービスは看護職の配置が手厚いことについて、適切に報酬上評価すべき。また、区分支給限度基準額に対して配慮すべき。
- ・複合型サービスについて、両サービスの連携が図られるよう、訪問看護ステーションと小規模多機能型居宅介護事業所の距離について要件を課すべき。

## ②小規模多機能居宅介護

- ・地域包括ケアシステムの拠点となるべく、小規模多機能型居宅介護の利用定員を25人から50人に見直すとともに、人員配置基準を登録者に対して3：1に、夜間は「1名以上の必要な数」に見直すべき。
- ・利用定員を引き上げて、経営の単位を大規模化しつつ、ケアの単位は小さく、きめ細かいサービス提供が可能になるよう見直すべき。
- ・小規模多機能型居宅介護の事業所において、訪問看護が提供できるよう見直すべき。（再掲）

## ③認知症対応型共同生活介護

- ・要介護状態区分に応じて評価に差を付けない、フラットな報酬体系を維持すべき。
- ・グループホームがショートステイや共用型デイサービスを行うためには、「開設後3年」以降でなければならないが、その要件を見直すべき。
- ・夜間職員の配置基準を「2ユニットにつき1名の職員配置」の緩和措置を廃止し、「1ユニットにつき1名の職員配置」にするべき。
- ・ADL低下時の医療との連携体制の構築や、主治医による認知症の鑑別診断を促進するよう見直すべき。
- ・グループホームにおける終末期ケアの加算の算定要件及び評価を見直すべき。
- ・グループホームにおいて、訪問看護や訪問リハビリテーションを提供できるように見直すべき。
- ・グループホームにおいて低所得者の入居を促進するため、補足給付を創設すべき。

### (3) 施設サービス

#### ①介護老人福祉施設

- ・ 配置医師制度を廃止し、診療は外部の保険医により提供するよう見直すべき。
- ・ 在宅支援診療所や在宅支援病院、訪問看護ステーションの医師、看護師等が特養に入って、医療提供できるようにするべき。それによって、軽い症状であれば病院に入院させる必要がなくなるのではないか。また、看取りの機能強化につながるのではないか。
- ・ 看取りについて、特養で行えるような体制を構築できるような加算に見直すべき。
- ・ 在宅支援診療所の医師が訪問診療を実施し、医療保険のターミナル加算を算定した場合であっても、施設が介護保険の看取り介護加算を算定できるように見直すべき。施設の介護職員が努力して看取りをしたという事実が全く評価されなくなるというのは不合理。
- ・ 特養の医療提供体制について、外付け、常勤配置、非常勤配置の3本立てとして、選択できるようにするべき。
- ・ 特養に常勤医を配置した場合、特養を診療所（保険医療機関）として保険診療が提供できるようにするべき。
- ・ ユニットケアを推進する中で、地域密着型特養の設置は進んでいるが、一方で、現存する特養の改修・増築によるユニット化が進んでいないので、推進できるよう配慮するべき。
- ・ ユニットケアを推進するため、介護職員の配置を2：1に見直すべき。
- ・ 低所得者がユニット型個室に入れないことがないように配慮するべき。
- ・ 社会福祉法人の軽減制度について、市町村の意向にかかわらず実施できるよう、軽減措置を行っていない社会福祉法人にペナルティを課すことも含め、見直すべき。
- ・ 特養において、入所者の要介護度が改善したこと、または入所者が在宅復帰したことに対する評価をするべき。
- ・ 施設を設置する際に、内部留保を積極的に活用して個室ユニットを推進するべき。
- ・ リハビリテーション専門職の確保・配置を可能とするため、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訓練を加算により評価するべき。

## ②介護老人保健施設

- ・在宅復帰支援機能を強化するため、リハビリ専門職の手厚い配置や短期集中的なリハビリの実施についての評価を見直すべき。
- ・在宅復帰支援機能加算の算定要件について、現行の「退所者の在宅生活が1ヶ月以上継続する見込み」を「退所者の在宅生活が1週間以上継続する見込み」に見直すべき。また、死亡退所者も「在宅復帰者」に含めることができるように見直すべき。さらに、一時的に病院に入院し、老健施設に復帰する者については、退所者総数から除外するように見直すべき。
- ・老健からの訪問リハの実施を促進するため、訪問リハの実施要件を緩和するべき。
- ・老健施設におけるリハビリを充実するため、短期集中リハビリテーション実施加算について、1日に複数回、3ヶ月以上算定できるように見直すべき。
- ・一週間程度の入院治療で対応可能な疾患は、老健施設内で出来高払いによる治療が行えるよう検討するべき。
- ・認知症治療薬、抗悪性腫瘍薬、神経難病治療薬について、基本サービス費に包括せず、出来高払いとするよう見直すべき。

## ③介護療養型医療施設

- ・介護療養型医療施設の入所者の要介護度が上がってきている現状であり、介護施設への転換は困難である。廃止期限までの6年間で、改めて必要性について検討するべき。
- ・介護療養型医療施設を廃止すれば、医療療養へ転換することになり、医療保険の財政負担の増加につながる。また、医療と介護の連携について究極の連携を実現しているのが介護療養型医療施設であり、存続するべき。

## (4) その他

- ・たんの吸引、経管栄養等の医療行為を介護職員等が行った場合の評価を創設するべき。
- ・職員を手厚く配置し、利用者の要介護度を改善させると経営が厳しくなる仕組みを見直し、そういう取組にインセンティブを付与する仕組みにするべき。

- ・リハビリや福祉用具貸与について、サービスの提供によって利用者が自立した場合の評価を創設すべき。
- ・新たに加算を創設すると請求事務等の事務量が増えるので、報酬による評価は、できる限り包括報酬にするべき。

平成23年11月14日

社会保障審議会介護給付費分科会  
分科会長 大森 彌 様

## 認知症があっても安心して暮らせる介護保険制度を

公益社団法人認知症の人と家族の会

勝田登志子

### 1. 処遇改善交付金は一般財源で継続を

介護現場の人材確保難、人材不足は依然として深刻です。全労働者平均と比べてはるかに低い賃金水準であることが背景にあります。2009年10月から2012年3月までと期間が限定されている「介護職員処遇改善交付金」は、2012年4月以降も継続が必要と考えます。また、従来は介護職員のみが対象でしたが、チームケアが求められる介護サービスにおいて、他のサービス従事者もまた対象とすることを検討する必要があるのではないのでしょうか。

このままでは介護人材不足が慢性化し、サービスの確保ができなくなる可能性があります。

「家族の会」は、「介護職員処遇改善交付金」を一般財源で継続することを要望しています。

### 2. 訪問サービスは定期巡回・随時対応型のみでなく、従来の滞在型も強化を

新設が予定される「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、1回の訪問が5～15分程度の短時間で1日複数回の「定期巡回」と、夜間など利用者からの連絡（電話・コールなど）への対応などの「随時対応」の組み合わせとされています。配置基準では、「看護職員なし」「常駐オペレーターは数カ所兼務、または携帯電話対応も可」と提案されています。この内容で、重度の単身者、高齢世帯が安心できるサービスが提供できるのでしょうか。また、判断力が衰えた認知症の人への対応はどうなるのでしょうか。なによりも、「定期巡回・随時対応型」を利用した場合、訪問介護などすでに利用しているサービスが制限されることが懸念されます。

「家族の会」は、短時間のみ「定期巡回・随時対応型」だけでなく、従来の滞在型も強化することを要望しています。

### 3. 介護予防・日常生活支援総合事業は利用者が選択できるように

「介護予防・日常生活支援総合事業」の導入により来年度以降、要支援認定を受けた人に介護予防サービスと同事業のどちらを提供するかを市区町村が最終的に判断することになりました。また、同事業の財源は保険給付ではなく、市区町村事業（地域支援事業）にゆだねられ、事業内容も指定事業者ではなく市区町村の委託とされ、サービス水準が維持されるのかどうかも危ぶまれます。

介護保険制度は、被保険者で認定を受けた人が「サービスを選んで、利用することができる」社会保険です。

「家族の会」は、利用者自身が選ぶことができる制度を維持することを要望しています。

### 4. 高福祉を応分の負担で

東日本大震災からすでに半年以上が経過しましたが、介護・医療ともに大きな打撃を受けています。避難所や仮設住宅暮らしによる体調不良や、認知症の増加もみられます。施設建設などには災害救助法に基づく対応がありますが、福島原発事故の収束の見通しも立たないなかで、認知症や障がいを持つ人たちの暮らしも限界に近づきつつあります。介護と医療の充実のためにも、被災地支援に最優先で取り組むことが必要であり、負担を増やすには低所得者への配慮が重要になります。

「家族の会」は、「高福祉を応分の負担（一人ひとりにとって、過大でもなく、過小でもない負担）で」を要望しています。

以上

平成23年11月10日

社会保障審議会介護給付費分科会  
分科会長 大森 彌 様

社会保障審議会介護給付費分科会 委員 馬袋 秀男  
(民間介護事業推進委員会 代表委員)

## 平成24年度介護報酬改定に関する意見

介護保険制度の施行から10年を経て、今後さらに都市部を中心とした急速な高齢化の進展が見込まれておりますが、全国的にみても、在宅において中・重度の要介護者が増加することは避けられません。このため、医療・介護の連携、リハビリテーションやレスパイトケアの充実強化も含め、高齢者の在宅での生活を継続できる「地域包括ケアシステム」の構築は急務であります。こうした中、昨年の社会保障審議会介護保険部会等の議論を踏まえ、本年6月15日には、改正介護保険法（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）が成立し制度的な基盤強化が図られました。

介護保険制度の創設以来、脈々と流れる基本的な理念は、国民が高齢期を迎え、たとえ介護の必要な状態になっても「住み慣れた地域で安心して暮らし続けること」であり、この実現のためにも、在宅における24時間シームレスな医療・介護サービスの提供体制の充実強化が不可欠なことから、我々、民間介護事業推進委員会では、在宅での生活継続を重視した「地域包括ケアシステムの構築」を強く願うものであります。さらには、こうした介護保険制度の充実強化に当たっては、介護従事者の処遇改善を図り、キャリアアップも含め、意欲をもって働き続けられる環境を整えていかなければなりません。

一方、この度の介護報酬改定においては、東日本大震災の被災地の一日も早い復興という全国的な課題もあり、介護保険制度のみならず諸施策における財源確保が極めて厳しい状況であることも十分に認識するところであります。しかしながら、わが国の少子・高齢化は確実に進行しており、高齢化のピークは目前に迫っております。このため、将来にわたって良質な介護サービスが安定的に提供される持続可能性の高い介護保険制度としていくためには、安定的かつ良質な医療・介護サービスが提供される基盤を構築することも不可欠であると考えます。

このため、民間介護事業推進委員会では、前述の基本的な方針を前提としつつ、今回の介護報酬改定に当たって、以下の重点項目（項目及びサービス名の表記は厚生労働省作成の「介護給付費分科会における議論の整理」に対応）について要望致します。

## 1. 居宅サービス・地域密着型サービスについて

### (1) 新サービスについて

「定期巡回・随時対応サービス」の創設は、利用者の在宅での生活機能の継続を重視したサービスとして「地域包括ケアシステム」における基盤となるものであると認識しておりますことから、民間として積極的に取組むためにも以下の点について要望します。

①「定期巡回・随時対応サービス」の普及促進に当たっては、包括的な報酬の設定をお願いしたい。また、人材確保の観点から、人員基準の設定に当たっては柔軟な対応が可能となるよう配慮願いたい。さらに、広く当該サービスの普及を促進するため、地域の特性に応じた柔軟な対応が可能となるようお願いしたい。

②「複合型サービス」については、人材確保の観点から、人員基準の設定に当たっては柔軟な対応が可能となるよう配慮願いたい。とりわけ、看護師の配置については特段の配慮をお願いしたい。

### (2) 居宅サービスについて

居宅サービス系については、今後のさらなる高齢化の進展に的確に対応し、サービス供給量を確保していくためにも、民間介護事業者の果たす役割も大きいと認識しておりますことから、民間として積極的に取組むためにも以下の点について要望します。

#### ①訪問介護・介護予防訪問介護について

○訪問介護サービスの生活援助の時間区分の見直し、介護予防訪問介護の基本サービス費の見直しに当たっては、在宅重視（利用者の在宅での生活機能の継続）という介護保険制度の主旨を踏まえ、利用者の自立支援と重度化防止の観点から、現場実態とエビデンスに基づき、慎重に検討を進めることをお願いしたい。

○サービス提供責任者の任用要件である「実務経験3年以上の訪問介護員2級課程修了者」の段階的な廃止について、制度創設以来「暫定的な要件」とされてきた経緯については承知しているが、この度示された平成24年度からの段階的な廃止とした場合、事業者側には実質的に4カ月の準備期間しかないことから、現任者の処遇、任用要件を満たす人材確保、システム等の変更など影響が大きく、これらへの急な対応が困難な事業者も発生する。

一方、介護福祉士養成における２級ヘルパー実務経験のみの受験資格廃止は、その実施時期を平成２４年度から平成２７年度に延長されたところである。

こうしたことから、今回のサービス提供責任者の任用要件の見直しに当たっては、その経過措置の在り方について平成２７年度から適用するなど特段の配慮をお願いしたい。

## ②通所介護について

○通所介護サービスの、サービス提供時間区分の見直しに当たっては、介護従事者の労働法規上の制約や人員のシフト調整、システム等の変更など影響が大きいことから、現場実態とエビデンスに基づき、慎重に検討を進めることをお願いしたい。

## 2. 介護人材の確保と処遇の改善策について

平成２１年度介護報酬改定（３％UP）や介護職員処遇改善交付金などにより、介護職員の賃金水準は改善しているものの、経営サイドの観点からは、処遇改善交付金の将来的な持続可能性が判断できない以上、「一時金」や「諸手当」という形での対応にならざるを得ない状況です。

今後、さらなる高齢化の進展に伴い、適切な介護サービス需給を安定的に確保するため、介護職員の処遇改善に向けた取組については、継続的に取り組んでいただきたく、以下の点について要望します。

### (1) 介護職員処遇改善交付金について

介護職員処遇改善交付金の対象を介護従事者全体に拡大し、交付金により図られた処遇改善の水準が維持向上できるよう介護報酬に反映させていただきたい。

### (2) 地域区分について

地域区分については、経営環境と従事者の処遇に影響が大きいことから、「国の官署が所在しないことにより適用地域の設定のない地域等」の取り扱いについて、現行区分と新区分の係数の乖離が大きい地域については、激変緩和措置など十分な配慮をいただきたい。

### 3. 区分支給限度基準額について

平成 21 年度の介護報酬の加算関係の改定、特定事業所加算及びサービス提供体制加算などの創設により、給付額が増加したにも係らず支給限度額は据え置きとなっています。これにより限度額を既に越えて利用していた方、又は上限額相当の利用をしていた方において、負担増の懸念からサービスの利用抑制が発生するなど、その影響は現在も継続しています。

区分支給限度基準額についての論点としては、「ケアマネジメントの実態を踏まえた上で議論をすべき」とされているところですが、現在検討されている「介護職員処遇改善交付金分を介護報酬へ処遇改善加算（仮称）として組み入れ」等が実施された場合、在宅介護サービスをより多く利用しなければならない中重度要介護利用者には、その影響はさらに深刻な状況が発生すると思います。このため、以下の点について要望します。

- ①区分支給限度基準額について、医療依存度の高い利用者など一定の条件を満たした利用者についてはこれを引き上げることや、これを越えた利用部分についての段階的な利用者負担割合の導入を検討すること、及び事業所のサービスの質を評価する加算（特定事業所加算、サービス提供体制加算）については区分支給限度額に含まないこととすることなど、何らかの方策を講じることにより利用者負担の軽減をお願いしたい。

### 4. 介護サービスの質の評価について

前回の介護報酬改正により設けられた様々な加算要件については、制度が複雑になるとともに、利用者、事業者の双方からもわかりにくいものとなっている。また、事業者側が質を向上させ加算を受ければ利用者の負担が増加することから、事業者として加算が取りにくいといった問題も生じている。このため、サービスの質を高める事業者側の努力と利用者負担の在り方について見直しを図る必要がある。

### 5. その他（補足給付の見直し等）

「特定入所者介護サービス費（補足給付）」は、平成 17 年 10 月から、介護保険の施設サービスなどの居住費（部屋代・光熱費）と食費（食材料費・調理に関わる費用）について、低所得者への配慮として導入されたものであったと認識している。そ

のことからすれば、この仕組みを介護保険制度の中で継続すべきか、所得補償的に公費負担化すべきか、税控除等の対応とすべきかといった方法論も含めて、在宅での利用者も対象とした公平な低所得者対策についてのさらなる議論が必要であると考え

る。

このため、今後さらに在宅サービスを充実強化していく観点から、補足給付の在り方を見直すこと、高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費等の負担限度額や負担上限額等を見直すこと、及び重度の要介護者であってやむなく区分支給限度額上限額を超えて利用せざるを得ない方の負担軽減策を講じるなど、在宅サービス利用者に対する低所得者対策を包括的に充実強化させるべきである。

以上

#### 【参考】

「民間介護事業推進委員会」について

民間介護事業推進委員会は、民間の主体性に基づいた活動として、営利、非営利の枠を越えて民間介護事業者の中央団体が参集し、介護保険制度の下での事業環境の整備及びこれを支援する方策等について意見集約及び共同した取組を推進協議する場として設立されました。

(構成団体)

- 社会福祉法人 全国社会福祉協議会
- J A高齢者福祉ネットワーク
- 一般社団法人 日本在宅介護協会
- 日本生活協同組合連合会
- 一般社団法人 「民間事業者の質を高める」- 全国介護事業者協議会
- 特定非営利活動法人 市民福祉団体全国協議会
- 社団法人 シルバーサービス振興会