

社会保障審議会介護保険部会（第４８回）議事次第

平成２５年９月１８日（水）

９：００～１２：００

於 全国都市会館「大ホール」

議 題

１ 在宅サービスについて

- ① 通所介護
- ② 定期巡回・随時対応サービス
- ③ 小規模多機能型居宅介護
- ④ 複合型サービス
- ⑤ 訪問看護
- ⑥ 福祉用具
- ⑦ 住宅改修
- ⑧ 介護ロボット

２ 施設サービス等について

- ① 特別養護老人ホーム
- ② 高齢者向け住まい
- ③ 老人保健施設・介護療養型医療施設

【資料】

資料１ 在宅サービスについて

資料２ 施設サービス等について

在宅サービスについて

総論	1
1. 通所介護について	2
2. 定期巡回・随時対応サービスについて	11
3. 小規模多機能型居宅介護について	22
4. 複合型サービスについて	38
5. 訪問看護について	49
6. 福祉用具について	63
7. 住宅改修について	74
8. 介護ロボットについて	79

※資料中の各論点の【法律改正】【省令等改正】等の記載は、現在想定しているものを記載しており、今後の検討により変わりうる。

総 論

現状・課題

- 今後、在宅において、重度の要介護者、独居や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加していくことを踏まえると、通常の訪問介護や通所介護等の普及に加え、利用者の日常生活全般を支えるため、毎日必要に応じて複数回利用者と接することが可能なサービスや生活支援サービスの普及が必要である。また、これを実現するための適切なケアマネジメントの普及が必要である。
 - 在宅サービスに関して、
 - ① 個々の事業所単位だけではなく、広く事業所間で連携し事業運営できる仕組みの構築
 - ② 地域で不足している看護職員等の人材を柔軟に配置できるような連携体制の構築
 - ③ 介護事業者が地域における生活支援サービスに積極的に取り組むことができる体制の構築
- という方向で見直しを検討することにより、地域における人材の確保や包括的な支援体制の整備を進めていく必要があるのではないかと。

1. 通所介護について

現状・課題

- 平成24年度末現在、通所介護の利用者は、約160万人(平成13年度の約2.5倍)で介護サービス(介護予防含む)利用者全体(約463万人)の概ね3人に1人が利用している。
また、平成24年度の通所介護(介護予防含む)の費用額は、約1.4兆円(平成13年度の約3.7倍)で、平成24年度費用額累計約8.9兆円の15.6%を占める。
- 通所介護については、介護や機能訓練に重点を置いたもの、レスパイト中心のもの、サービス提供時間の長短、事業所の規模など、様々なサービス提供の実態がある。
- 特に小規模の事業所については、介護報酬単価が高く設定されており、実際に参入事業所数も、小規模事業所の増加が顕著な状況にある。
※ 小規模型事業所： 7,075事業所(H18.4) → 17,963事業所(H25.3)(+153%)
通所介護全体： 19,341事業所(H18.4) → 35,453事業所(H25.3)(+83%)
- 通所介護事業所が自主事業で宿泊サービスを提供する形態(いわゆる「お泊まりデイサービス」)については、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されている。

論点

- ① 通所介護は、そこで提供される事業内容の自由度が高く、様々なサービス提供の実態があるため、その機能に着目した上で、通所介護の事業内容を類型化し、それに応じて介護報酬にメリハリをつけることを検討してはどうか。【省令等改正】
- ② 柔軟な事業展開を促進する観点から、サービス提供実態を踏まえた上で、人員基準の緩和を検討してはどうか。【省令等改正】
- ③ 事業所数が増加している小規模の通所介護については、少人数で生活圏域に密着したサービスであることから、運営委員会等を通じた地域との連携や運営の透明性を確保するため、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づけてはどうか。（８ページ参照）【法律改正】
- ④ また、選択肢の一つとして、事業所の経営の安定性を図るとともに、柔軟な事業運営やサービスの質の向上の観点から、人員基準等の要件緩和をした上で、通所介護（大規模型・通常規模型）事業所のサテライト事業所に位置づけることや、小規模多機能型居宅介護の普及促進の観点から小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所に位置づけることも可能としてはどうか。（８ページ参照）【省令等改正】
- ⑤ 地域密着型サービスに位置づける場合、市町村の事務が増大することから、移行に際しての事業所指定の事務、運営推進会議の開催頻度等、事務負担の軽減を併せて検討するべきではないか。【省令等改正】
- ⑥ 通所介護の設備を利用して法定外の宿泊サービスを提供している場合については、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されている。
このため、利用者保護の観点から届出、事故報告の仕組みや情報の公表を行い、サービスの実態が把握され、利用者やケアマネジャーに情報が提供される仕組みとするべきではないか。【省令等改正】

社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

Ⅱ 医療・介護分野の改革

4. 介護保険制度改革

また、デイサービスについては、重度化予防に効果のある給付への重点化を図る必要がある。

(参考)

通所介護の人員・設備基準等について

定義

「通所介護」とは、利用者（要介護者等）を老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において、入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言・健康状態の確認その他日常生活上の世話、機能訓練を行うものをいう。

必要となる人員・設備等

通所介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

生活相談員	事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で1以上
看護職員	単位ごとに専従で1以上
介護職員	① 単位ごとにサービス提供時間に応じて専従で次の数以上（常勤換算方式） ア 利用者の数が15人まで 1以上 イ 利用者の数が15人を超す場合 アの数に利用者の数が1増すごとに0.2を加えた数以上 ② 単位ごとに常時1名配置されること ③ ①の数及び②の条件を満たす場合は、当該事業所の他の単位における介護職員として従事することができる
機能訓練指導員	1以上
生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤	

※定員10名以下の事業所の場合は看護職員又は介護職員のいずれか1名の配置で可

○ 設備基準

食堂	それぞれ必要な面積を有するものとし、その合計した面積が利用定員×3.0㎡以上
機能訓練室	
相談室	相談の内容が漏えいしないよう配慮されている

(参考)

通所介護の介護報酬について

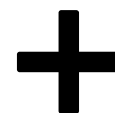
※ 加算・減算は主なものを記載

指定通所介護の介護報酬のイメージ（1回あたり）

サービス提供時間、利用者の要介護度及び
事業所規模に応じた基本サービス費（例）

	小規模型 (延べ利用者数 月300人以下)	通常規模型 (延べ利用者数 月300～750人)																				
5～7時間	<table><tr><td>要介護1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>700 単位</td><td>825 単位</td><td>950 単位</td><td>1,074 単位</td><td>1,199 単位</td></tr></table>	要介護1	2	3	4	5	700 単位	825 単位	950 単位	1,074 単位	1,199 単位	<table><tr><td>要介護1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>602 単位</td><td>708 単位</td><td>814 単位</td><td>920 単位</td><td>1,026 単位</td></tr></table>	要介護1	2	3	4	5	602 単位	708 単位	814 単位	920 単位	1,026 単位
要介護1	2	3	4	5																		
700 単位	825 単位	950 単位	1,074 単位	1,199 単位																		
要介護1	2	3	4	5																		
602 単位	708 単位	814 単位	920 単位	1,026 単位																		
7～9時間	<table><tr><td>要介護1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>809 単位</td><td>951 単位</td><td>1,100 単位</td><td>1,248 単位</td><td>1,395 単位</td></tr></table>	要介護1	2	3	4	5	809 単位	951 単位	1,100 単位	1,248 単位	1,395 単位	<table><tr><td>要介護1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>690 単位</td><td>811 単位</td><td>937 単位</td><td>1,063 単位</td><td>1,188 単位</td></tr></table>	要介護1	2	3	4	5	690 単位	811 単位	937 単位	1,063 単位	1,188 単位
要介護1	2	3	4	5																		
809 単位	951 単位	1,100 単位	1,248 単位	1,395 単位																		
要介護1	2	3	4	5																		
690 単位	811 単位	937 単位	1,063 単位	1,188 単位																		

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算



入浴介助を行った場合
(50単位)

栄養状態の改善のための
計画的な栄養管理
(150単位)

個別機能訓練の実施
(42単位、50単位)

口腔機能向上への計画的
な取組
(150単位)

中山間地域等でのサービ
ス提供
(+5%)

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)



定員を超えた利用や人員
配置基準に違反
(-30%)

事情により、2～3時間
の利用の場合 (3～4時間の
単位から -30%)

指定介護予防通所介護の介護報酬のイメージ（1月あたり）

要支援度に応じた基本サービス費

要支援1 2,099単位	要支援2 4,205単位
-----------------	-----------------



選択的サービス

- ・運動機能の向上 (225単位)
- ・栄養状態の改善 (150単位)
- ・口腔機能の向上 (150単位)

又は

生活機能向
上グループ
活動加算
(100単位)



利用者の状態改善に
取り組む事業所の評価

要支援度の維持改善の割
合が一定以上(120単位)

(参考)

通所介護の主な加算の算定状況

○入浴介助加算の算定状況

・通所介護のうち入浴介助加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 3
入浴介助加算の算定状況	74. 9%	73. 8%

※入浴介助加算の提供日数÷通所介護の提供日数から算出

・入浴介助加算の提供日数(単位:千日)

	H24. 4	H25. 3
入浴介助加算(50単位)	7, 876	8, 665

・通所介護の提供日数(単位:千日)

	H24. 4	H25. 3
通所介護	10, 516	11, 735

○栄養改善加算の算定状況

・通所介護のうち栄養改善加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 3
栄養改善加算の算定状況	0. 02%	0. 01%

※栄養改善加算の提供回数÷通所介護の提供回数から算出

・栄養改善加算の提供回数(単位:千回)

	H24. 4	H25. 3
栄養改善加算(150単位、月2回まで)	1. 6	1. 3

・通所介護の提供回数(単位:千回)

	H24. 4	H25. 3
通所介護	10, 573	11, 716

○個別機能訓練加算の算定状況

・通所介護のうち個別機能訓練加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 3
個別機能訓練加算(Ⅰ)の算定状況	15. 4%	16. 4%
個別機能訓練加算(Ⅱ)の算定状況	12. 5%	17. 1%

※個別機能訓練加算の提供日数÷通所介護の提供日数から算出

・個別機能訓練加算の提供日数(単位:千日)

	H24. 4	H25. 3
個別機能訓練加算(Ⅰ)(42単位)	1, 615	1, 922
個別機能訓練加算(Ⅱ)(50単位)	1, 310	2, 002

・通所介護の提供日数(単位:千日)

	H24. 4	H25. 3
通所介護	10, 516	11, 735

○口腔機能向上加算の算定状況

・通所介護のうち口腔機能向上加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 3
口腔機能向上加算の算定状況	0. 6%	0. 7%

※口腔機能向上加算の提供回数÷通所介護の提供回数から算出

・口腔機能向上加算の提供回数(単位:千回)

	H24. 4	H25. 3
口腔機能向上加算(150単位、月2回まで)	68. 1	76. 4

・通所介護の提供回数(単位:千回)

	H24. 4	H25. 3
通所介護	10, 573	11, 716

○若年性認知症利用者受入加算の算定状況

・通所介護のうち若年性認知症利用者受入加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 3
若年性認知症利用者受入加算の算定状況	0. 05%	0. 05%

※若年性認知症利用者受入加算の提供日数÷通所介護の提供日数から算出

・若年性認知症利用者受入加算の提供日数(単位:千日)

	H24. 4	H25. 3
若年性認知症利用者受入加算(60単位)	5. 5	5. 5

・通所介護の提供日数(単位:千日)

	H24. 4	H25. 3
通所介護	10, 516	11, 735

○生活機能向上グループ活動加算の算定状況

・介護予防通所介護のうち生活機能向上グループ活動加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 3
生活機能向上グループ活動加算の算定状況	7. 5%	5. 4%

※生活機能向上グループ活動加算の提供回数÷介護予防通所介護の提供回数から算出

・生活機能向上グループ活動加算の提供回数(単位:千回)

	H24. 4	H25. 3
生活機能向上グループ活動加算(100単位)	28. 4	22. 6

・介護予防通所介護の提供回数(単位:千回)

	H24. 4	H25. 3
介護予防通所介護	378	419

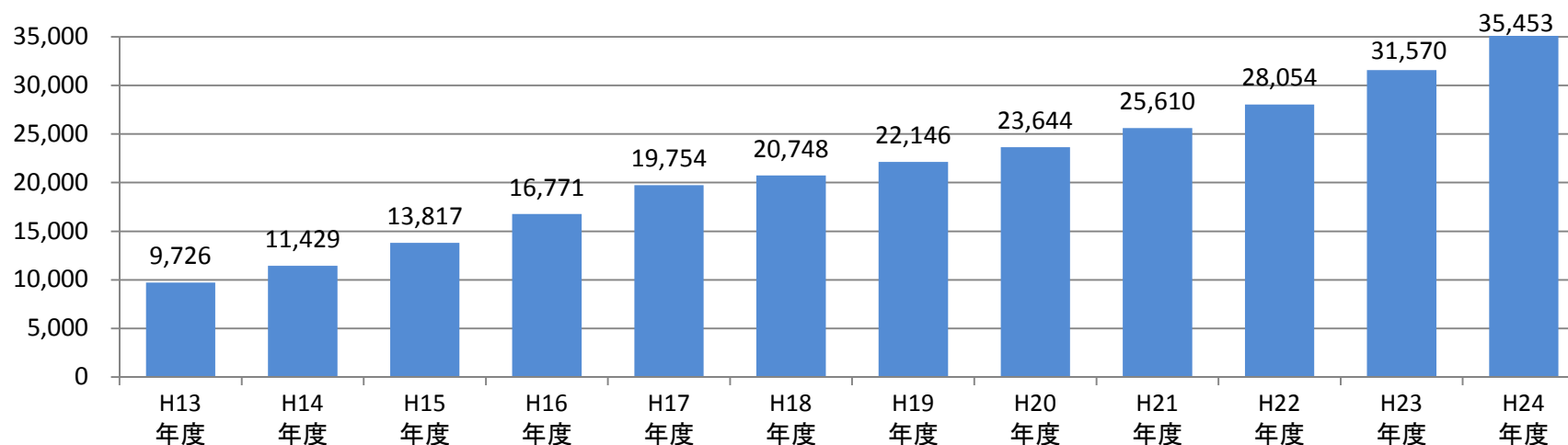
(出典) 介護給付費実態調査月報

(参考)

通所介護の請求事業所数

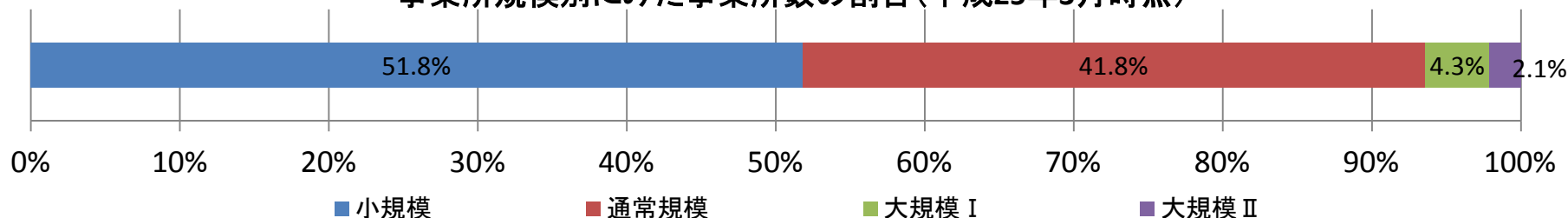
- 平成13年度末と比べ、介護報酬請求事業所数は、約3.6倍（9,726か所→35,453か所）に増加した。
- 特に小規模型事業所の増加率が高くなっている。
小規模型事業所： 7,075事業所（H18.4） → 17,963事業所（H25.3）（+153%）
通所介護全体： 19,341事業所（H18.4） → 35,453事業所（H25.3）（+ 83%）

請求事業所数



注）各年度の請求事業所数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分（4月審査分）の値としている（つまり、各年度末の値を記載している）。

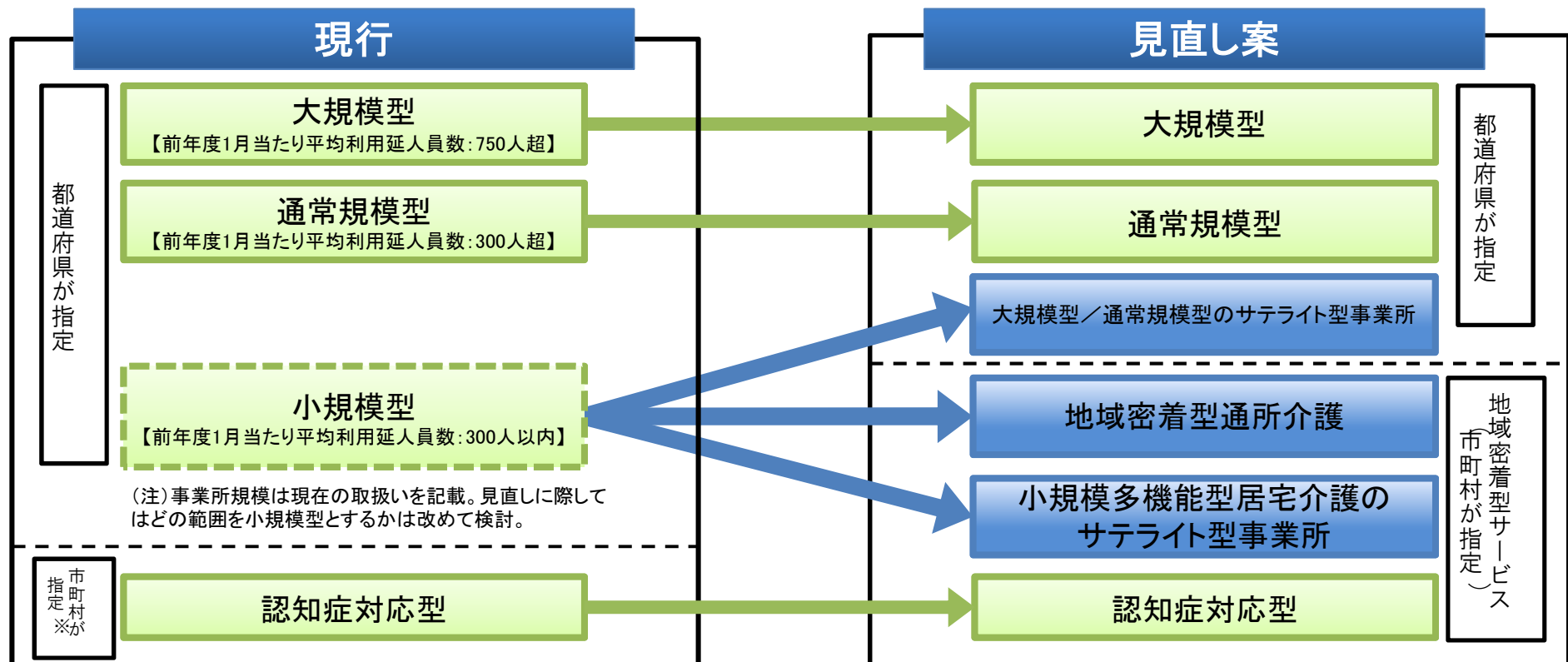
事業所規模別にみた事業所数の割合（平成25年3月時点）



※前年度の1月当たりの平均利用延人員数・・・300人以内：小規模 750人以内：通常規模 900人以内：大規模Ⅰ それ以上：大規模Ⅱ

小規模型通所介護の移行イメージ（案）

- 増加する小規模の通所介護の事業所について、①地域との連携や運営の透明性を確保するため市町村が指定・監督する地域密着型サービスへの移行、②経営の安定性の確保、サービスの質の向上のため、通所介護（大規模型・通常規模型）や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所への移行を検討。



※地域密着型サービス

※地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等

- 事業所の指定・監督
- 事業所指定、基準・報酬設定を行う際、住民、関係者からの意見聴取
- 運営推進会議への参加 等

※地域密着型サービスは、市町村の判断で公募により事業者を指定できる。

(参考)

東京都独自の「指定通所介護事業所等における宿泊サービスの基準及び届出・公表制度」の概要

宿泊サービスとは

指定通所介護事業所や指定認知症対応型通所介護事業所等において、その設備の一部を使用し、当該事業所の利用者に対して必要な介護や宿泊を伴うサービスを提供すること

届出・公表制度策定等の背景

- 指定通所介護事業所等の利用者を対象に、当該事業所の設備の一部を使用した宿泊サービスを提供する事業所が増加
- 宿泊サービスの基準や届出の制度がなく、実態把握や指導困難

届出・公表制度策定等の経過

- 宿泊サービスの基準や届出を義務付ける仕組みを設けるよう、国に対し緊急提案（平成23年2月）
- 都独自の「指定通所介護事業所等における宿泊サービスの基準及び届出・公表制度」を策定（平成23年5月施行）
- 平成23年7月1日より公表開始
- 区市町村や東京消防庁と連携し、事業所への実地調査を実施（通年）
- 平成25年5月1日現在の届出件数 361件
（うち、公表件数 313件）
- 宿泊サービスについて必要な法整備を国へ提案要求（平成23年度春・平成24年度春・平成25年度春）

届出・公表・都独自基準全体の概要

届出

- 1カ月に5日以上宿泊サービスを提供する事業所を対象
- 事業所の基本事項
- 基準の届出項目

公表

- 東京都のホームページで公表
- 届出の内容を原則公表

《効果》

- ・ 届出による事業所の実態把握
- ・ 利用者の安全確保
- ・ ケアプラン作成の情報として選択、活用
- ・ 都民の選択によるサービスの質の確保

宿泊サービスの都独自基準

指導・助言

都独自基準概要

【第一 総則】

- 目的
- サービス提供上の原則
 - ・ 緊急かつ短期間の提供等

【第二 人員基準】

- 従業者
 - ・ 1人以上 等
- 責任者

【第三 設備基準】

- 利用定員
 - ・ 事業所定員の1/2以下
- 宿泊室
 - ・ 1人当たり床面積7.43㎡以上等
- 消防設備

【第四 運営基準】

- 説明及び同意
- 計画の作成
- 健康への配慮
- 緊急時等の対応
- 事故発生時の対応
（指定通所介護事業所等の事故発生時の取扱いに準じる。等）

等

(注)平成23年5月施行

(参考)

平成26年度国の施策及び予算に対する東京都の提案要求(平成25年6月東京都)

高齢社会対策の推進(重点・一般)

4 法令に基づかない宿泊サービスを提供する通所介護事業所に関する法整備について

<現状・課題>

指定通所介護事業所等において実施する法令に基づかない宿泊サービスは、都の調査から、要介護度が高く火災の場合に自力で避難することが困難な高齢者が利用していることが判明しており、防火安全体制の確保が急を要するところである。また、高齢者の尊厳の保持の観点から、利用者の意思や人格が尊重された適切なサービスが提供されていることも重要である。

しかし、このサービスは、施設基準や届出の仕組みがなく、実態把握や法令等に基づく指導が困難な状況である。

このため、法整備が行われるまでの間、高齢者の尊厳の保持及び安全を確保するため、都において独自の基準及び届出・公表制度を平成23年5月1日に施行した。平成25年4月1日現在353事業所から届出を受けており、届出の際に必要な指導を行った上で、届出事業所の情報を公表している。

<具体的要求内容>

- (1) 通所介護事業所において、法令に基づかない宿泊サービスを提供する場合の施設基準等を設け、届出を義務付けること。
- (2) 基準等を設けるに当たっては、利用者の処遇が適切に行われるための十分な職員体制の確保、火災発生時の安全を確保するための防火体制の整備、利用者の尊厳が保持された環境を整えることなどを規定すること。
- (3) 現在法令に位置付けられていない宿泊サービスを提供する事業所に対し、立入調査や改善勧告等を行うことができるよう、法的な整備を行うこと。

平成25年度福祉に関する国の施策並びに予算に関する提案・要望(平成24年7月大阪府)

Ⅲ 介護保険制度、高齢者福祉に関する要望

3. 介護・福祉施設等の整備推進

③ 指定通所介護事業所等において実施されている宿泊サービスへの対応

指定通所介護事業所等において実施されている宿泊サービスいわゆる「お泊まりデイサービス」は全国的に拡大傾向にあるが、介護保険適用外の自主事業であり、基準等も定まっていないため、利用者の安全面や処遇面において問題が発生することが懸念される状態にある。

このため、本府では「お泊まりデイサービス」の利用者の安全面及び処遇面の確保を目的とする指導基準を策定し、事業者への周知並びに行政指導を実施することとしている。

ついては、国において「お泊まりデイサービス」の利用者の安全面及び処遇面の確保を実効あるものとするため、必要な措置を講ずること。

2. 定期巡回・随時対応サービスについて

現状・課題

- 平成25年7月末日現在、定期巡回・随時対応サービスは、158保険者で315事業所が指定を受け、3,609人が利用しているが、社会保障・税一体改革の将来推計では、平成37年度（2025年度）に15万人分のサービス確保を前提として推計されている。重度の要介護者、独居や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が今後増加していくことを踏まえると、そのような者の在宅生活を支えるため、定期巡回・随時対応サービスのさらなる普及促進を図っていく必要がある。
- しかしながら、サービスの普及は徐々には進んでいるものの必ずしも十分ではなく、更にサービスを普及していくためには、市町村、事業者、ケアマネジャー等が、サービスについての理解を深めていくとともに、地域のニーズを正しく把握していくことが重要である。
- また、看護職員の確保や訪問看護事業所との連携が参入の障壁の一つと言われている現状において、定期巡回・随時対応サービス利用者のうち、訪問看護を利用している者は3分の1程度となっている。

論点

- 事業者の参入を促し、定期巡回・随時対応サービスの普及を図るため、引き続き立ち上げ時の機器購入費の補助を行っていくとともに、一層の普及啓発や必要な規制の緩和を図るべきではないか。
 - ① 自治体や事業者、ケアマネジャー、看護関係者を中心に、サービスの普及啓発を徹底して行ってはどうか。特に、潜在的な需要を明らかにしていくためにも、埼玉県や横浜市の例に見られるような自治体による普及促進の努力が必要ではないか。
 - ② 定期巡回・随時対応サービス事業所と訪問看護事業所との連携が困難な現状などを踏まえ、事業の実施状況の更なる把握に努めるとともに、連携のあり方等を検討していくことが必要ではないか。【省令等改正】
 - ③ 定期巡回・随時対応サービスの普及と併せ、1日複数回サービス提供する選択肢として、訪問介護における身体介護の20分未満の報酬区分についても、その要件等のあり方を検討していくことが必要ではないか。【省令等改正】

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2. 医療・介護サービスの提供体制改革

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

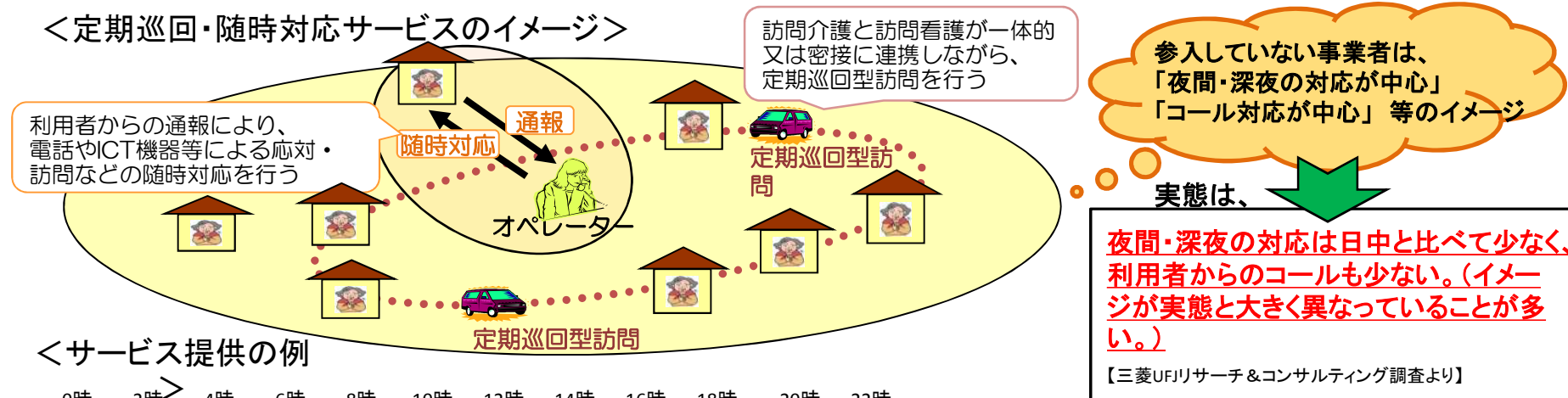
こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、2015(平成27)年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組みを進めていくべきである。

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。

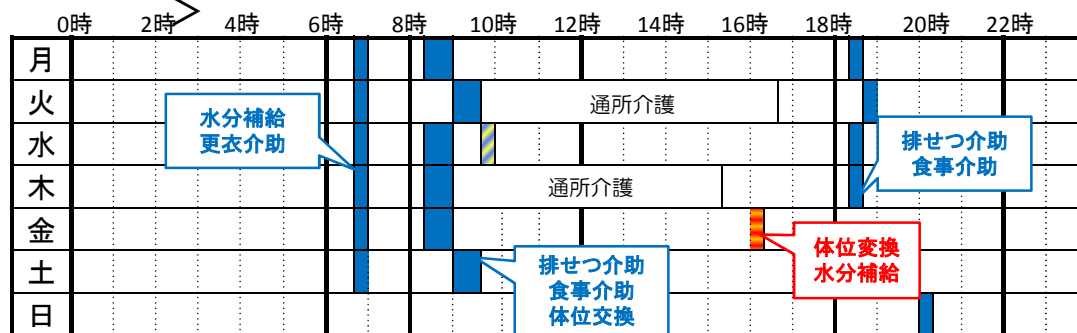
定期巡回・随時対応サービスについて

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設(2012年4月)。

＜定期巡回・随時対応サービスのイメージ＞



＜サービス提供の例＞



- ・**日中・夜間を通じて**サービスを受けることが可能
- ・**訪問介護と訪問看護を一体的に**受けることが可能
- ・定期的な訪問だけではなく、**必要なときに随時サービス**を受けることが可能

＜参考＞

1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人/日)	283保険者 (1.2万人/日)	329保険者 (1.7万人/日)

2. 社会保障・税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

(参考)

自治体の取り組み事例①

<埼玉県事例>

地域性の異なる2地域でモデル的に事業を実施

→県内全市町村でのサービス実施を目指す。

【検討会の開催】・・・全10回



- ・モデル市、指定予定事業所、県で構成
- ・スケジュール、課題整理、地域性の分析、事業展開の手法、広報計画・広報資料の内容等を検討

【検討会から見えてきた課題】



○正確なサービスの実態を伝えることの重要性

- ・イメージが先行し、正確なサービス実態が知られていない。

○地域包括支援センター職員やケアマネジャーへ事例を伝えることの重要性

- ・導入例が少なく、ケアマネジャーをはじめ関係者が利用のメリットや実態を知らない。

【課題解決のために行った取組】

★説明会・意見交換会の集中的な実施・・・全28回

- ・地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、メディカルソーシャルワーカー、自治会役員、民生委員等を対象
- ・改善事例などに沿った説明や意見交換
- ・深い意見交換とするため、極力少人数で実施

【行政の役割】・・・利用者、ケアマネジャー、事業者をつなぐ。

○キーパーソンへサービスを周知(説明会や意見交換会の実施)

- ・ケアマネジャー、地域包括支援センター職員（実際にサービス利用の提案を行う。）
- ・メディカルソーシャルワーカー（介護サービス利用前から利用者と関係性がある。利用のきっかけづくり。）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

Aさん 要介護 4のケース

■ 生活環境

- 転倒時の怪我が原因で寝たきり状態
- 同居家族はいるが日中独居
- 認知症の初期症状有り、ベッドからの転倒も度々有り

■ サービスの提供内容

- 1日3回（日中）の定期的な訪問介護
- 服薬管理、食事の用意、パッド交換、就寝介助、安否確認

介護度の高さや利用者の状態から不安感、転倒で複数回の随時コールがあると予想

定期的な訪問により生活が安定
不安感の払拭により転倒もなし

随時コールゼロ
開始から現在の36日間

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

このサービスの利用で改善した例

Dさん(男性) 要介護4(歩行困難)

サービス導入前の状況

- 高齢者夫婦のみ世帯
- デイサービスの利用をときどき断る
- 介護拒否があり訪問介護が難しい
- 妻が要介護1（認知症の初期）
- 福祉用具を入れたいが妻が断ってしまう
- 妻が認知症の服薬ができていないため不安定
- Dさんの痙攣が起きると妻が救急車を何回も呼ぶ
- 片づけができず室内は足の踏み場もない状態

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

Bさん 要介護 2のケース

■ 生活環境

- 独居生活（近所に家族有り、家族が交代で介護）
- 食事、服薬がきちんとできていない
- 時々、転倒も有り

■ サービスの提供内容

- 1日3回（日中）の定期的な訪問介護
- 食事の用意・確認、服薬管理

食事、服薬ともに安定
転倒などもしものときの安心感を得て高い満足度

随時コールゼロ 開始から現在の7日間

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

サービス導入後の改善状況

随時訪問: 1回/1日 随時コール: 60回/62日間

- 1日3回の訪問でヘルパーに慣れてきた→介護が可能に
- →室内の片付けも少しずつ可能に
- デイサービスの送り出し→確実にデイサービスへ通所
- 特殊ベッドと褥瘡予防マットの使用→痛みの緩和
- 緊急通報装置の設置、複数回訪問、随時対応→安心感
- →救急車を呼ばなくなった
- 台所掃除でヘルパーの調理が可能に→栄養面の改善

信頼・安心を提供

ヘルパーがやりがいを感じている

(参考)

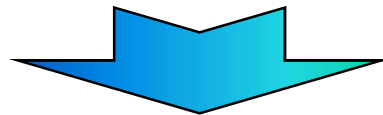
自治体の取り組み事例②

＜横浜市事例＞

市による積極的な関与

→ **18区全区での実施を目指す。**

- ①ケアマネジャー連絡会で制度説明 → ケアマネ側の受け入れ態勢を後押し
- ②市内の利用者データの提示 → 利用者確保の懸念の解消
- ③全事業者を直接訪問 → 市の熱意を示す
- ④事業者連絡会を発足 → 事業者の横の連携の強化や研鑽の場の提供
- ⑤メディアの活用 → 積極的な事業のPR
- ⑥事例発表会の開催 → 職員のスキルアップ、利用者へのPR



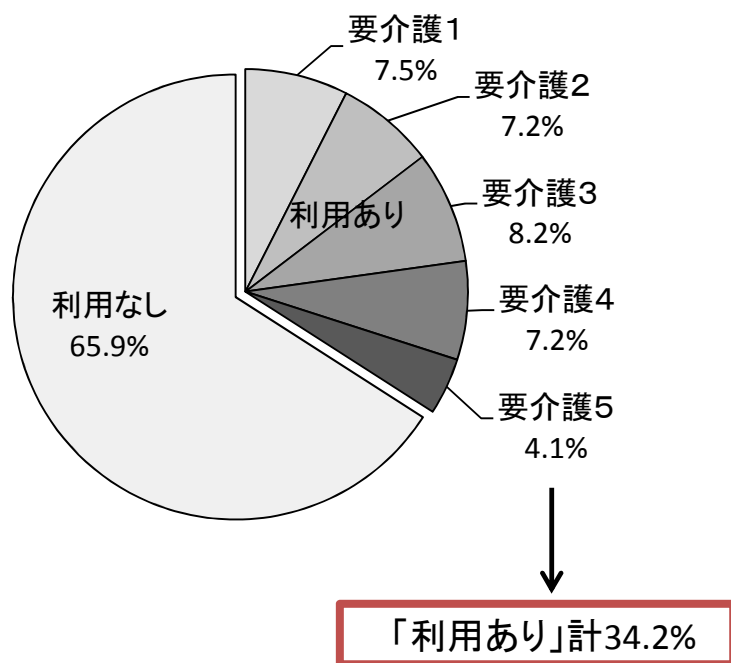
- ・ **市と事業者との信頼関係の構築**
- ・ **整備計画の目標達成**

(参考) 定期巡回・随時対応サービスの実施状況（訪問看護関係）

（平成24年10月末現在 振興課調べ）

- 利用者の34.1%が訪問看護を利用している。
- 訪問看護は20分未満の提供が77.5%。

① 訪問看護利用者の割合



② 1月あたりの訪問看護平均利用回数

	平均訪問回数
全体	3.2回
要介護1	2.4回
要介護2	3.0回
要介護3	3.2回
要介護4	3.9回
要介護5	4.4回

③ サービス提供時間別訪問看護回数

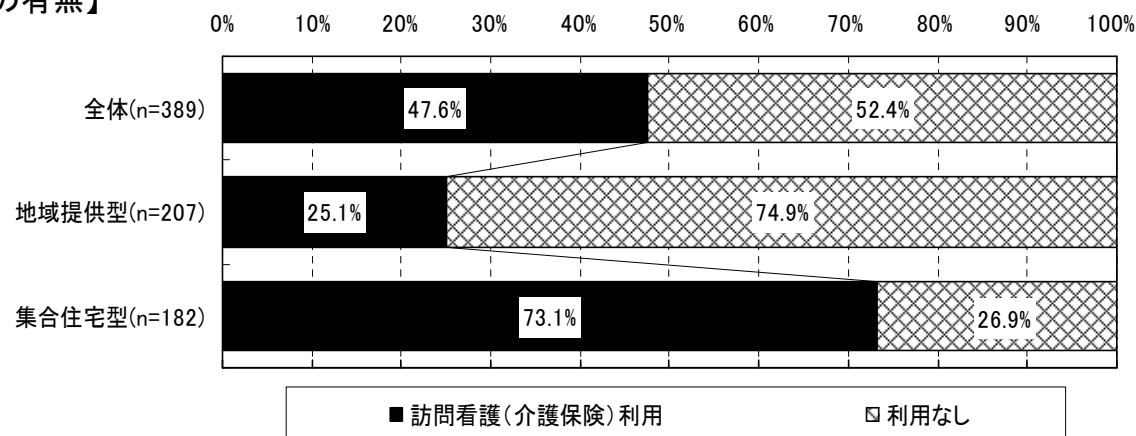
	訪問回数	割合
20分未満	2,470回	77.5%
20分以上30分未満	431回	13.5%
30分以上1時間未満	222回	7.0%
1時間以上	66回	2.1%
全 体	3,189回	100.0%
(うち随時訪問)	316回	9.9%

【実態】看護ニーズのある利用者の割合

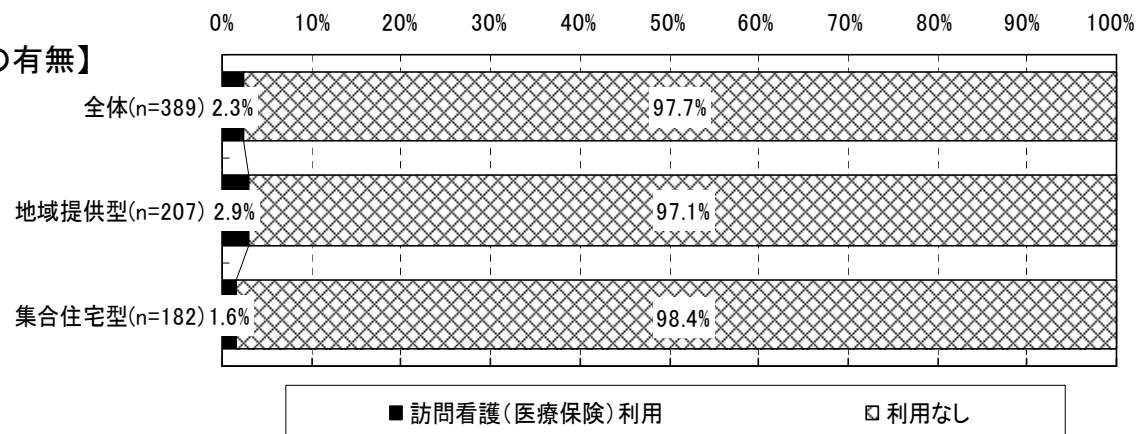
- 地域提供型の利用者で訪問看護(介護保険)の利用者は全体の4分の1となっている。

※調査段階において、当該事業所における本サービスのすべての利用者が特定の集合住宅に住居している場合に、「集合住宅型」とし、それ以外の事業所を「地域提供型」と整理している。

【訪問看護(介護保険)の利用の有無】

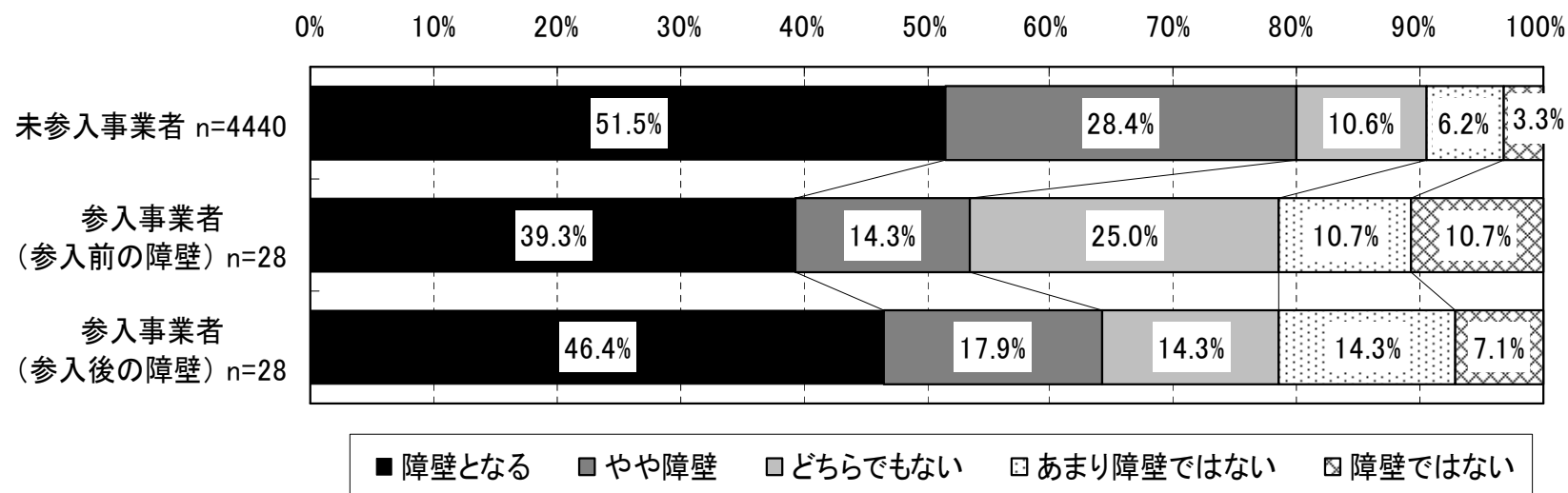


【訪問看護(医療保険)の利用の有無】



「看護職員の確保、 連携先となる訪問看護事業所の確保」

- 看護職員の確保や、連携先となる訪問看護事業所の確保は、参入事業所においても、参入障壁となっており、参入後も引き続き課題となっていることがわかる。



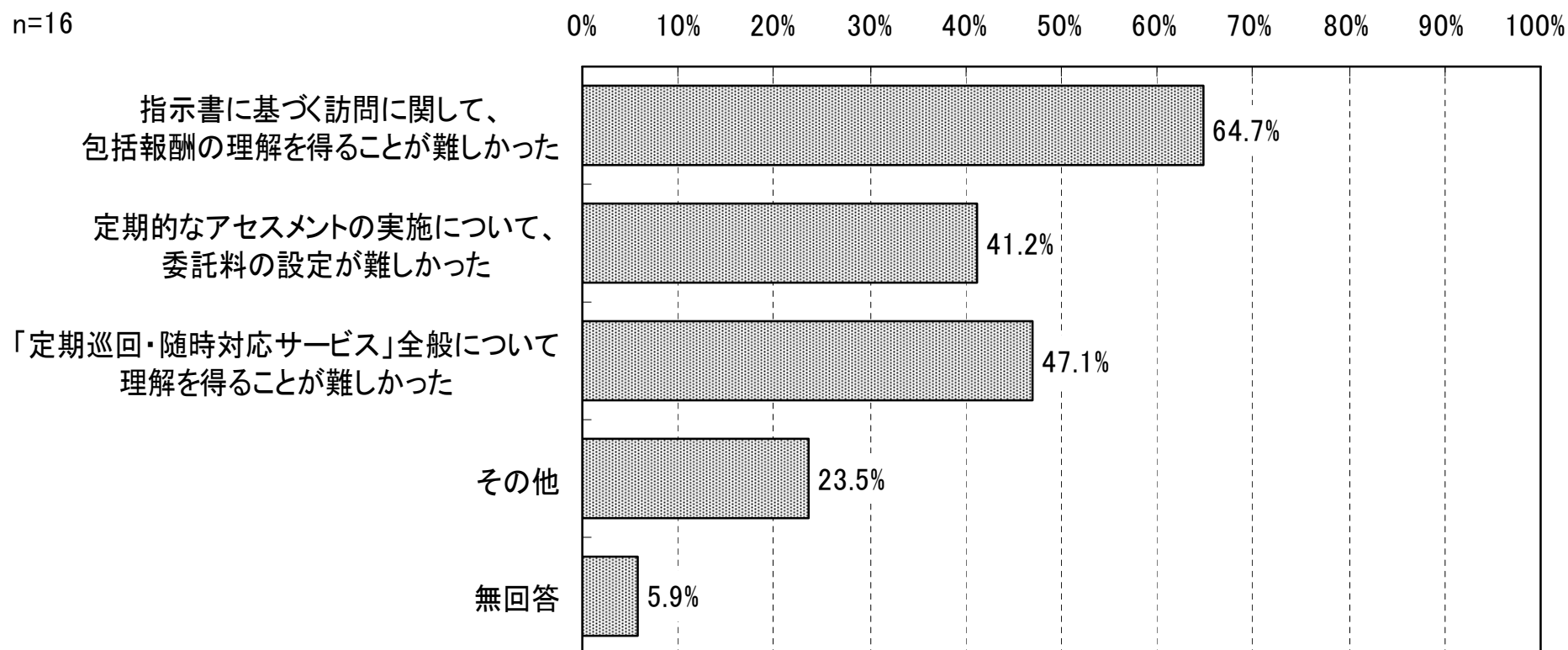
※参入事業者の「参入前」の障壁、及び「参入後」の障壁について、いずれも回答のあった事業所を集計対象としている
※未参入事業所の無回答は除いている

(参考)

平成24年度老人保健健康増進等事業(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)より

連携型：連携先の訪問看護事業所の確保が困難な理由

n=16



(参考)

身体介護の短時間区分について

【「身体介護が中心である場合」の時間区分の見直し】（平成24年度報酬改定）

（改正前）

30分未満 254単位
（30分以上については省略）



（改正後）

20分未満（新設）	170単位
20分以上30分未満	254単位

※ 30分以上の時間区分についてはこれまでどおり

【日中の時間帯において「20分未満」の時間区分を算定する場合の要件】

※ 夜間・深夜・早朝の時間帯における20分未満の算定については下記の要件を適用しない。

○ 利用対象者

- ・ 要介護3から要介護5までの者であり、障害高齢者の日常生活自立度ランクB～Cの利用者
- ・ 当該利用者に係るサービス担当者会議（サービス提供責任者が出席するものに限る。）が、3月に1度以上開催されており、当該会議において、1週間のうち5日以上、夜間又は早朝の時間帯を含めた20分未満の身体介護が必要と認められた者であること。

○ 事業所の体制要件

- ・ 毎日、深夜帯を除く時間帯（6:00～22:00）を営業時間として定めていること。
- ・ 常時（営業時間外も含む。）、利用者又は家族等からの連絡に対応できる体制にあること。
- ・ 「定期巡回・随時対応サービスの指定を受けている」又は「定期巡回・随時対応サービスの指定を受けていないが、実施の意思があり、実施に関する計画を策定している」こと。

○ 想定されるサービス

- ・ おむつ交換・体位交換・水分補給等、1日のうち定期的に発生する短時間の身体介護
- ※ 単なる見守り・安否確認のみのサービスによる算定は従前どおり認めない

3. 小規模多機能型居宅介護について

現状・課題

- 平成25年3月現在、小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）の利用者は約7万人であるが、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅生活の限界点を高めるため、今後もサービスのさらなる普及促進を図っていく必要がある。
※社会保障・税一体改革の将来推計では、平成37年度（2025年度）に40万人分のサービス確保を前提として推計。
- 平成18年度のサービス創設以降、登録された利用者に対して「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を提供するサービスとしての役割を担ってきたが、「訪問」の提供が少なく、「通い」に偏ったサービスとなっている。
- 訪問実績が少ない事業所がある一方で、今後在宅において、重度の要介護者、独居や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加していくことを踏まえると、「訪問」を強化する必要性が高まっている。
- また、今後は、地域包括ケアシステムを担う中核的なサービス拠点の一つとして、地域に対する役割の拡大が求められている。

論点

- 事業者の参入を促すとともに、地域住民に対する支援を柔軟に行うことが可能になるよう、小規模多機能型居宅介護事業所の役割を見直す必要があるのではないか。
 - ① これまでのように「通い」を中心としたサービス提供に加え、在宅での生活全般を支援していく観点から、「訪問」の機能を強化する方策（25名の登録定員の弾力化、人員配置の見直し等）を検討してはどうか。【省令等改正】
 - ② 小規模多機能型居宅介護事業所の役割として、登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和など運営を柔軟に行うことが可能な指定基準とすることを検討してはどうか。【省令等改正】
 - ③ 看護職員の効率的な活用の観点から、人員配置について、他事業所との連携等の方策を検討してはどうか。【省令等改正】

- ④ 地域のサービス拠点の一つとして小規模多機能型居宅介護事業所の活用を図るため、事業所に配置されているケアマネジャーによる要介護認定申請の代行を認めることとしてはどうか。【法律改正】

※現在ケアマネジャーが配置されているサービスのうち、介護保険法上、介護保険施設や居宅介護支援事業者等は要介護認定の申請代行が認められているが、小規模多機能型居宅介護事業者等は認められていない。

- ⑤ 通所介護の見直しに関連し、小規模多機能型居宅介護の普及促進の観点から、小規模通所介護事業所が小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所に移行できるよう、「宿泊」や「訪問」の機能を自らは持たずに本体事業所との連携により提供する形を認めることを検討してはどうか。【省令等改正】

- ⑥ 基準該当短期入所生活介護事業所の設置を促進するため、基準該当短期入所生活介護事業所が併設できるよう事業所等の対象を小規模多機能型居宅介護事業所にも広げるべきではないか。

また、専用の居室が必要とされている設備基準の緩和を検討してはどうか。【省令等改正】

社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2. 医療・介護サービスの提供体制改革

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

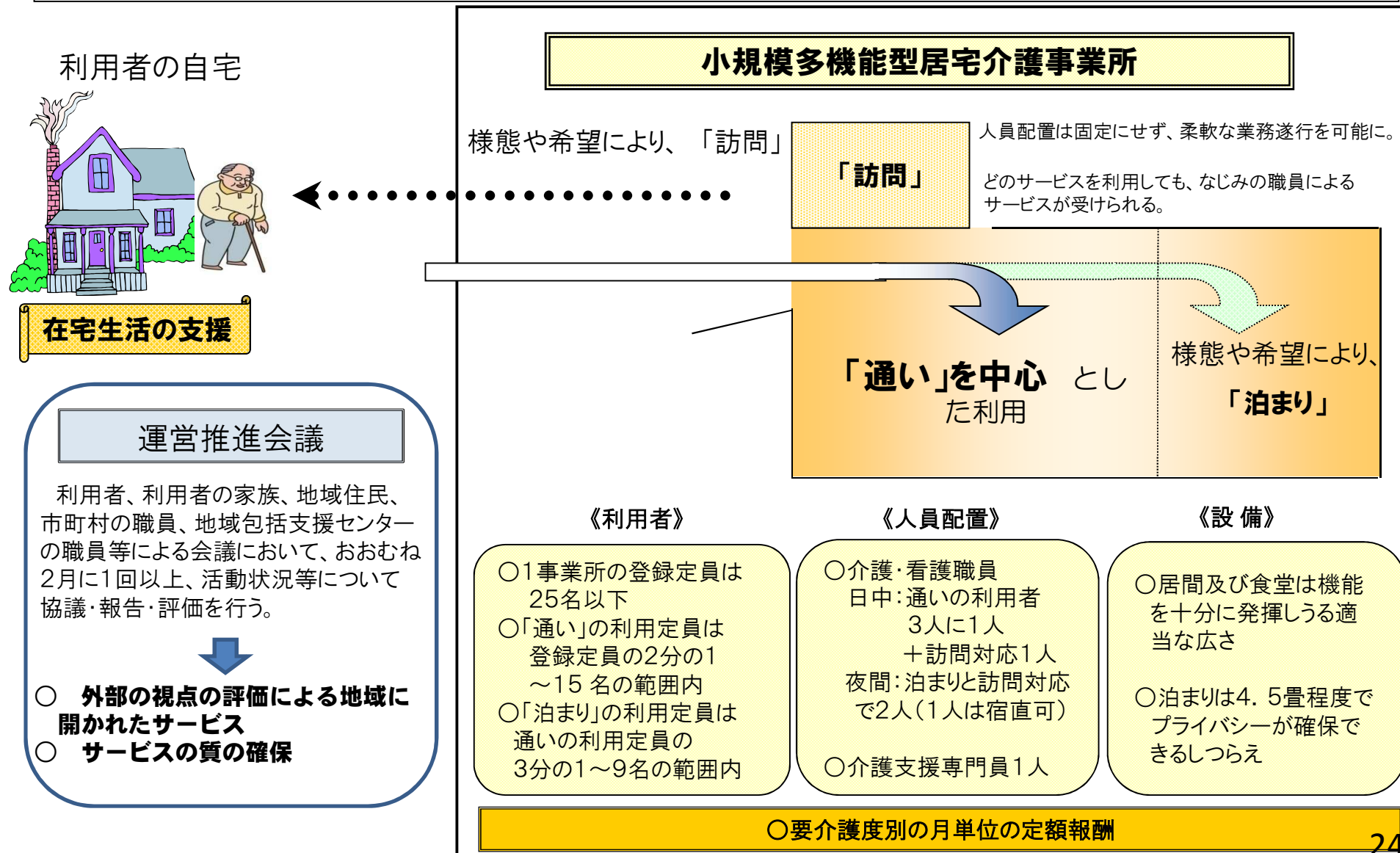
こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、2015（平成27）年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組みを進めていくべきである。

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。

(参考)

小規模多機能型居宅介護の概要

「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、**随時「訪問」や「泊まり」**を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



(参考)

小規模多機能型居宅介護事業所の人員基準

			本体事業所	サテライト型事業所
代表者			認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者	本体の代表者
管理者			認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した常勤・専従の者	本体の管理者が兼務可能
小規模多機能型居宅介護従業者	日中	通いサービス	常勤換算方法で3：1以上	常勤換算方法で3：1以上
		訪問サービス	常勤換算方法で1以上（他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）	1以上（本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）
	夜間	夜勤職員	時間帯を通じて1以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）	時間帯を通じて1以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）
		宿直職員	時間帯を通じて1以上	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
	看護職員		小規模多機能型居宅介護従業者のうち1以上	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
介護支援専門員			介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上

※ 代表者・管理者・看護職員・介護支援専門員・夜間の宿直者（緊急時の訪問対応要員）は、本体との兼務等により、サテライト型事業所に配置しないことができる。

(参考)

小規模多機能型居宅介護事業所の設備・運営基準

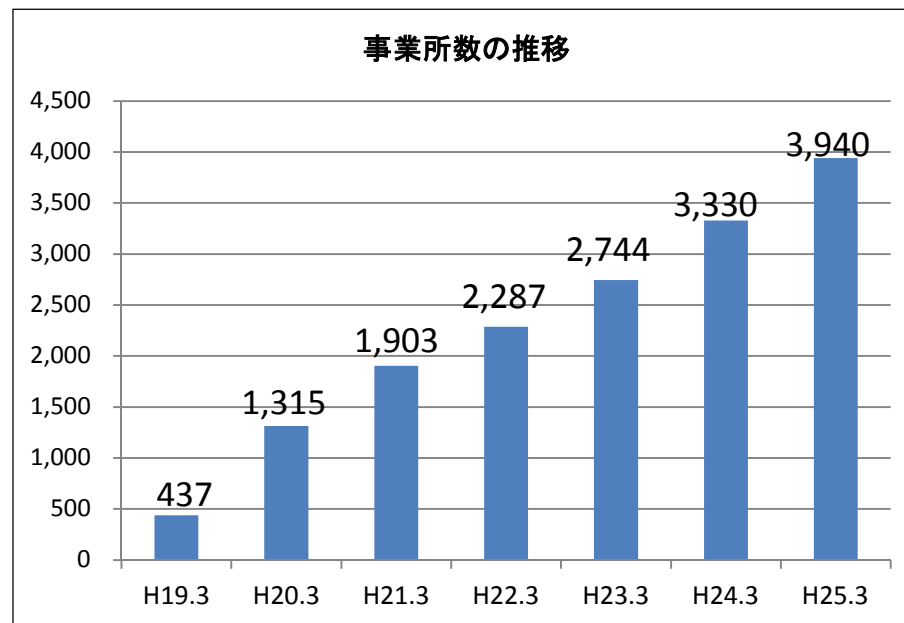
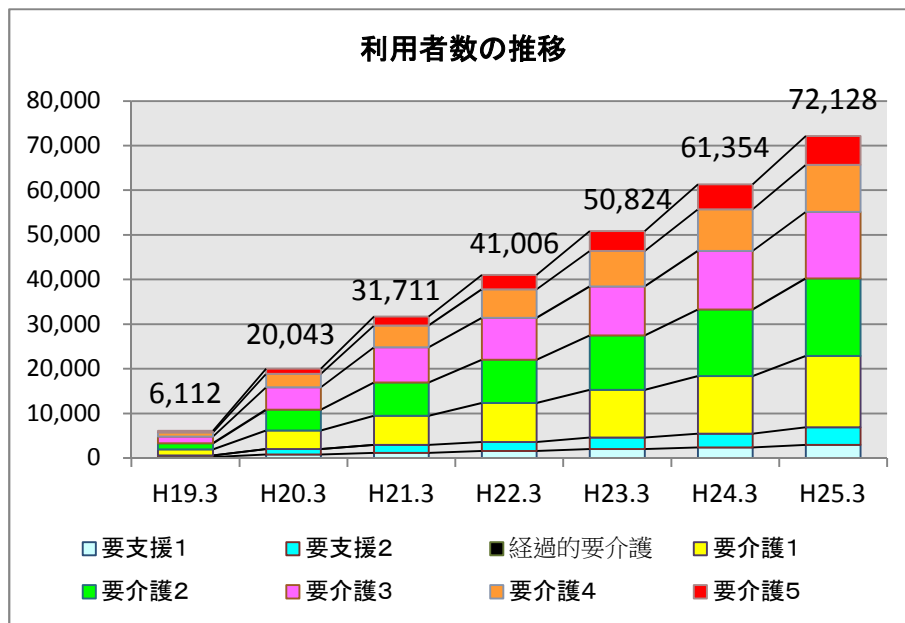
サテライト事業所の 本体となる事業所	・ <u>小規模多機能型居宅介護事業所</u> ・ <u>複合型サービス（小規模多機能型居宅介護・訪問看護）事業所</u>		
本体1に対するサテラ イト事業所の箇所数	・ <u>最大2箇所まで</u>		
本体事業所とサテライ ト事業所との距離等	・ <u>自動車等による移動に要する時間がおおむね20分未満の近距離</u>		
サテライト事業所の 設備基準等	・ サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問機能は必要 ※ <u>本体の空床状況や利用者の心身の状況に配慮した上で、サテライト型利用者が本体事業所に宿泊することも可能</u> ※ <u>本体の訪問スタッフが、サテライト型利用者に訪問することも可能</u>		
指定	・ <u>本体、サテライト型それぞれが受ける</u>		
登録定員等		本体事業所	サテライト型事業所
	登録定員	<u>25人まで</u>	<u>18人まで</u>
	通いの定員	<u>登録定員の1/2～15人まで</u>	<u>登録定員の1/2～12人まで</u>
	泊まりの定員	<u>通い定員の1/3～9人まで</u>	<u>通い定員の1/3～6人まで</u>
介護報酬	・ <u>通常の小規模多機能型居宅介護の介護報酬と同額</u>		

※ サテライト型事業所の本体については、通い・泊まり・訪問機能を有する小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所とし、本体との円滑な連携を図る観点から、箇所数及び本体との距離等について一定の要件を課す。

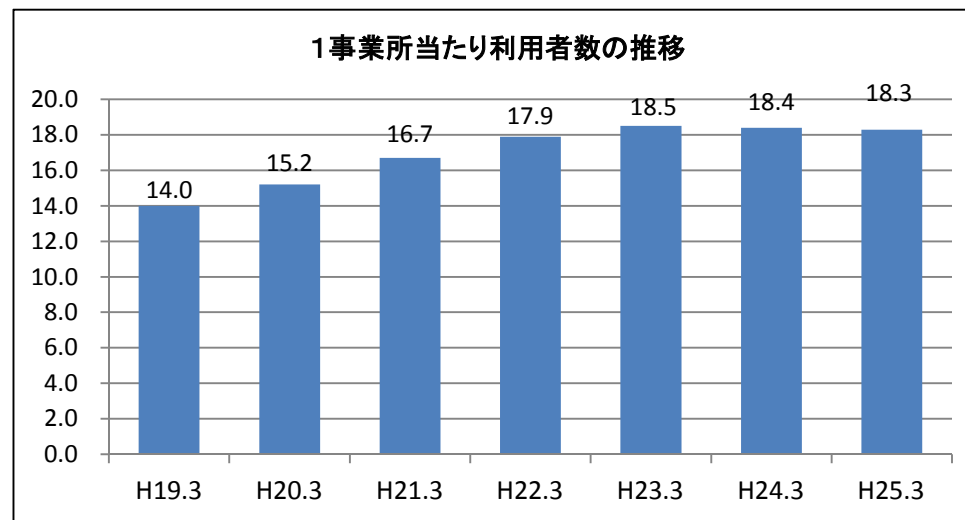
※ サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問機能を提供することとするが、宿泊サービス・訪問サービスについては、効率的に行うことを可能とする。

(参考)

小規模多機能型居宅介護の現状について



1日あたりの訪問回数 (1か月平均)	事業所数	割合
0回	29	2.5%
1回未満	138	11.8%
1回～2回未満	223	19.0%
2回～3回未満	171	14.6%
3回～4回未満	140	12.0%
4回～5回未満	108	9.2%
5回～6回未満	73	6.2%
6回～7回未満	57	4.9%
7回～8回未満	39	3.3%
8回～9回未満	41	3.5%
9回～10回未満	30	2.6%
10回～15回未満	66	5.6%
15回～20回未満	26	2.2%
20回～30回未満	20	1.7%
30回以上	10	0.9%
合計	1,171	100%

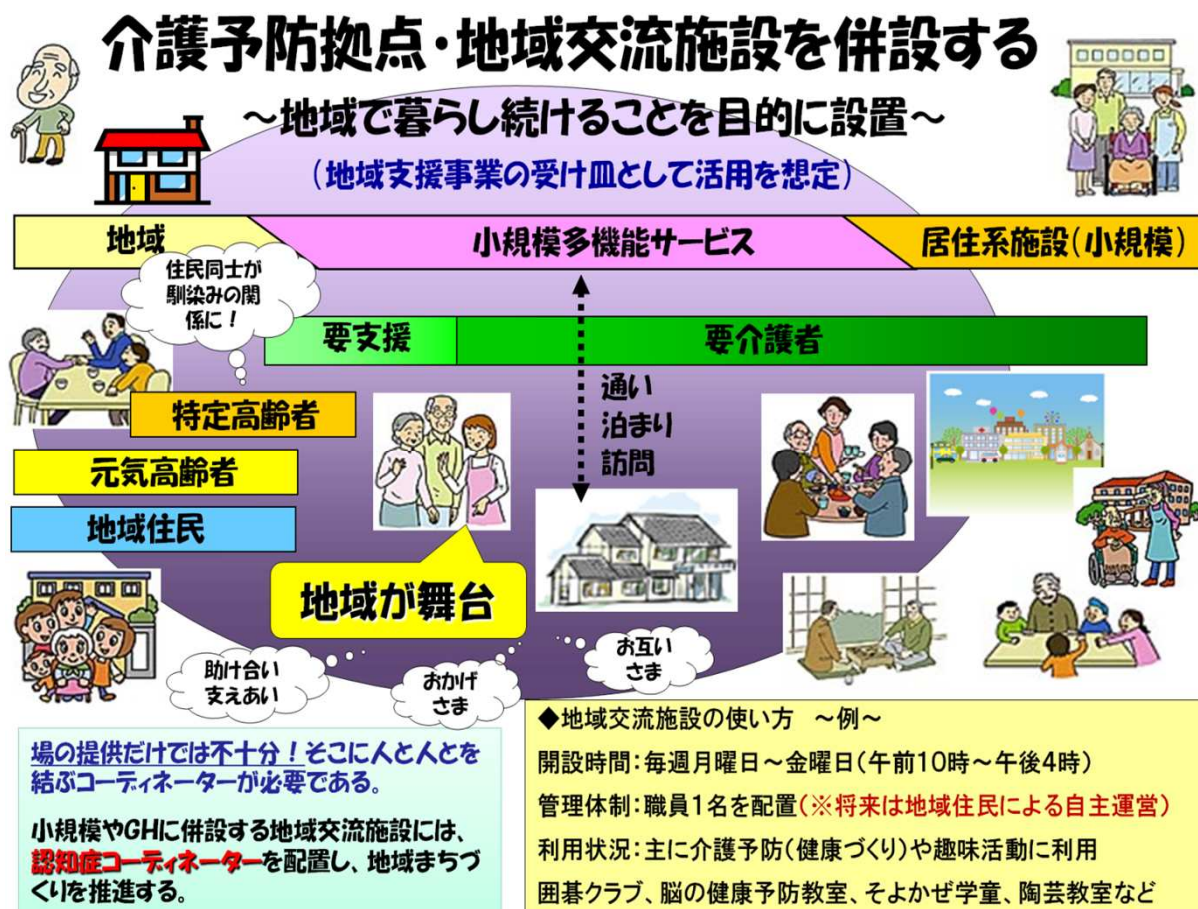


(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」。ただし、訪問回数別事業所数は全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会調べ。

(参考)

小規模多機能型居宅介護事業所と併設した地域の交流拠点の設置(大牟田市)

- 通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている。
- 平成24年3月末現在、小規模多機能型居宅介護事業を行っている24事業所に設置。



ご近所の方によるお茶会



ペン習字教室

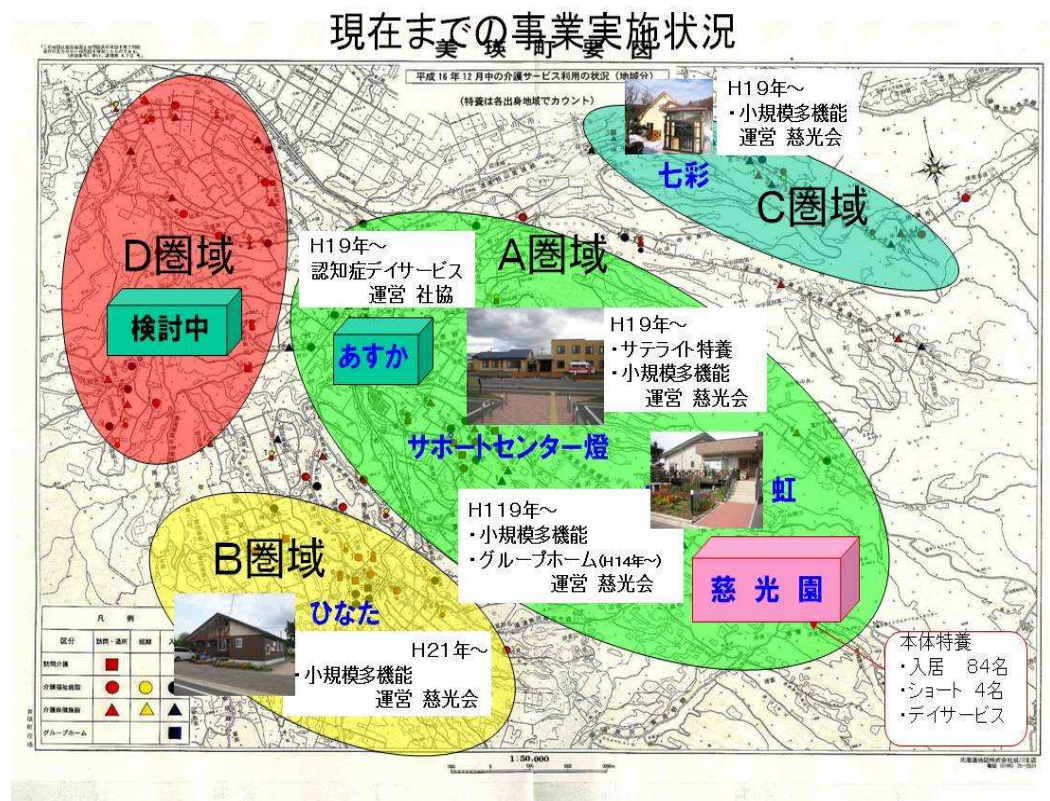
(参考)

小規模多機能型居宅介護事業所を中核とした地域コミュニティの推進(北海道美瑛町)

○ 小規模多機能型居宅介護事業所の整備に当たっては、計画段階から住民意見を深く反映させるとともに、開設後も住民が参画する「運営推進会議」が事業所のあり方や地域との関わりを議論し、小規模多機能型居宅介護事業所を中核とし、住民との協働による地域コミュニティの推進を図っている。

- ・小規模多機能型居宅介護事業所に併設した地域交流スペースを活用した喫茶店(サロン活動) 月1回開催、40名程度来店
- ・小規模多機能型居宅介護事業所が仲介し、協力員による安否確認 協力員(運営推進会議メンバー)20名
- ・ふれあい昼食会 月1回開催 30~40名程度参加

○ 平成25年4月現在、4日常生活圏域で5事業所を展開中。

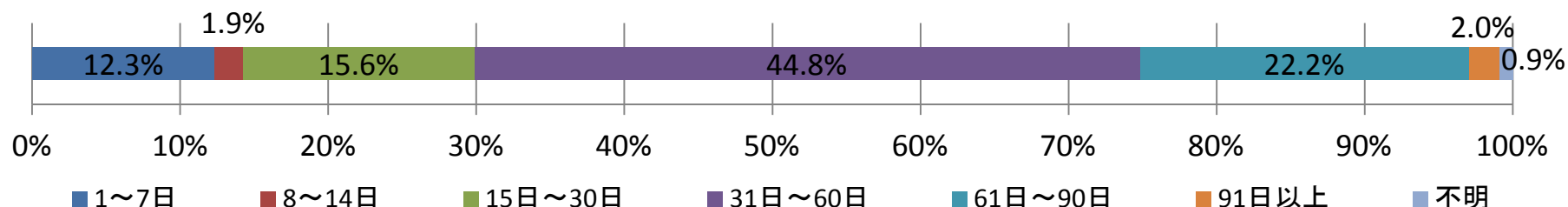


(参考)

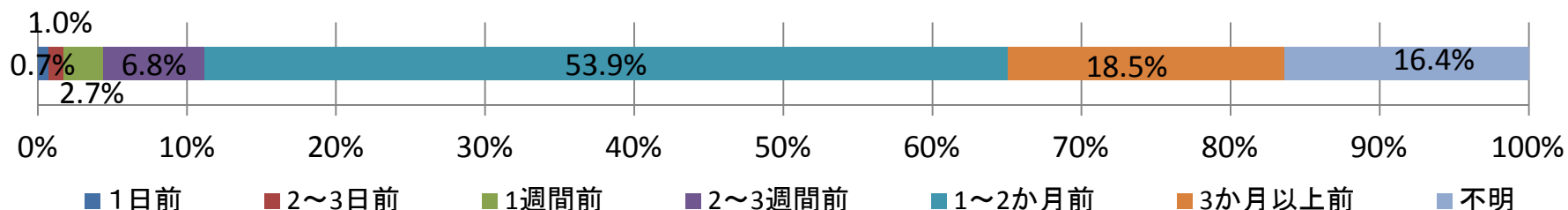
短期入所生活介護の予約受付時期、利用申込日、平均利用日数の割合

- 2か月前から予約受付を開始する事業所が約7割である。
- 1か月～2か月前に利用申込をする利用者が約5割であり、利用のかなり前から予約する者が多い。
- 1回あたりの平均利用日数は、14日以内が約7割であり、長期の利用者も若干みられる。

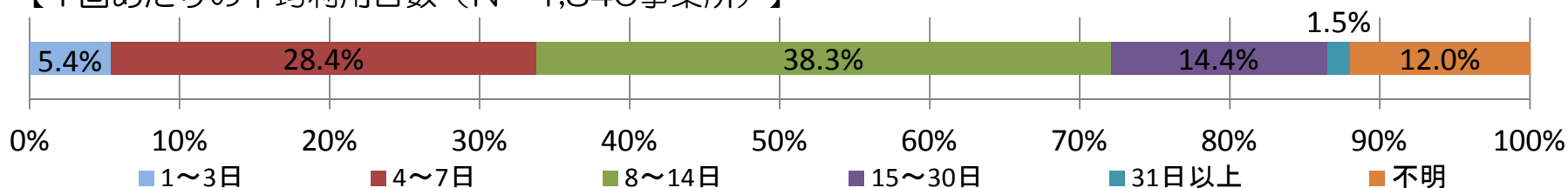
【ショートステイ事業所における予約受付開始時期（N＝1,340事業所）】



【ショートステイの利用申込日（N＝5,072人）】



【1回あたりの平均利用日数（N＝1,340事業所）】



資料：平成23年度 老人保健事業推進事業費等補助金

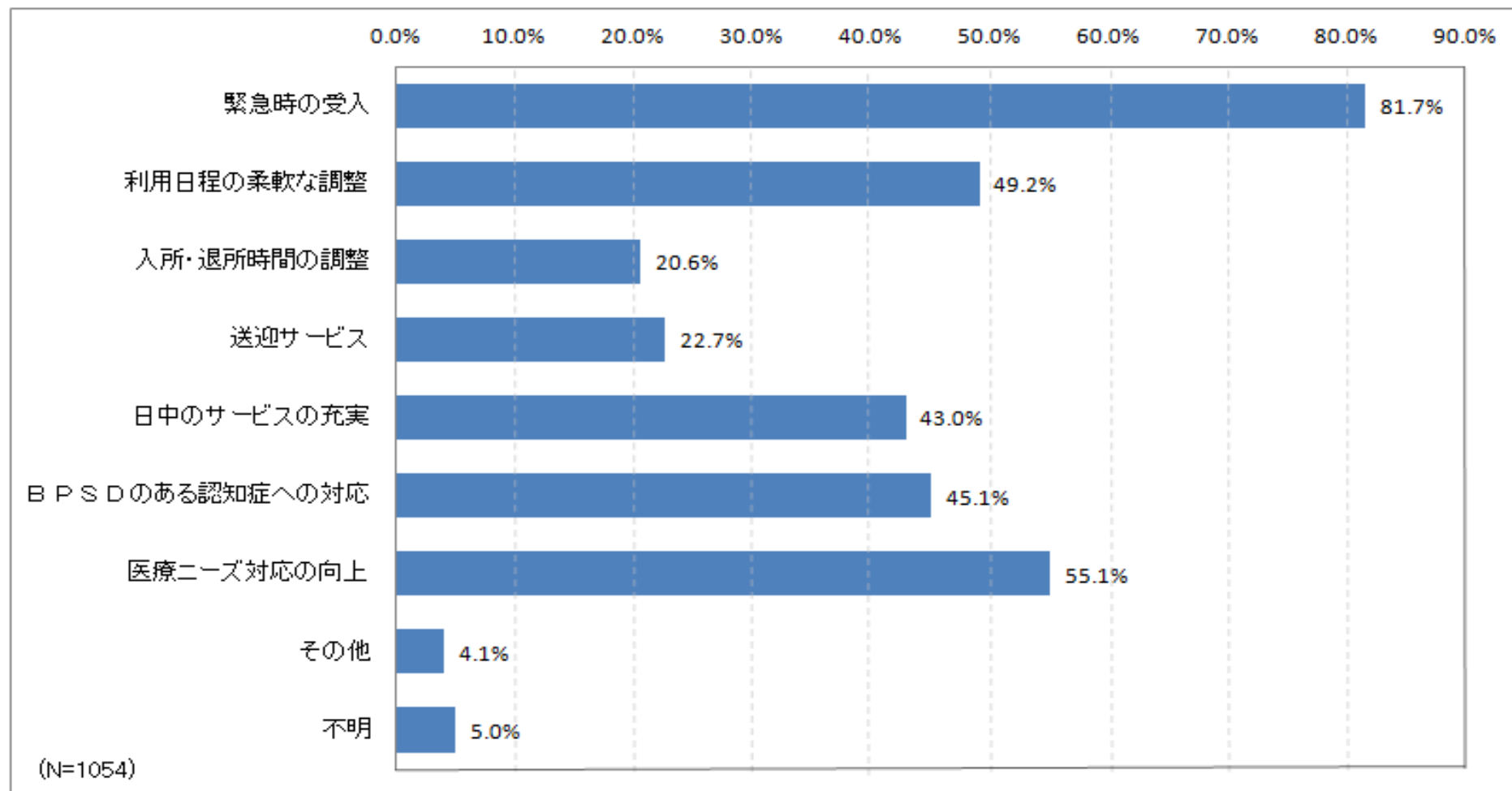
「レスパイトケアの推進に資する短期入所生活介護のあり方に関する調査研究事業 報告書」(日本介護支援専門員協会)より

(参考)

短期入所生活介護に対する要望

○ 短期入所生活介護に対する要望としては、「緊急時の受入」や「利用日程の柔軟な調整」といった緊急対応の要望が多い。

短期入所生活介護に対する要望（複数回答）（対象者：介護支援専門員）



資料：平成23年度 老人保健事業推進事業費等補助金

「レスパイトケアの推進に資する短期入所生活介護のあり方に関する調査研究事業 報告書」(日本介護支援専門員協会)より

(参考)

基準該当短期入所生活介護について

基準該当サービスとは

- 基準該当サービスとは、指定居宅サービスの要件(人員・設備・運営基準)の一部を満たしていない事業者のうち、厚生労働省令で定める一定の基準を満たすサービスをいう。
- 基準該当居宅サービスに係る介護報酬については、
 - ① 市町村が「必要があると認めるとき」に支給できるものとされ、
 - ② その額については、厚生労働大臣が定める介護報酬の額を基準として市町村が額を定めることとなっている。

指定短期入所生活介護と基準該当短期入所生活介護の比較（異なる部分のみ抜粋）

		指定短期入所生活介護	基準該当短期入所生活介護
従業者	医師	1人以上	不要（平成24年基準改定）
	生活相談員	①常勤換算方法で利用者100人に1以上 ②1人は常勤（利用定員20人未満の併設事業所は除く）	<u>1人以上</u>
	介護職員 又は 看護職員	①常勤換算方法で利用者3人に1以上 ②それぞれ1人は常勤（利用者定員20人未満の併設事業所は除く）	<u>常勤換算方法で利用者3人に1以上</u>
	栄養士	1人以上（利用定員40名以下で他の施設の栄養士と連携可能な場合は不要）	<u>1人以上（利用定員に関わらず、他の施設の栄養士と連携可能な場合は不要）</u>
利用定員等		（1）20人以上（特別養護老人ホームの空床を利用する場合は20人未満に出来る）	<u>利用定員は20人未満とする</u>
		（2）併設事業所は20人未満に出来る	
設備等		廊下幅は1.8メートル以上（中廊下の幅は2.7メートル以上）	<u>車椅子での円滑な移動が可能な廊下幅</u>
居室面積		1人当たり10.65㎡	1人当たり <u>7.43㎡</u> （平成24年基準改定）

※ 基準該当ショートは指定通所介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所又は社会福祉施設に併設しなければならない。

(参考)

基準該当短期入所生活介護の整備状況

都道府県	H22.5.31 時点	H23.9.30 時点	H24.10.31 時点
北海道	4	3	3
青森県			
岩手県			
宮城県	9	12	10
秋田県	1	1	1
山形県	3	3	4
福島県			
茨城県	6	5	5
栃木県			
群馬県	1	1	1
埼玉県			
千葉県	15	15	15
東京都	12	10	9
神奈川県	1	1	1
新潟県	6	7	10
富山県	31	30	33

都道府県	H22.5.31 時点	H23.9.30 時点	H24.10.31 時点
石川県			
福井県			
山梨県			
長野県	38	39	43
岐阜県	6	6	7
静岡県	1	1	1
愛知県	1	1	1
三重県	13	14	17
滋賀県	1	1	1
京都府			1
大阪府			
兵庫県	2	2	2
奈良県	3	4	5
和歌山県			
鳥取県			
島根県	4	4	3

都道府県	H22.5.31 時点	H23.9.30 時点	H24.10.31 時点
岡山県	1	1	1
広島県			
山口県			
徳島県			
香川県	1	1	1
愛媛県	5	6	6
高知県	3	2	2
福岡県			
佐賀県			
長崎県			
熊本県			
大分県	1	1	1
宮崎県	3	3	3
鹿児島県	1	1	1
沖縄県			

全国合計	173	175	188
------	-----	-----	-----

注) H22.5.31時点、H23.9.30時点のデータはWAM NET 介護保険事業者情報
H24.10.31時点のデータは厚生労働省調べ

(参考) 短期入所生活介護（ショートステイ）の概要

短期入所通所介護の基本方針

「短期入所生活介護」の事業とは、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者（要介護者等）が老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。

必要となる人員・設備等

短期入所生活介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

医師	1 以上
生活相談員	利用者 100 人につき 1 人以上（常勤換算） ※うち 1 人は常勤（利用定員が 20 人未満の併設事業所を除く）
介護職員又は看護師若しくは 准看護師	利用者 3 人につき 1 人以上（常勤換算） ※うち 1 人は常勤（利用定員が 20 人未満の併設事業所を除く）
栄養士	1 人以上 ※利用定員が 40 人以下の事業所は、一定の場合は、栄養士を置かないことができる
機能訓練指導員	1 以上
調理員その他の従業者	実情に応じた適当数

○ 設備基準

利用定員等	20 人以上とし、専用の居室を設ける ※ただし、併設事業所の場合は、20 人未満とすることができる
居室	定員 4 人以下、床面積（1 人当たり）10.65㎡以上
食堂及び機能訓練室	合計面積 3㎡×利用定員以上
浴室、便所、洗面設備	要介護者が使用するのに適したもの
その他、医務室、静養室、面談室、介護職員室、看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室、介護材料室 が必要	

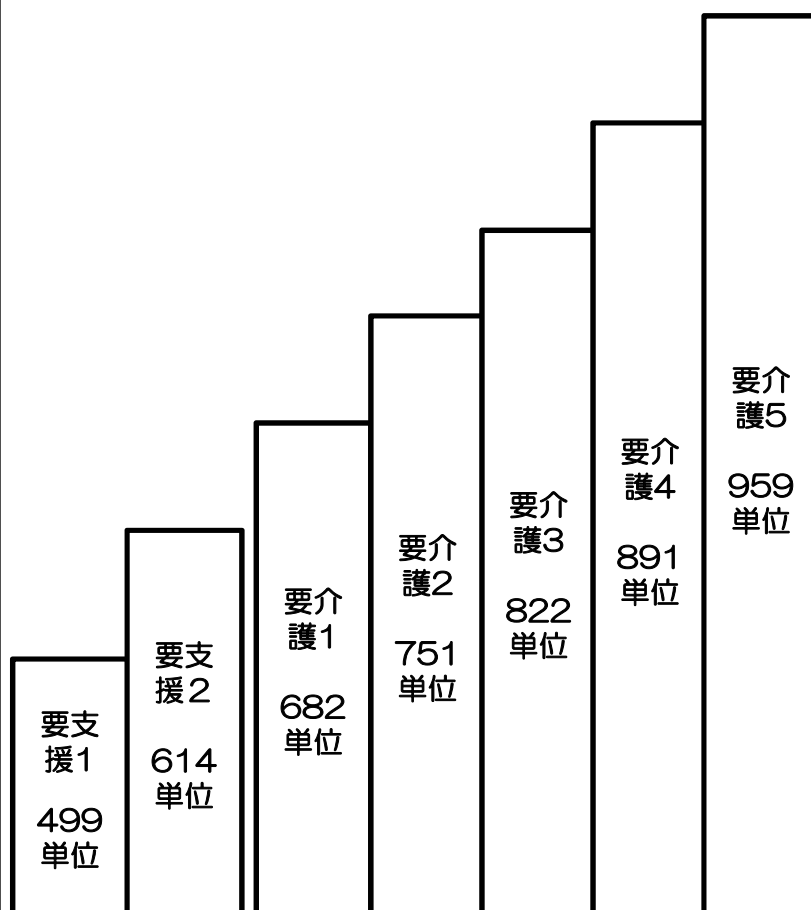
(参考)

短期入所生活介護の介護報酬について

※ 加算・減算は主なものを記載

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護の介護報酬のイメージ（1日あたり）

利用者の要介護度等に応じた基本サービス費
（特別養護老人ホーム等との併設で多床室の場合）



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

専従の機能訓練指導員を配置している場合
（12単位）

空床を確保し、緊急受入の体制を整備
注：要介護者のみ
（40単位）

送迎を行う場合
（片道につき184単位）

確保した空床に緊急の利用者を受け入れた場合
注：要介護者のみ
（60単位）

介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置
〔
・介護福祉士：12単位
・常勤職員等：6単位
〕

夜勤職員の手厚い配置
注：要介護者のみ
（ユニット型以外：13単位）
（ユニット型：18単位）

利用者が利用する訪問看護事業所の職員がサービス提供を行った場合
注：要介護者のみ
（413～425単位）

定員を超えた利用や人員配置基準に違反
（⇒30%）

(参考)

短期入所生活介護の平成24年4月からの主な改定内容

【空床確保と緊急時の受け入れに対する評価】

- 緊急時の円滑な受入れ体制を促進する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、一定割合の空床を確保した事業所の体制を評価する加算を創設する。
- 緊急利用を適切に評価する観点から、居宅サービスに位置づけられていない等の緊急の利用者を受け入れた場合の加算を創設する。
 - ・ 緊急短期入所ネットワーク加算 → 廃止
 - ・ 緊急短期入所体制確保加算(新規) → 40単位／日
 - ・ 緊急短期入所受入加算(新規) → 60単位／日

(※)算定要件

【緊急短期入所体制確保加算】

- ・ 利用定員の100分の5に相当する空床を確保し、緊急時に短期入所生活介護を提供できる体制を整備しており、かつ、前3月における利用率が100分の90以上である場合に、利用者全員に対して算定できる

【緊急短期入所受入加算】

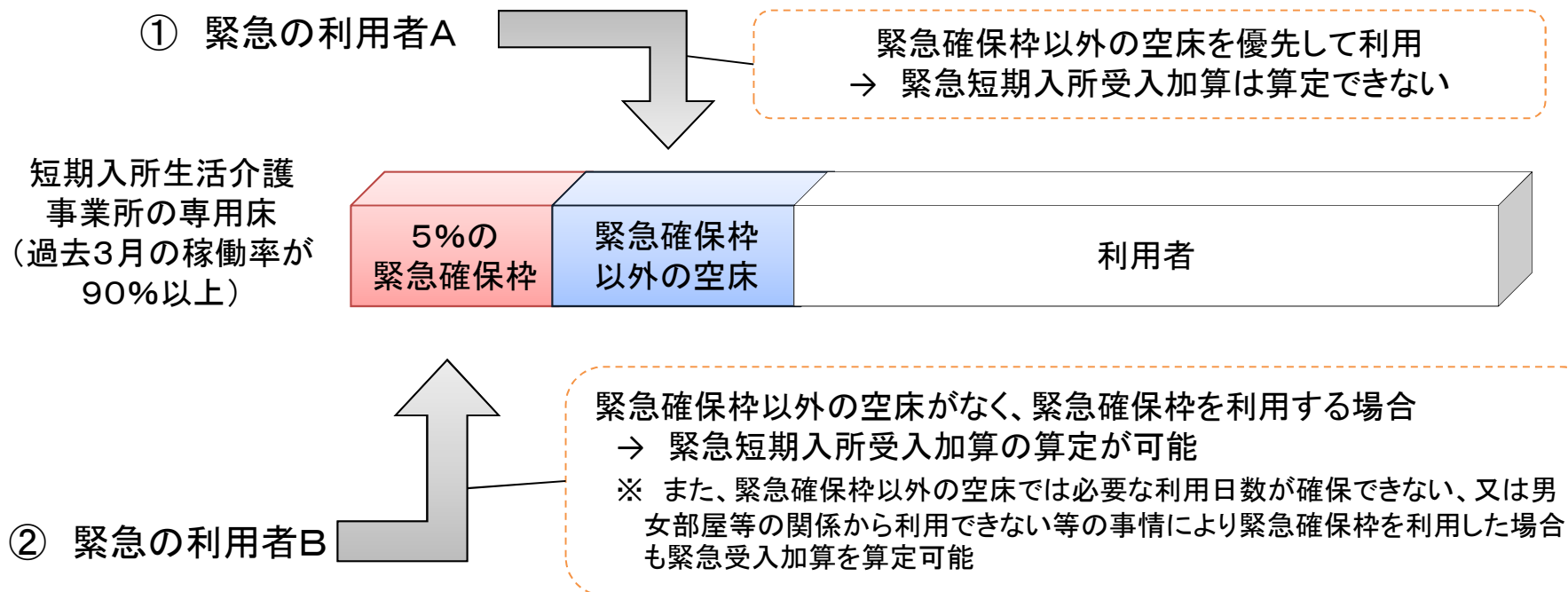
- ・ 介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により、介護を受けることができない者であること。
- ・ 居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていないこと。
- ・ 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の利用を認めていること。
- ・ 緊急利用のために確保した利用定員の100分の5に相当する空床(緊急用空床)以外の利用ができない場合であって、緊急用空床を利用すること(100分の5の緊急確保枠以外の空床利用者は加算算定はできない)
- ・ 利用を開始した日から原則7日を限度とする。

(注)連続する3月間において、緊急短期入所受入加算を算定しない場合、続く3月間においては、緊急短期入所体制確保加算及び緊急短期入所受入加算は算定できない。

(参考)

空床確保と緊急時の受け入れに対する評価

【加算の全体像】



確保した5%の緊急確保枠について、連続する3月間において緊急短期入所受入加算の算定がない場合、続く3月間は緊急短期入所体制確保加算及び緊急短期入所受入加算の算定はできない

【加算のイメージ】

当該加算を算定する事業所における利用者ごとの加算額

一般の利用者 40単位

緊急の利用者(5%の緊急確保枠利用者) 100単位

緊急短期入所体制確保加算 40単位

緊急短期入所受入加算 60単位

緊急短期入所体制確保加算 40単位

4. 複合型サービスについて

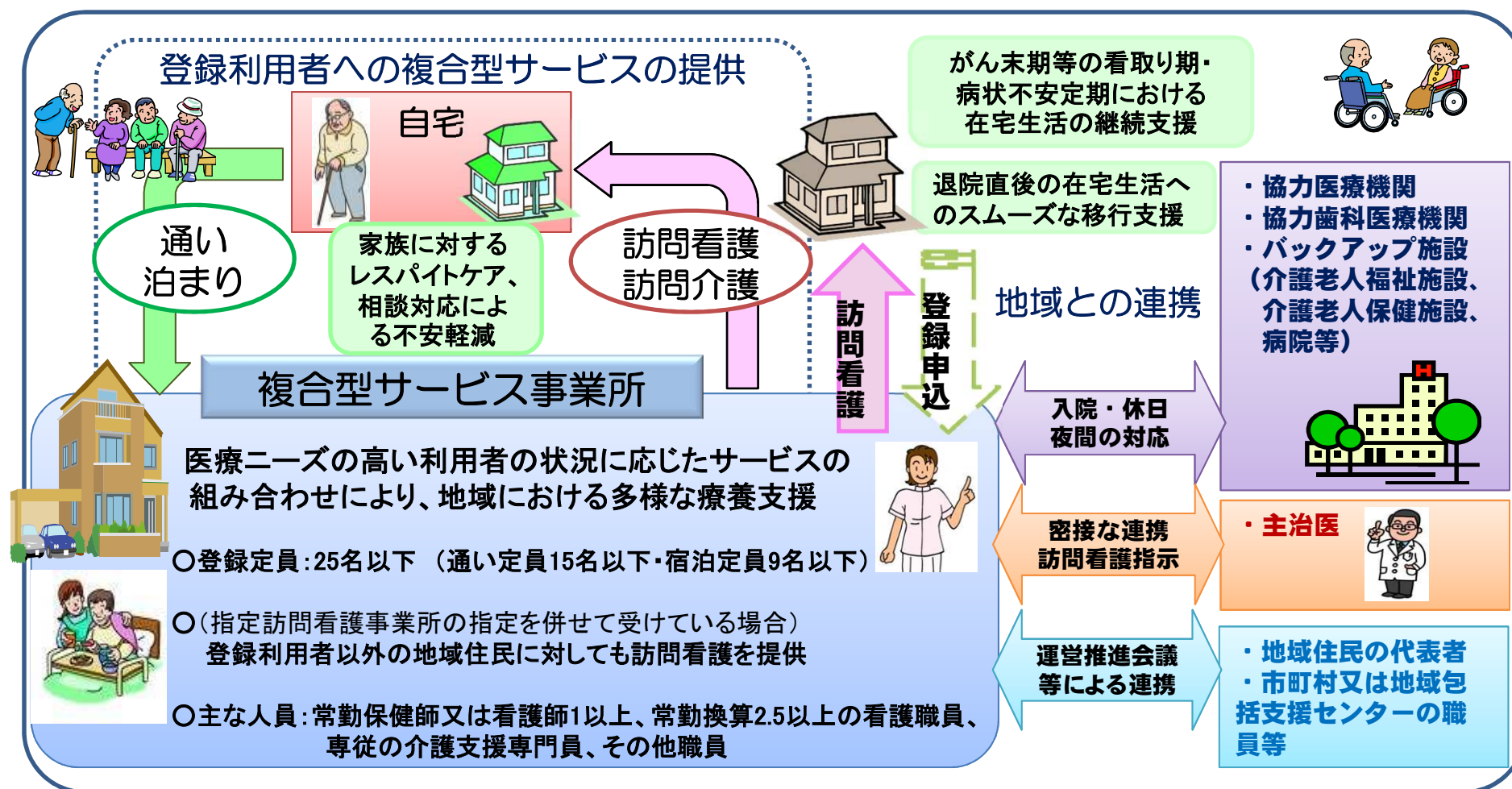
現状・課題

- 複合型サービス利用者の約7割は要介護3以上の中重度者である。
- 参入事業所からみた複合型サービス開始後の効果としては、看護職が事業所内にいることで医療ニーズの高い利用者に対しても看護が提供でき、介護職員との連携が促進されたことなどが挙げられている。
- 複合型サービス利用者の医療ニーズへの対応状況については、「浣腸・摘便」が最も多く、次いで「胃ろう、腸ろうによる栄養管理」、「吸入・吸引」「じょく瘡の処置」が実施されている。
- 複合型サービスへの参入理由は「従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため」が最も多く、参入時に困難であったことは、「看護職員の新規確保が困難である」が最も多い。

論点

- 医療ニーズの高い中重度の要介護者が地域での生活を継続するための支援の充実を図る目的で創設された複合型サービスとして、求められている医療ニーズへの対応の更なる充実に向けて医療機関との連携の強化、地域のニーズに合わせた登録定員の柔軟な運用等も含めた検討を行っていくべきではないか。【省令等改正】
- 複合型サービス開設前の事業実施状況が、小規模多機能型居宅介護事業所あるいは訪問看護事業所によって、開設後の医療ニーズへの対応が異なるのではないか。
- 自治体における複合型サービスの制度、参入メリット等が理解されていない現状もあるため、その普及を図る必要があるのではないか。

複合型サービスのイメージ



- 主治医と事業所の密接な連携のもとで、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
 - ※ 医療ニーズへの対応が必要で小規模多機能型居宅介護事業所では登録に至らなかった利用者が、複合型サービス事業所では登録できる。
- 事業所のケアマネが「通い」、「泊まり」、「訪問看護」、「訪問介護」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。
- 地域の協力医療機関等との連携により、急変時・休日夜間等も対応可能な体制を構築できる。

複合型サービスを利用することによって実現できること

①退院直後の在宅生活へのスムーズな移行

⇒ インスリン注射やじょく瘡処置等の医療ニーズがある場合は、退院直後の利用者・家族ともに不安が強く病状も不安定な時期のため「泊まり」サービスを利用し、地域へ移行。その後、利用者・家族の状況に合わせて「訪問看護」サービスを利用し、在宅生活へ移行。状況が安定するとともに「通い」サービスを利用する、というような利用者と家族の状況に合わせたサービスの利用によって、地域での在宅生活へ円滑な移行が可能となる。

②病状不安定時にも、在宅生活の継続

⇒ 「通い」を利用していた者の病状が不安定となった場合、入院することなく地域で「泊まり」や「訪問看護」のサービスを利用することで地域での生活を継続できる。

③家族のレスパイトケア、不安の軽減・解消

⇒ 「訪問看護」サービスを利用している者について、「泊まり」のサービスを適宜利用することにより、家族の介護負担が軽減する。

④在宅生活の継続の後方支援

⇒ 利用者・家族ともに不安が強い看取り期(がん・老衰等)に、何かあれば「泊まり」のサービスを利用することで安心感が得られる。

○複合型サービスの指定状況について(平成25年6月末日)

※老健局老人保健課調べ

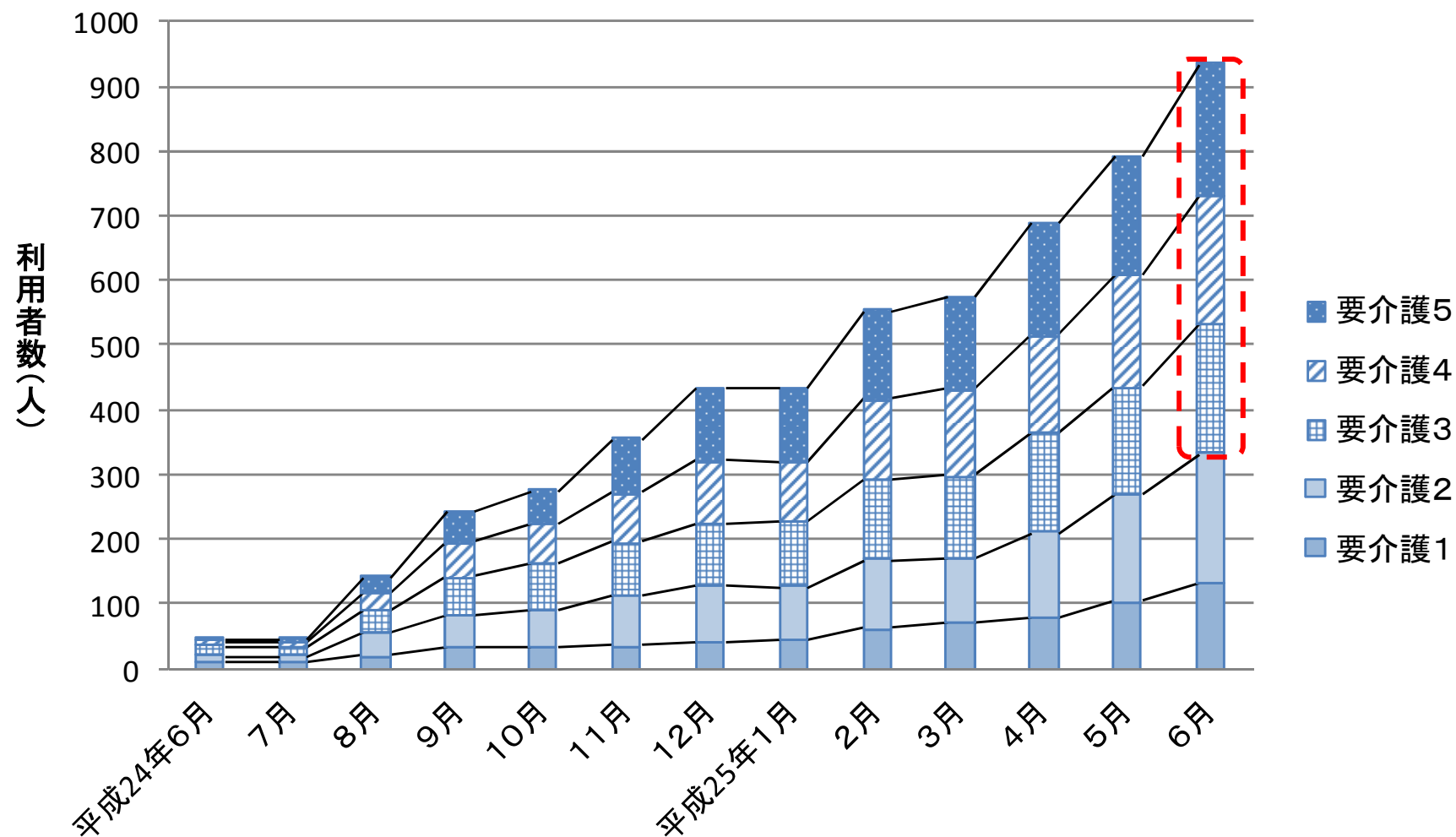
都道府県名	市町村名	事業所数		都道府県名	市町村名	事業所数	
北海道	札幌市	7		新潟県	新潟市	2	
	北見市	1		福井県	坂井地区広域連合	2	※
	函館市	1		山梨県	甲府市	1	※
青森県	南部町	1		静岡県	静岡市	1	※
秋田県	大曲仙北広域市町村圏組合	1		愛知県	名古屋市	3	
山形県	山形市	2		大阪府	大阪市	1	※(2のうち1)
	米沢市	1			茨木市	2	
福島県	会津若松市	2		兵庫県	伊丹市	1	※
	白河市	1			神戸市	1	
	石川町	(1)		和歌山県	和歌山市	1	
	浅川町	(1)		鳥取県	米子市	1	※
	棚倉町	(1)		島根県	浜田地区広域行政組合	1	※
	田村市	1		岡山県	笠岡市	(1)	
	浪江町	(1)		広島県	福山市	4	
	葛尾村	(1)			尾道市	(2)	
茨城県	水戸市	1		徳島県	徳島市	1	
福島県	南相馬市	(1)		香川県	高松市	1	※
栃木県	佐野市	(1)		愛媛県	今治市	1	
群馬県	館林市	1		福岡県	北九州市	1	※
	板倉町	(1)			久留米市	4	※(4のうち3)
	大泉町	(1)			行橋市	1	※
	邑楽町	(1)			福岡県介護保険広域組合	1	
東京都	杉並区	(1)		佐賀県	佐賀中部広域連合	1	※
埼玉県	三郷市	1	※		唐津市	1	※
千葉県	千葉市	2	※	長崎県	佐世保市	1	
東京都	足立区	2	※		長崎市	1	※
	墨田区	1			大村市	1	
	青梅市	1	※	熊本県	熊本市	1	※
神奈川県	横浜市	4		宮崎県	延岡市	1	
	藤沢市	1	※	鹿児島県	鹿児島市	1	※
	川崎市	1		沖縄県	宮古島市	1	※
				合計	62保険者	73事業所	

注1)他の市町村(保険者)に所在する事業所を指定している場合は()とし、所在地を太字にしている。

注2)※は公募指定を行っている保険者。

複合型サービスの実施状況① 要介護度別利用者数

○ 複合型サービスの利用者数は約930人、利用者の約65%は要介護3以上の中重度者である（平成25年6月審査分）。



複合型サービスの実施状況②サービス開始後の効果

- 複合型サービス事業所24ヶ所(平成24年12月末日時点)のうち回答の得られた15ヶ所について、開設前の事業実施状況は、「小規模多機能型居宅介護事業所のみを実施していた」73.3%が最も多かった。

■ 複合型サービス事業所の開設前の事業実施状況

(n=15)

	件 数	割 合
小規模多機能型居宅介護事業所のみを実施していた	11件	73.3%
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を実施していた	2件	13.3%
実施していた事業はない	1件	6.7%
無回答	1件	6.7%

- 15事業所の複合型サービス開始後の効果に関しては、「医療ニーズの高い利用者に対して看護職による訪問を十分に実施できるようになった」66.7%が最も多く、看護職が事業所内にいることで医療ニーズの高い利用者に対しても看護が提供でき、介護職員との連携が促進されたこと等があげられている。

■ 複合型サービス開始後の効果として考えられるもの(選択肢・複数回答)

(n=15)

	件 数	割 合
医療ニーズの高い利用者に対して、看護職による訪問を十分に実施できるようになった	10件	66.7%
従来まで断っていた医療ニーズの高い利用者を登録できるようになった	7件	46.7%
看護と介護のバランスのとれたサービス計画を作成できるようになった	4件	26.7%
利用者の状態が安定するようになった	4件	26.7%
夜間に発生する医療ニーズへの対応がとりやすくなった	3件	20.0%
医療ニーズの高い利用者に対するケア方法について、スタッフ間での共有が図られるようになった	3件	20.0%
利用者が医療機関に入院するケースが減少した	2件	13.3%
利用者のADLが向上した	2件	13.3%
家族の介護負担が軽減した	2件	13.3%

出典:平成24年度 老人保健健康増進等事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業

複合型サービスの実施状況③医療ニーズへの対応状況

- 15事業所の登録利用者298名の医療ニーズについては、「浣腸・摘便」13.1%が最も多く、次いで「胃ろう、腸ろうによる栄養管理」9.4%、「吸入・吸引」7.7%、「じょく瘡の処置」7.4%が多い。
- 居住系施設の併設の有無別にみると、「インスリン注射」「看取り期のケア」「人工肛門・人工膀胱の管理」を除く、ほぼ全ての医療ニーズについて、居住系施設を併設する事業所の利用者に割合が高い。

■ 複合型サービス事業所における医療ニーズの状況（居住系施設併設の有無別）

	人 数			割 合		
	全 体	併設有	併設無	全 体	併設有	併設無
浣腸・摘便	39人	26人	13人	13.1%	13.7%	12.0%
胃ろう、腸ろうによる栄養管理	28人	23人	5人	9.4%	12.1%	4.6%
吸入・吸引	23人	17人	6人	7.7%	8.9%	5.6%
じょく瘡の処置	22人	17人	5人	7.4%	8.9%	4.6%
創傷処置	18人	14人	4人	6.0%	7.4%	3.7%
膀胱（留置）カテーテルの管理	14人	10人	4人	4.7%	5.3%	3.7%
インスリン注射	10人	6人	4人	3.4%	3.2%	3.7%
点滴・中心静脈栄養・注射	9人	8人	1人	3.0%	4.2%	0.9%
看取り期のケア	6人	2人	4人	2.0%	1.1%	3.7%
人工呼吸器の管理・気管切開の管理	6人	4人	2人	2.0%	2.1%	1.9%
経鼻経管栄養	5人	4人	1人	1.7%	2.1%	0.9%
酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）	4人	4人	0人	1.3%	2.1%	0.0%
人工肛門・人工膀胱の管理	2人	1人	1人	0.7%	0.5%	0.9%
その他	61人	41人	20人	20.5%	21.6%	18.5%
総 数	298人	190人	108人			

出典：平成24年度 老人保健健康増進等事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業

(参考) 小規模多機能型居宅介護事業所における医療ニーズへの対応状況

- 487事業所の登録利用者9,154名の医療ニーズについては、「浣腸・摘便」5.0%が最も多く、次いで「創傷処置」2.3%、「じょく瘡の処置」2.0%、「インスリン注射」1.8%が多い。

■ 小規模多機能型居宅介護事業所における医療ニーズの状況(医療機関等の併設別)

	人 数			割 合		
	全 体	医療機関 併 設	ステーション 併 設	全 体	医療機関 併 設	ステーション 併 設
登録利用者数	9,154人	454人	314人			
浣腸・摘便	457人	16人	36人	5.0%	3.5%	11.5%
創傷処置	212人	7人	5人	2.3%	1.5%	1.6%
じょく瘡の処置	182人	7人	10人	2.0%	1.5%	3.2%
インスリン注射	163人	6人	2人	1.8%	1.3%	0.6%
膀胱（留置）カテーテルの管理	112人	4人	10人	1.2%	0.9%	3.2%
胃ろう、腸ろうによる栄養管理	107人	10人	7人	1.2%	2.2%	2.2%
吸入・吸引	104人	7人	7人	1.1%	1.5%	2.2%
看取り期のケア	83人	5人	2人	0.9%	1.1%	0.6%
酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）	82人	1人	3人	0.9%	0.2%	1.0%
人工肛門・人工膀胱の管理	54人	5人	4人	0.6%	1.1%	1.3%
点滴・中心静脈栄養・注射（インスリン注射以外）	34人	10人	2人	0.4%	2.2%	0.6%
経鼻経管栄養	20人	4人	6人	0.2%	0.9%	1.9%
人工呼吸器の管理・気管切開の処置	6人	0人	0人	0.1%	0.0%	0.0%
腎ろう、膀胱ろうの管理	5人	0人	0人	0.1%	0.0%	0.0%
在宅自己腹膜灌流の管理	3人	1人	1人	0.0%	0.2%	0.3%
その他	23人	1人	0人	0.3%	0.2%	0.0%
上記の医療ニーズに該当する実人数	1,383人	73人	84人	15.1%	16.1%	26.8%
事業所数	487件	23件	17件			

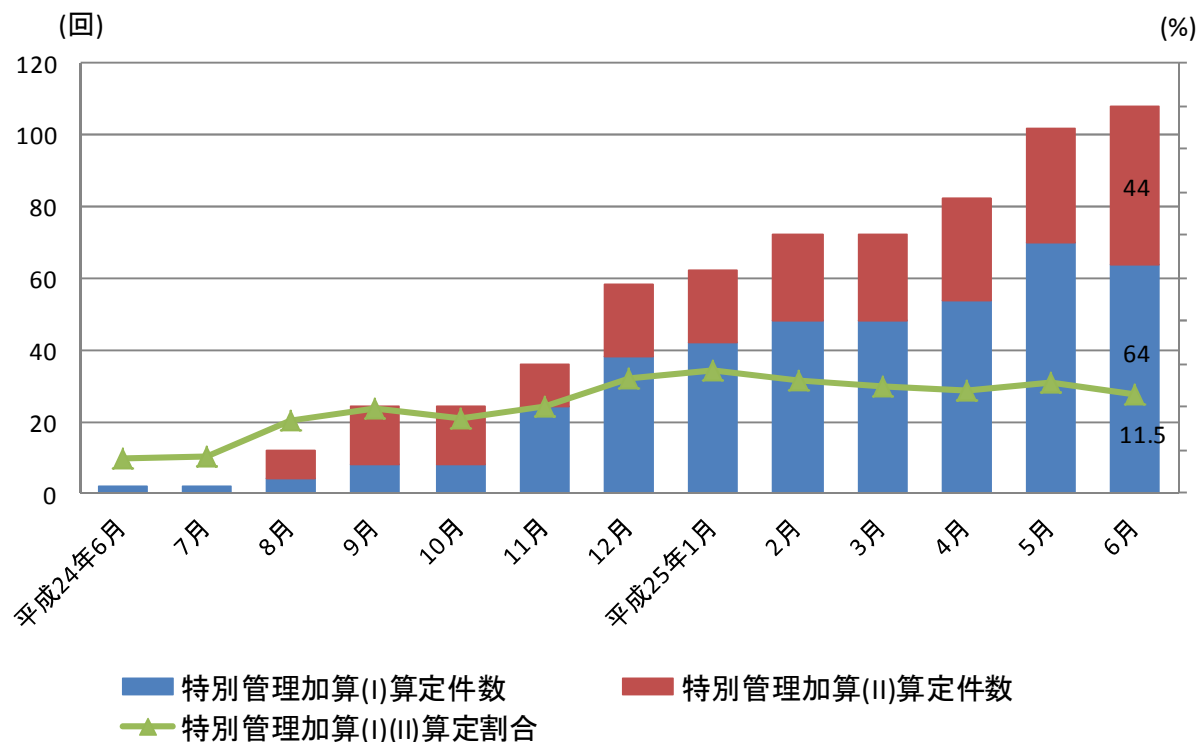
出典：平成24年度 老人保健健康増進等事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業

複合型サービスの実施状況④特別管理加算の算定状況

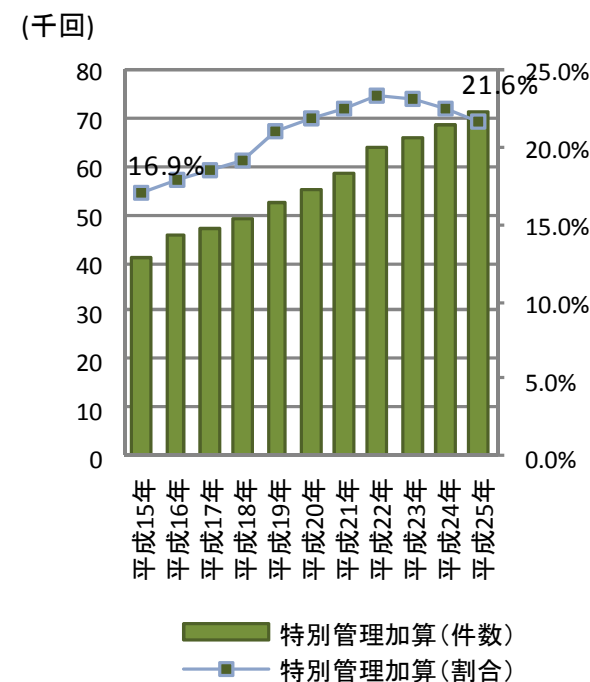
○ 複合型サービスの利用者に占める特別管理加算(※)算定件数は増加しており、その割合は1割強で推移している。

(参考)訪問看護サービス利用者に占める特別管理加算算定割合は平成25年4月時点で21.6%

特別管理加算算定件数及び複合型サービス利用者に占める当該加算算定割合の推移



【参考】特別管理加算の算定件数及び訪問看護サービス利用者に占める特別管理加算算定割合の推移



出典:介護給付費実態調査」月報 各月審査分

出典:介護給付費実態調査月報 各年4月審査分

※ 特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者に対し、訪問看護の実施に関する計画的な管理の評価

(Ⅰ)在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、気管カニューレ・留置カテーテルを使用している状態

(Ⅱ)在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理等を受けている状態、人工肛門、膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、点滴注射を3日以上行う必要があると認められる状態

複合型サービスの実施状況⑤ サービス参入の理由と障壁

- 15事業所の複合型サービスへ参入した理由としては、「従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため」86.7%が最も多く、一方、サービス参入時の障壁であったことについては、職員の新規確保が困難であるとの回答が多かった。

■ 複合型サービスに参入した理由（選択肢・複数回答）

(n=15)

	件 数	割 合
従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため	13件	86.7%
今後、医療ニーズの高い利用者が増加する見込みがあったため	8件	53.3%
同じ法人で小規模多機能型居宅介護事業所を運営していたので活用したかったため	4件	26.7%
同じ法人で訪問看護事業所を運営していたので活用したかったため	3件	20.0%
支給限度額により訪問看護の利用が十分にできない利用者がいたため	3件	20.0%
その他	3件	20.0%

■ 複合型サービスへの参入時に困難であったこと（選択肢・複数回答）

(n=15)

	件 数	割 合
看護職員の新規確保が困難	9件	60.0%
看護職員の夜間の対応が困難	4件	26.7%
介護職員の新規確保が困難	3件	20.0%
利用者の確保が困難	2件	13.3%
急変時に連携できる医療機関の確保が困難だった	2件	13.3%
既存のサービスからの切り替えが困難だった	2件	13.3%
利用者の負担増が生じることへの理解が得にくかった	2件	13.3%
安定的な経営の見通しが困難だった	1件	6.7%
開設資金の調達が困難	0件	0.0%
開設場所及び物件の確保が困難	0件	0.0%
主治医との連携が困難だった	0件	0.0%
行政が整備計画を立てていなかった	0件	0.0%
地域の理解がなく反対された	0件	0.0%
その他	2件	13.3%
無回答	2件	13.3%

複合型サービスの実施状況⑥自治体における整備意向

○ 自治体が複合型サービス事業所を指定する際の課題として感じていることとしては、「開設を希望する事業者がない」69.8%が最も多く、次いで「複合型サービスのニーズが見込めない」45.2%、「新サービスのため制度の理解が難しい」36.5%などとなっている

■ 自治体における複合型サービス事業所の整備意向（選択肢・複数回答）（n=841）

	件 数	割 合
開設を希望する事業者がない	587件	69.8%
複合型サービスのニーズが見込めない	380件	45.2%
新サービスのため制度の理解が難しい	307件	36.5%
指定に係る事務手続きが大変である	59件	7.0%
補助金の申請手続きが大変である	33件	3.9%
介護保険事業計画の修正が困難である	27件	3.2%
その他	73件	8.7%
総 数	841件	

出典：平成24年度 老人保健健康増進等事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業

5. 訪問看護について

現状・課題

- 訪問看護のサービス内容は、医療処置等、療養上の世話（整容・更衣、清潔保持等）を行っているが、近年、医療ニーズの高い利用者数が増加している。
- 訪問看護の利用者数、訪問看護ステーション数ともに増加傾向にある（ステーション数については近年の増加が著しい）。一方、訪問看護を担当する病院又は診療所数は減っている。
- 訪問看護ステーションの就業者は、看護職員の就業場所別にみると全看護職員の2%（約3万人）である。
- 訪問看護ステーションの1事業所あたりの看護職員数は4.7人で、規模が大きいほどサービス内容は在宅における看取りに対応でき、収支の状況が黒字の傾向にある。

論点

- 今後、訪問看護職員の需要が増大し確保が困難との指摘もあることから、安定的な看護サービスの提供体制を確保するため、訪問看護サービスや複合型サービス等に従事する看護職員を確保する新たな施策の展開が必要ではないか。
 - ・ 訪問看護の普及啓発による新卒看護師等の就職支援、ICTを活用した情報共有や業務の効率化による現職訪問看護職員の定着支援等
 - ・ 訪問看護ステーションにおいて、そのサービスの向上に資する職員研修の充実を図るため、地域における困難事例の共有や解決に向けた技術支援や訪問看護職員育成のための実地研修機能を持ち、小規模な訪問看護ステーションを支援する等の機能を持つ拠点としての訪問看護ステーションの整備等
- 都道府県が地域の実情を踏まえた訪問看護サービスの確保のための施策を策定し、その内容を介護保険事業支援計画に盛り込む等の対策が必要ではないか。【告示改正】

社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。

訪問看護の仕組み

「訪問看護」とは

- 居宅において、看護師等（保健師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）により行われる療養上の世話又は診療の補助（医師の指示が必要）

「訪問看護ステーション」とは

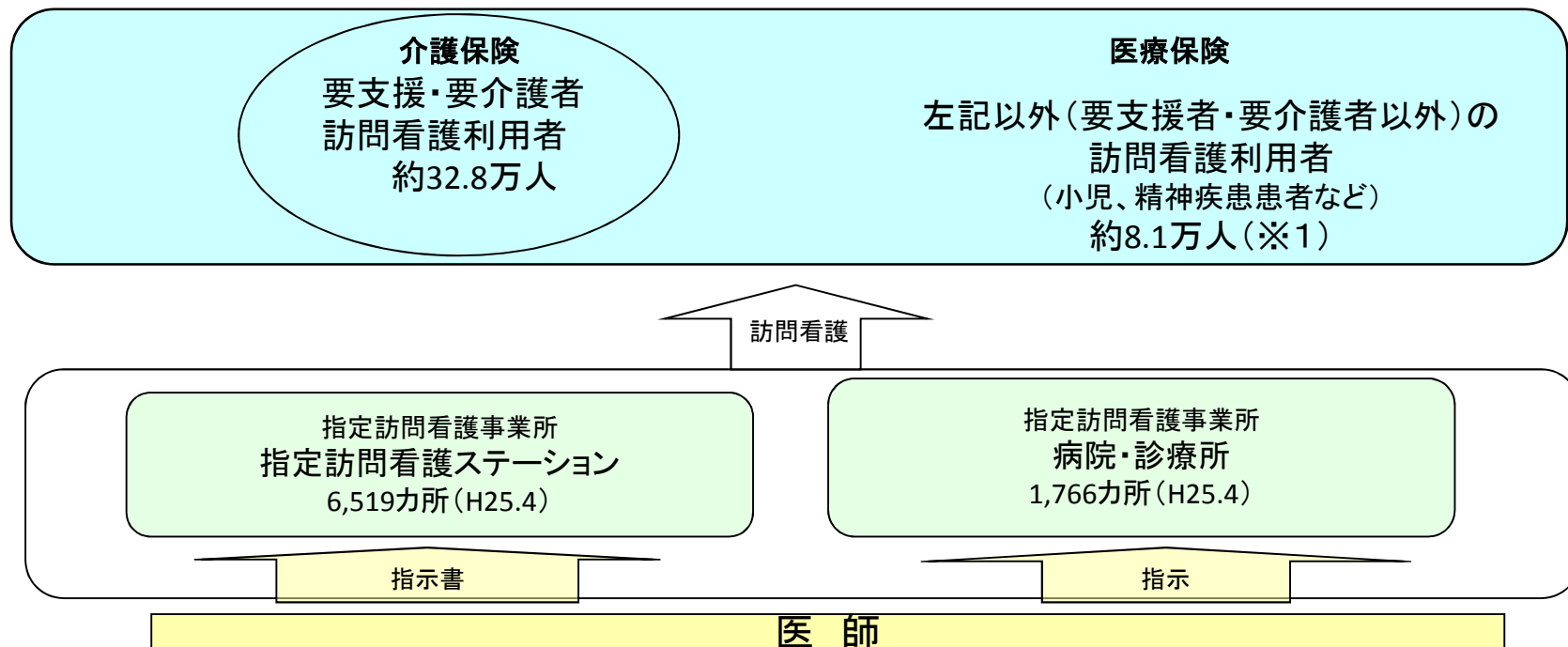
- 訪問看護を行う事業所であり、医療法上の届出や許可は不要、名称利用についての規定はない
- 公的保険を適用する場合は介護保険法又は健康保険法上の指定（指定訪問看護ステーションの事業所指定）が必要であり、その場合には、人員及び運営等の基準に基づきサービスが提供される。

【指定訪問看護ステーションの要件】

- ・人員配置基準：看護職員（保健師・看護師・准看護師）は常勤換算で2.5人以上
- ・管理者：常勤・専従の保健師又は看護師1名
- ・設備・備品：必要な広さを有する事務室、指定訪問看護に必要な備品

【訪問看護の対象者】

- ・介護保険法：居宅要支援、要介護者
- ・健康保険法：上記以外の者で疾病または負傷により居宅において継続して療養を受ける状態ある患者



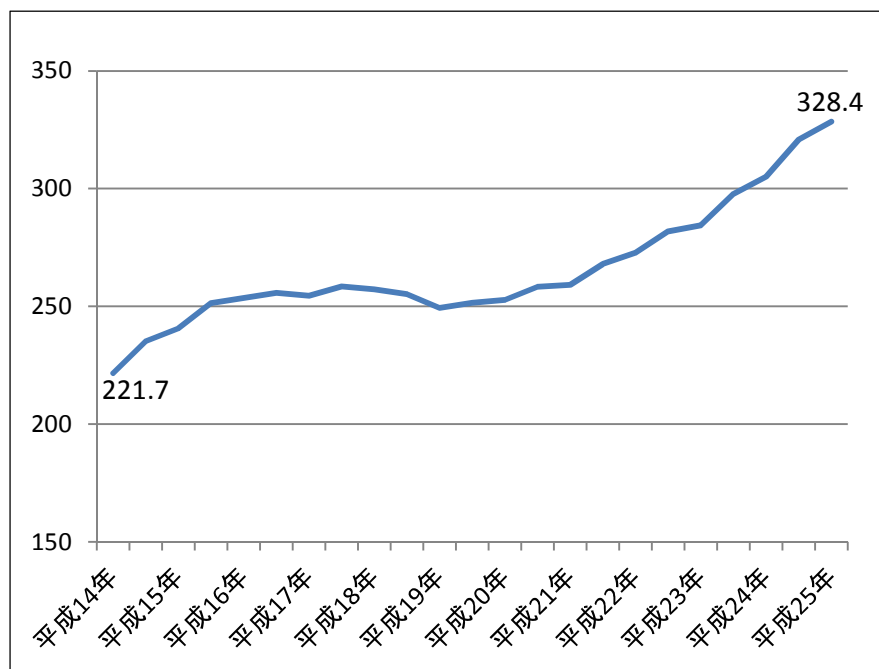
(※1) 平成23年介護サービス施設・事業所調査（病院・診療所からの訪問看護利用者数は含まない）

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成25年4月審査分）

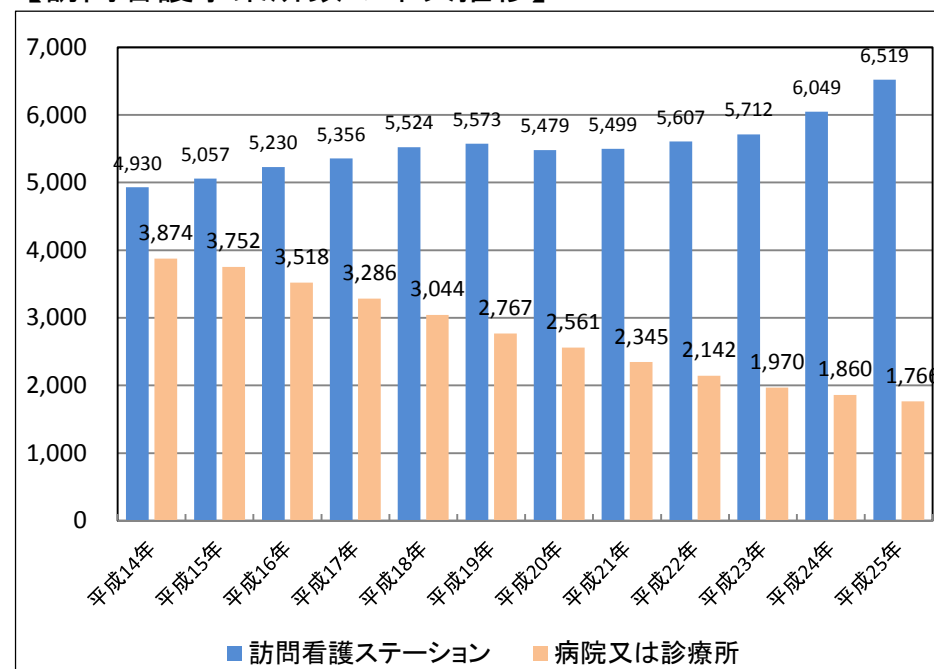
訪問看護サービスの状況①(利用者数及び事業所数の推移)

- 訪問看護(予防含む)の利用者数は約328.4千人、訪問看護ステーション数は6,519ヶ所(平成25年4月審査分)。ともに増加傾向にあり、ステーション数については近年の増加が著しい。
- 訪問看護利用者の半数以上は、要介護3以上の中重度者である。

【訪問看護利用者数の年次推移(千人)】



【訪問看護事業所数の年次推移】



出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

○ 訪問看護利用者数(千人)

総数※	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
328.4	10.3	23.2	51.7	67.9	51.7	55.4	68.2
(%)	(3.1%)	(7.1%)	(15.7%)	(20.7%)	(15.7%)	(16.9%)	(20.8%)

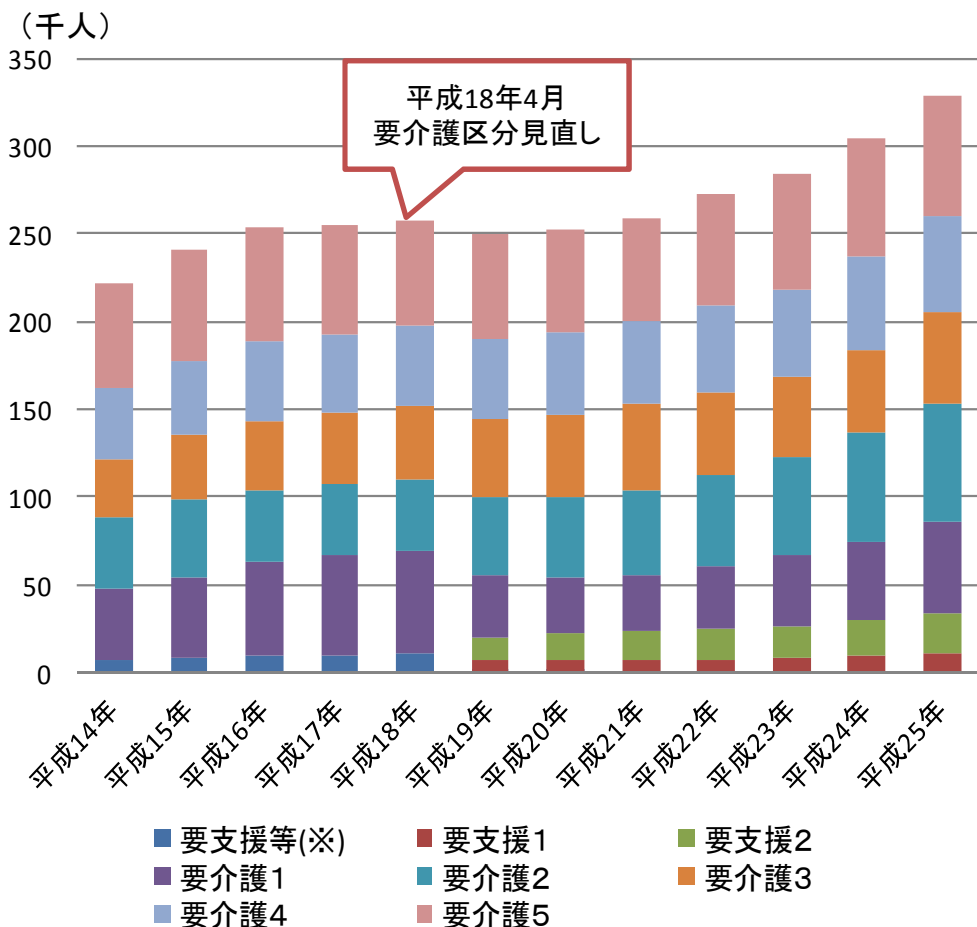
※総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成25年4月審査分)

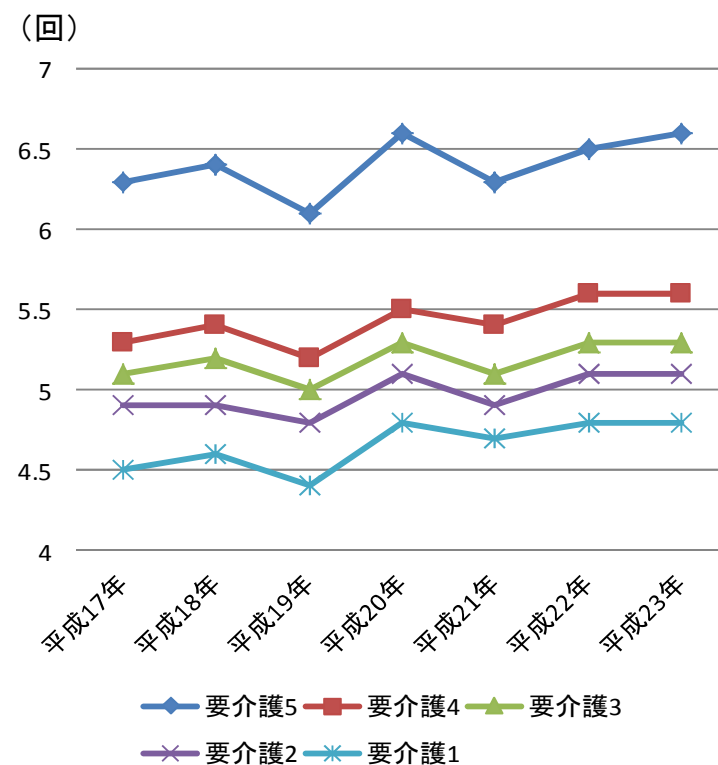
訪問看護サービスの状況②(要介護度別利用者数及び訪問回数)

- 訪問看護の要介護度別利用者数は、平成20年以降、要介護1及び要介護2の利用者が増加している。
- 訪問看護の要介護度別利用回数は、要介護度が重度になるほど回数が増え、要介護5では月6.6回である。

【訪問看護ステーションの要介護度別にみた利用者数の推移】



【訪問看護ステーションの要介護度別にみた利用者1人当たり訪問回数の推移】



出典：介護サービス施設・事業所調査(各年9月)

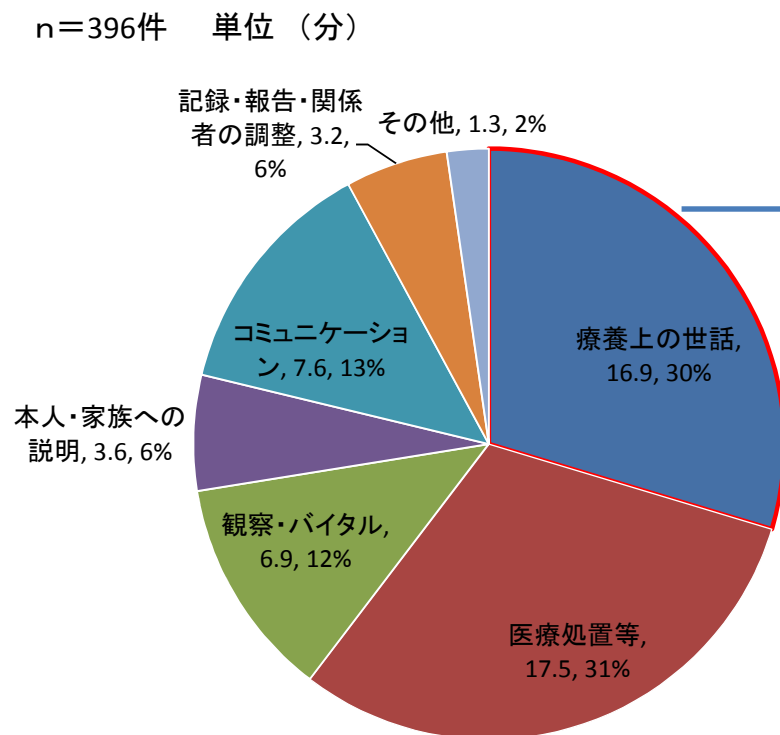
出典：介護給付費実態調査月報 各年4月審査分

(※)平成18年までは「要支援」を、平成19年及び平成20年においては「経過的要介護」を指す。

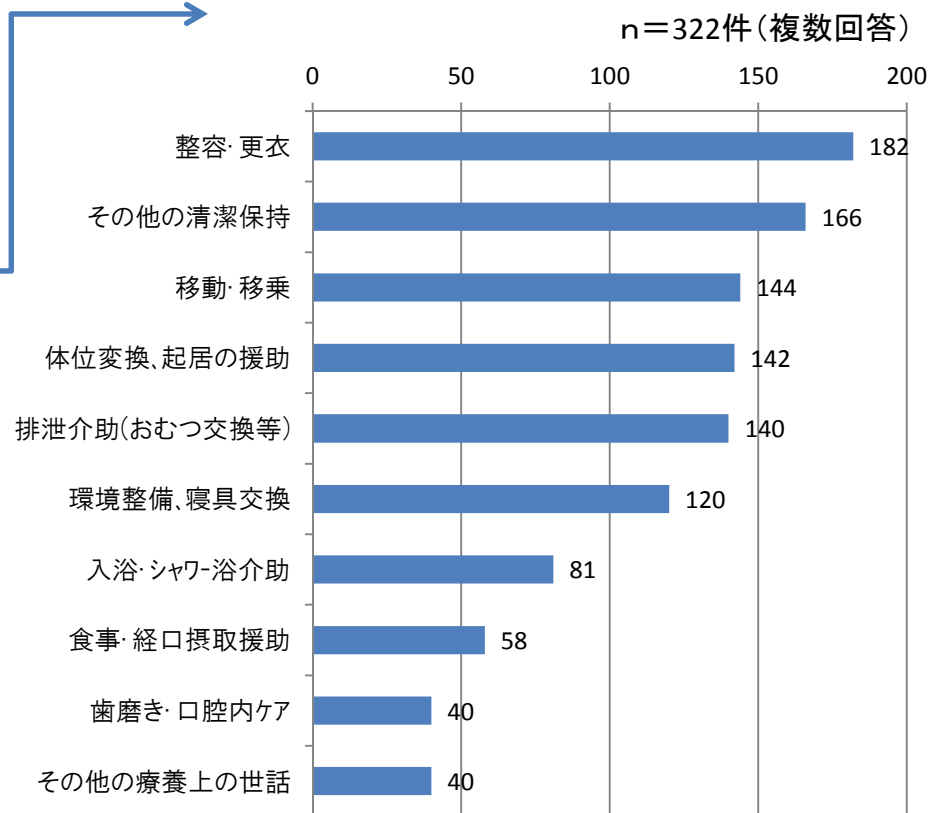
訪問看護サービスの状況③(実施サービス内容)

- 訪問1回あたりの平均業務時間は、医療処置等が31%(17.5分)、療養上の世話が30%(16.9分)である。
- 療養上の世話では、整容・更衣、清潔保持などが多い。

【訪問1回あたりの平均業務時間】



【療養上の世話の内容】



出典：平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金24時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書
社団法人全国訪問看護事業協会、平成23年3月

訪問看護サービスの状況④(介護保険における医療処置)

- 医療処置にかかる看護内容が必要な利用者数は増加している。
- 個々の医療処置については、必要な利用者数が増加し、医療ニーズの高い利用者が増加していると考えられる。

	平成13年		平成19年		平成22年	
	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合
総数	180,696		229,203		243,933	
9月中の医療処置にかかる看護内容	121,755	67.4%	152,338	66.5%	161,355	66.1%
気道内吸引	10,849	6.0%	10,944	4.8%	11,767	4.8%
喀痰および気道内吸引・吸入			—	—	—	—
じょく瘡の予防	34,171	18.9%	41,014	17.9%	59,405	24.4%
じょく瘡の処置			19,356	8.4%	18,139	7.4%
重度のじょく瘡の処置・管理	19,834	11.0%	20,560	9.0%	1,538	0.6%
じょく瘡以外の創傷部の処置					16,784	6.9%
中心静脈栄養法の実施・管理	4,573	2.5%	989	0.4%	1,199	0.5%
経管栄養の実施・管理			7,003	3.1%	7,350	3.0%
胃瘻の管理	8,440	4.7%	16,190	7.1%	18,279	7.5%
人工肛門・人工膀胱の管理			5,271	2.3%	6,446	2.6%
注射の実施	6,943	3.8%	4,283	1.9%	4,218	1.7%
点滴の実施・管理			7,420	3.2%	7,646	3.1%
がんの在宅（緩和）ケア	1,257	0.7%	—	—	—	—
ターミナルケア	1,259	0.7%	1,662	0.7%	1,629	0.7%
がん化学療法の管理	—	—	390	0.2%	511	0.2%
薬物を用いた疼痛管理	—	—	2,678	1.2%	2,426	1.0%
在宅酸素療法の指導・援助	8,469	4.7%	11,652	5.1%	12,326	5.1%
膀胱留置カテーテルの交換・管理	13,856	7.7%	16,435	7.2%	16,848	6.9%
気管カニューレの交換・管理	2,349	1.3%	2,253	1.0%	1,994	0.8%
緊急時の対応	12,337	6.8%	20,149	8.8%	20,273	8.3%
服薬管理・点眼等の実施	67,455	37.3%	74,078	32.3%	79,490	32.6%
浣腸・摘便	29,168	16.1%	40,058	17.5%	42,161	17.3%
在宅透析の指導・援助	135	0.07%	—	—	707	0.3%
検査補助(採血・採尿・血糖値測定等)	13,849	7.7%			—	—
感染症予防・処置	11,995	6.6%	—	—	—	—
自己導尿の指導・管理	—	—			1,786	0.7%
ドレーンチューブの管理	—	—	—	—	1,622	0.7%
その他	9,375	5.2%	23,337	10.2%	23,429	9.6%

各年9月中の看護内容別訪問看護ステーションの利用者数(複数回答)。年次によって設問が一部異なるため「—」で表記している。

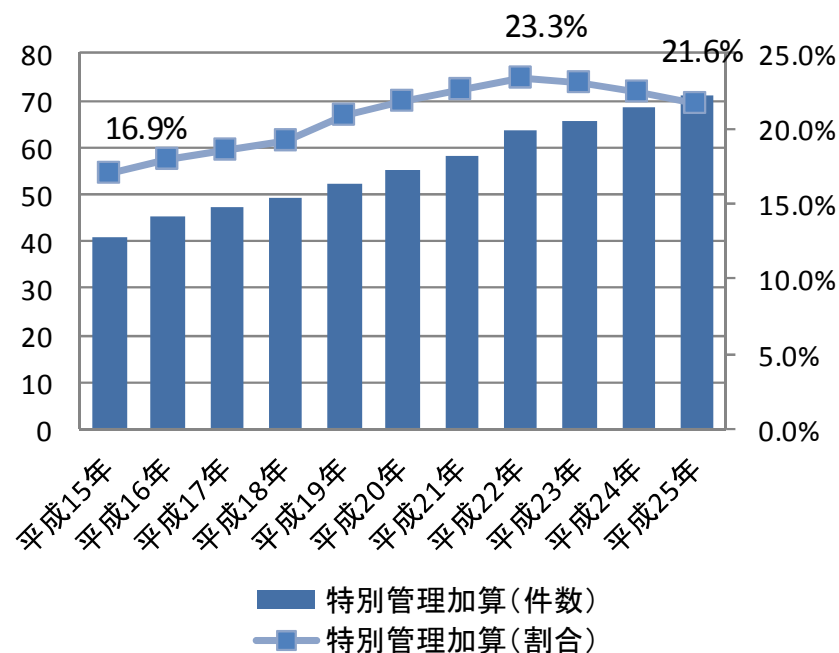
出典:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成13年、平成19年、平成22年)

訪問看護サービスの状況⑤(特別管理加算・ターミナルケア加算)

○ 特別管理加算やターミナルケア加算の算定件数は増加している。(利用者に占める算定割合は横ばいである。)

【特別管理加算(注1)の算定件数及び訪問看護利用者に占める特別管理加算算定割合の推移】

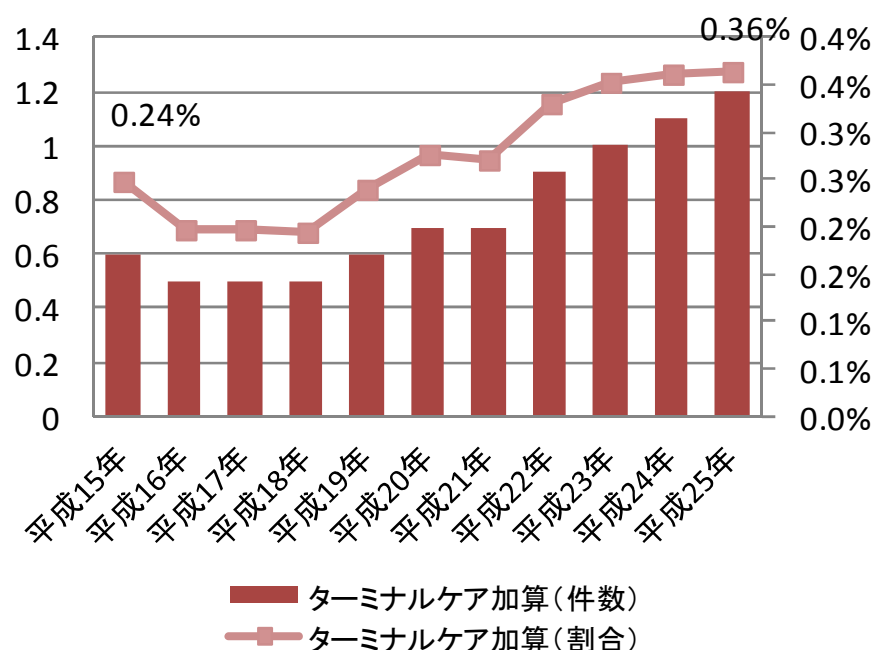
(件数:千回)



(注1)特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者(気管カニューレ、留置カテーテル、在宅血液透析、人工肛門を使用している状態の利用者など告示で定める状態にある者)に対し、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に評価。

【ターミナルケア加算(注2)の算定件数及び訪問看護利用者に占めるターミナルケア加算算定割合の推移】

(件数:千回)



(注2)ターミナルケア加算とは、在宅で死亡した利用者(告示で定める状態にある者に限る。)に対し、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合に評価。

訪問看護サービスの状況⑥(訪問看護ステーション就業者数)

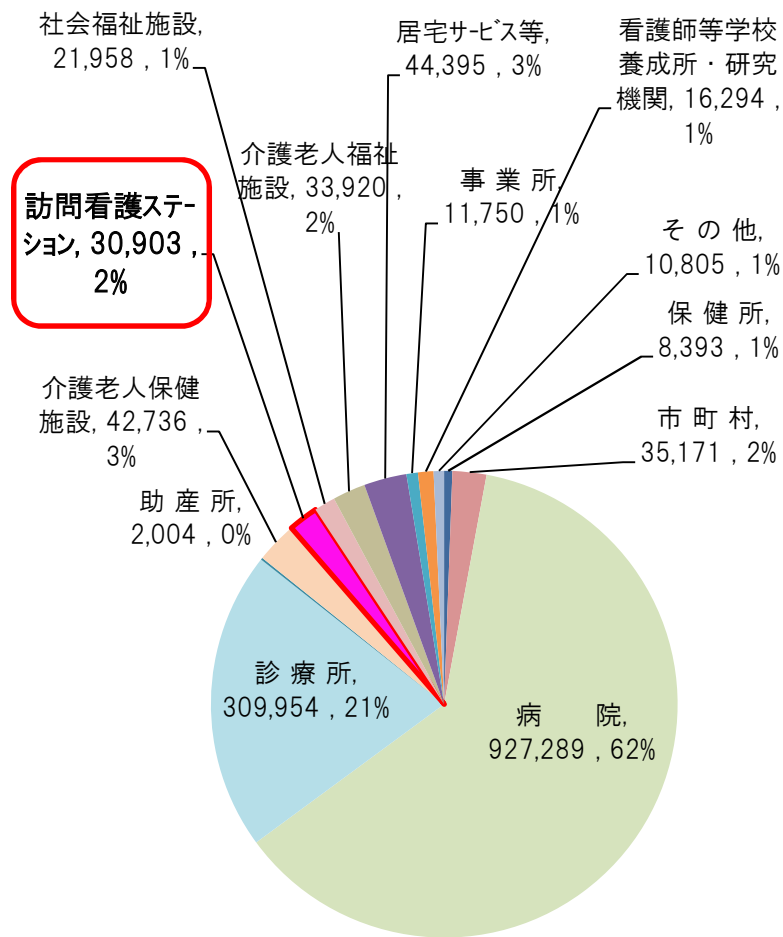
- 訪問看護ステーションに就業している看護職員は約3万人である(平成23年)。
- 看護職員の就業場所別にみると、訪問看護ステーション就業者は全看護職員の2%である。

看護職員就業者数(年次別、就業場所別)

(単位：人)

年次	総数	保健所	市町村	病院	診療所	助産所	介護老人保健施設	訪問看護ステーション	社会福祉施設	介護老人福祉施設	居宅サービス等	事業所	看護師等学校養成所・研究機関	その他
18年	1,333,045	8,534	32,702	831,921	290,929	1,646	35,963	27,307	15,641	25,505	33,923	7,613	13,637	7,724
19年	1,370,264	8,381	33,311	851,912	297,040	1,636	37,995	28,494	16,354	27,348	37,695	8,294	13,859	7,945
20年	1,397,333	8,108	33,480	869,648	299,468	1,742	38,741	27,662	18,541	28,806	35,826	10,857	14,792	9,662
21年	1,433,772	7,932	34,393	892,003	304,247	1,720	39,796	28,082	19,502	30,179	38,866	11,411	15,228	10,413
22年	1,470,421	8,502	34,723	911,400	309,296	1,926	41,367	30,301	20,590	32,231	42,946	11,251	15,943	9,945
23年	1,495,572	8,393	35,171	927,289	309,954	2,004	42,736	30,903	21,958	33,920	44,395	11,750	16,294	10,805

【看護職員就業場所別の就業者数(平成23年)】

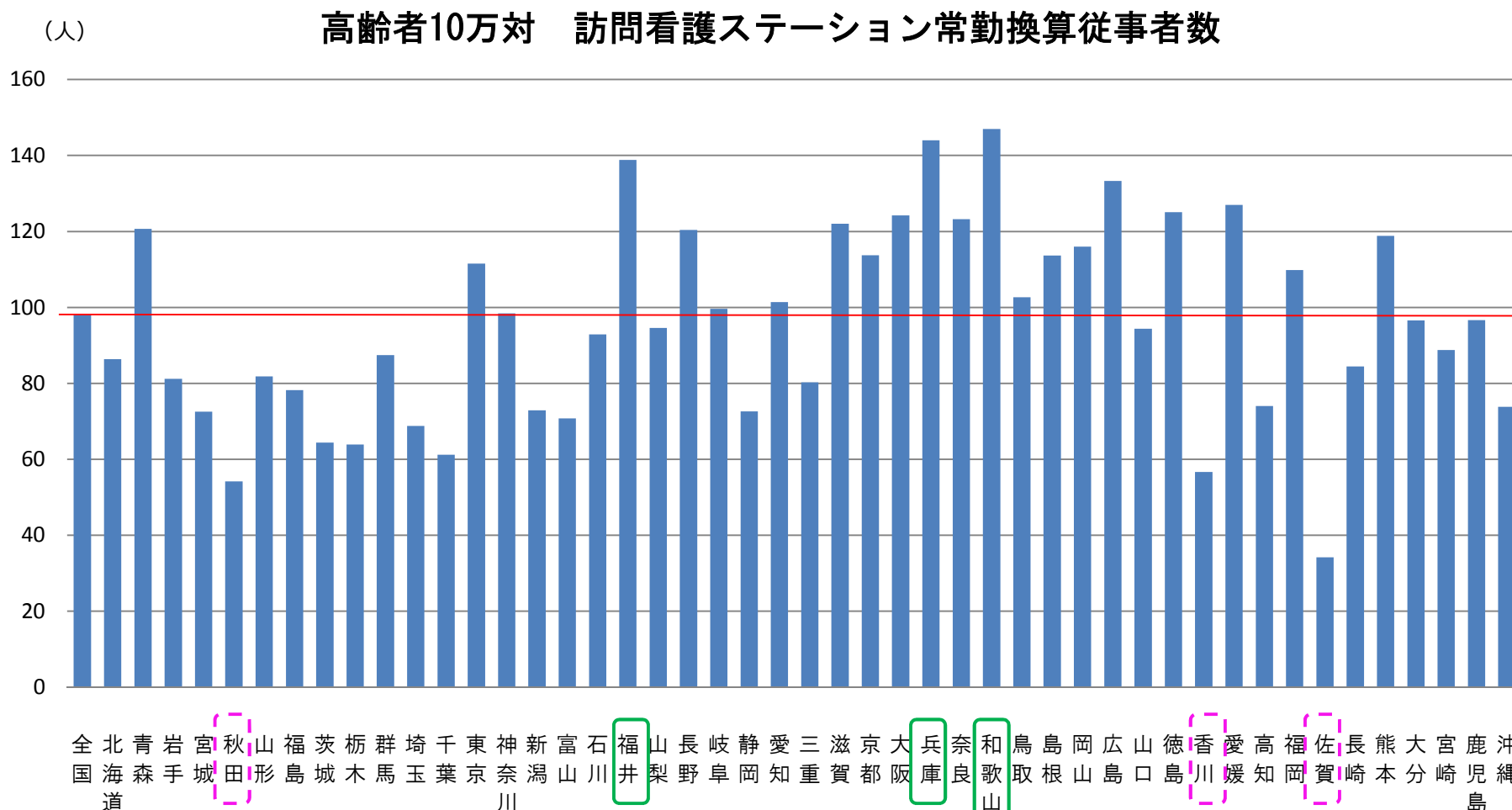


厚生労働省医政局看護課調べ

訪問看護サービスの状況⑦(都道府県別常勤換算従事者数)

- 65才以上高齢者10万対の訪問看護ステーション常勤換算従事者数(※)は全国平均で98.1人であり、都道府県によって最大約4倍の差がある。
- 最多は和歌山県の147.0人、次いで兵庫県144.0人、福井県138.9人。
- 最少は佐賀県で34.2人、次いで秋田県54.2人、香川県56.7人。

※訪問看護ステーションにおける、看護師(保健師及び助産師を含む)、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士



(参考) 第七次看護職員需給見通し

- 需給見通しに基づいた看護職員の確保を図るため、看護職員確保に資する基本的資料として、平成23年から平成27年までの5年間の看護職員需給見通しを平成22年12月に策定。
- 看護職員需給見通しを着実に実施していくため、「定着促進」、「再就業支援」、「養成促進」などの看護職員確保等について一層の推進を図ることが必要不可欠。

(単位：人、常勤換算)

区 分	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
需 要 見 通 し	1,404,300	1,430,900	1,454,800	1,477,700	1,500,900
① 病 院	899,800	919,500	936,600	951,500	965,700
② 診 療 所	232,000	234,500	237,000	239,400	242,200
③ 助 産 所	2,300	2,300	2,400	2,400	2,400
④ 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	28,400	29,700	30,900	32,000	33,200
⑤ 介 護 保 険 関 係	153,300	155,100	157,300	160,900	164,700
⑥ 社会福祉施設、在宅 サービス(⑤を除く)	19,700	20,400	20,900	21,500	22,100
⑦ 看 護 師 等 学 校 養 成 所	17,600	17,700	17,700	17,800	17,900
⑧ 保 健 所 ・ 市 町 村	37,500	37,600	37,800	38,000	38,200
⑨ 事業所、研究機関等	13,800	14,000	14,100	14,300	14,500
供 給 見 通 し	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300	1,486,000
① 年 当 初 就 業 者 数	1,320,500	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300
② 新 卒 就 業 者 数	49,400	50,500	51,300	52,400	52,700
③ 再 就 業 者 数	123,000	126,400	129,600	133,400	137,100
④ 退 職 等 に よ る 減 少 数	144,600	145,900	147,900	149,900	152,100
需要見通しと供給見通しの差	56,000	51,500	42,400	29,500	14,900
(供給見通し/需要見通し)	96.0%	96.4%	97.1%	98.0%	99.0%

注) 四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

第5期介護保険事業計画におけるサービス量の見込み等について〈確定値〉

2011年度(実績)※1

2014年度
サービス量見込み(確定値)※2

(参考)2015年度
改革シナリオ※3

(参考)2025年度
改革シナリオ※3

在宅介護	314 万人／日		348 万人／日 (11%増)	361 万人／日 (15%増)	463 万人／日 (47%増)
うちホームヘルプ	130 万人／日		148 万人／日 (14%増)	- 万人／日 -	- 万人／日 -
うちデイサービス	205 万人／日		234 万人／日 (14%増)	- 万人／日 -	- 万人／日 -
うちショートステイ	38 万人／日		43 万人／日 (13%増)	- 万人／日 -	- 万人／日 -
うち訪問看護	30 万人／日		34 万人／日 (13%増)	37 万人／日 (23%増)	51 万人／日 (70%増)
うち小規模多機能	6 万人／日		9 万人／日 (50%増)	10 万人／日 (67%増)	40 万人／日 (567%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	- 万人／日		2 万人／日 -	1 万人／日 -	15 万人／日 -
うち複合型サービス	- 万人／日		1 万人／日 -	- 万人／日 -	- 万人／日 -
居住系サービス	32 万人／日		41 万人／日 (28%増)	38 万人／日 (19%増)	62 万人／日 (94%増)
特定施設	16 万人／日		21 万人／日 (31%増)	18 万人／日 (13%増)	24 万人／日 (50%増)
認知症高齢者グループホーム	16 万人／日		20 万人／日 (25%増)	20 万人／日 (25%増)	37 万人／日 (131%増)
介護施設	89 万人／日		99 万人／日 (11%増)	106 万人／日 (19%増)	133 万人／日 (49%増)
特養	47 万人／日		56 万人／日 (19%増)	57 万人／日 (21%増)	73 万人／日 (55%増)
老健(＋介護療養)	42 万人／日		43 万人／日 (2%増)	49 万人／日 (17%増)	60 万人／日 (43%増)

※1) 2011年度の数値は介護給付費実態調査月報(平成23年11月審査分)による数値であり、福祉用具販売(予防含む。)及び住宅改修(予防含む。)の数値は未計上。

なお、ホームヘルプは訪問介護(予防含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護(予防含む。)、通所リハ(予防含む。)、認知症対応型通所介護(予防含む。))の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護(予防含む。)、短期入所療養介護(予防含む。))の合計値。

※2) 2014年度の数値は、第5期介護保険事業計画の最終年度における介護サービス量の見込みについて、本年4月18日現在で集計した数値であり、未報告の14保険者の数値は未計上。

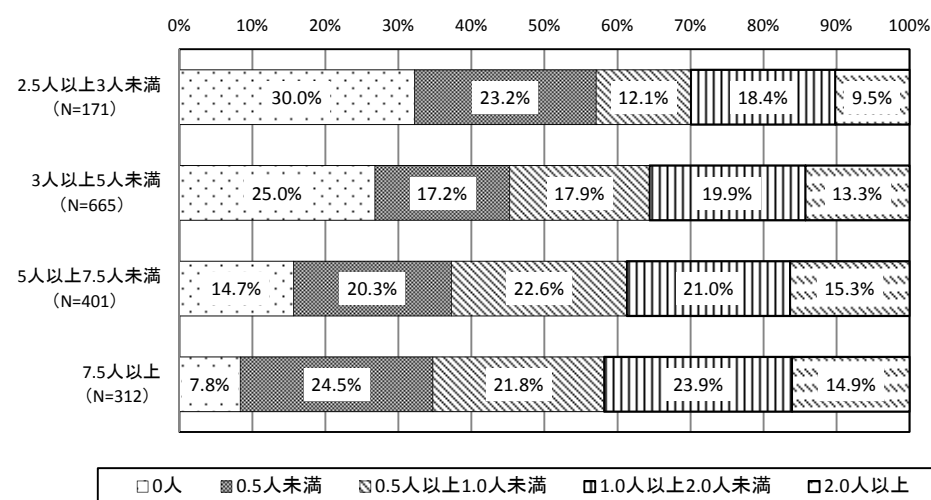
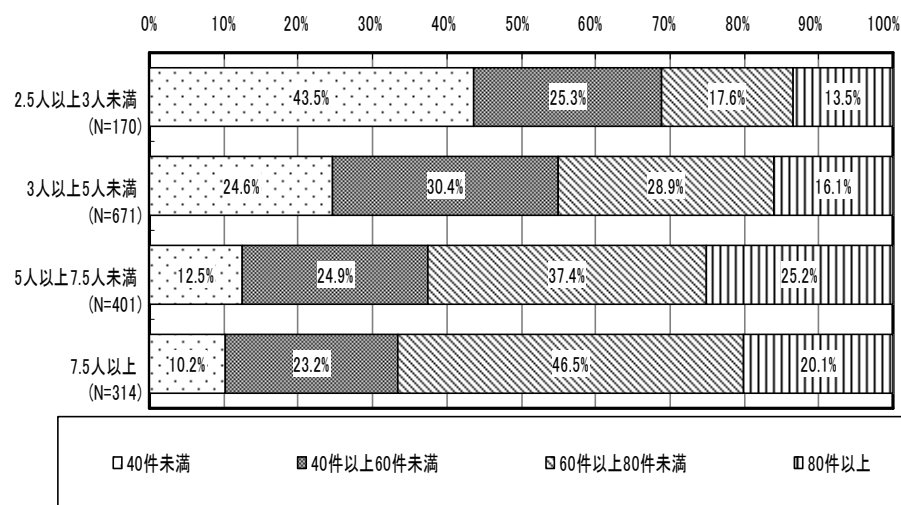
なお、在宅介護の総数については、便宜上、2009年度の受給率を用いて算出した推計値。また、在宅介護の再掲サービスについては、年間延べ人数(月単位)を12で除した算出した推計値。

※3) 2025年度の数値は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成24年3月)による(2015年度も左記と同様の方法で算出したもの)。

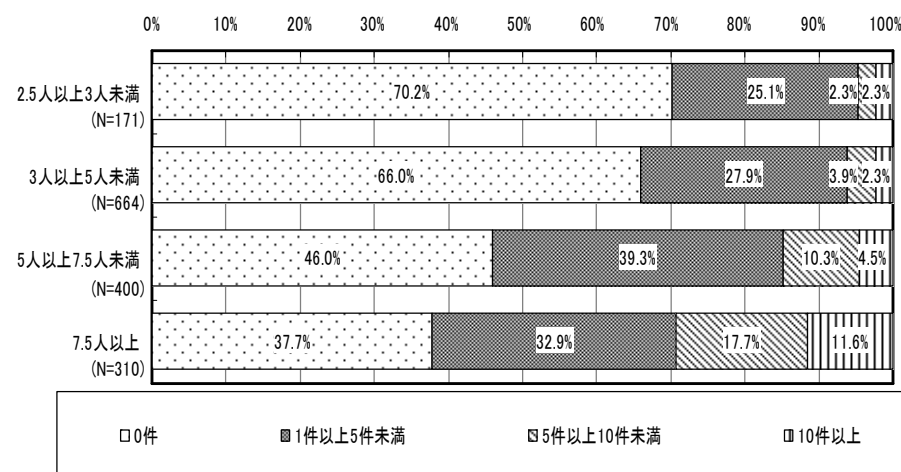
訪問看護サービスの状況⑧(事業所規模毎のサービス提供状況等)

○ 事業所の規模が大きくなるほど、看護師1人あたりの訪問件数・在宅における看取り件数、夜間・深夜・早朝訪問件数が多く、24時間対応/連絡体制加算の算定率が高い。

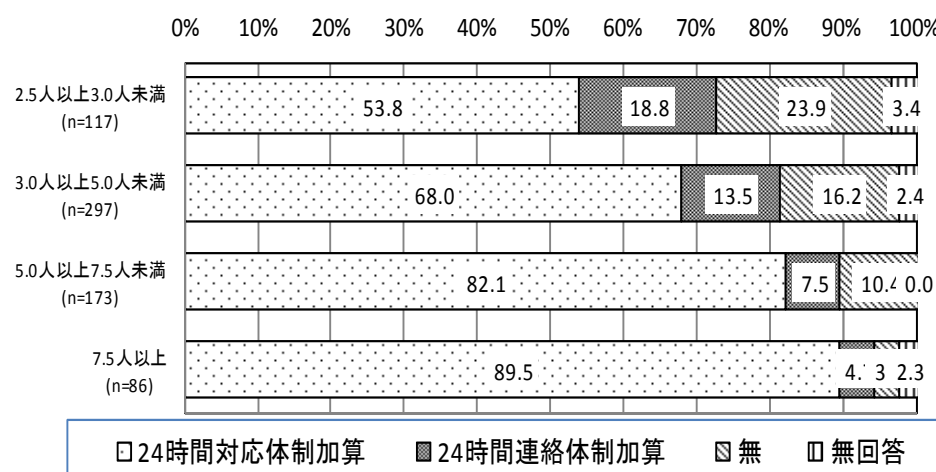
【①訪問看護ステーション規模別 看護職員1人当たり訪問件数/月】【②訪問看護ステーション規模別 看護職員1人当たり在宅看取り数/年】



【③訪問看護ステーション規模別 夜間・深夜・早朝訪問件数/月】



【④訪問看護ステーション規模別 24時間対応/連絡体制加算算定率】



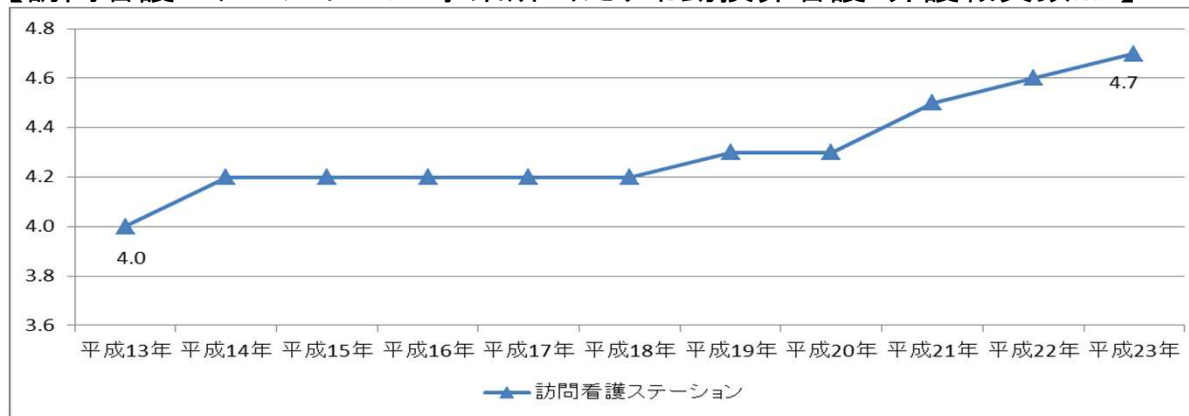
出典：①～③平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」(社)日本看護協会

出典：④中医協総-6-2(H25.6.12)平成24年度診療報酬改定結果検証に係る調査「訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査」結果概要(速報)(社)日本看護協会

訪問看護サービスの状況⑨(事業所規模)

- 訪問看護ステーションの1事業所当たりの従事者数は近年微増傾向で、1事業所当たりの常勤換算看護・介護職員数※1は4.7人である。
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%で、事業所の規模が大きくなるほど収支の状況が黒字になる傾向がある。

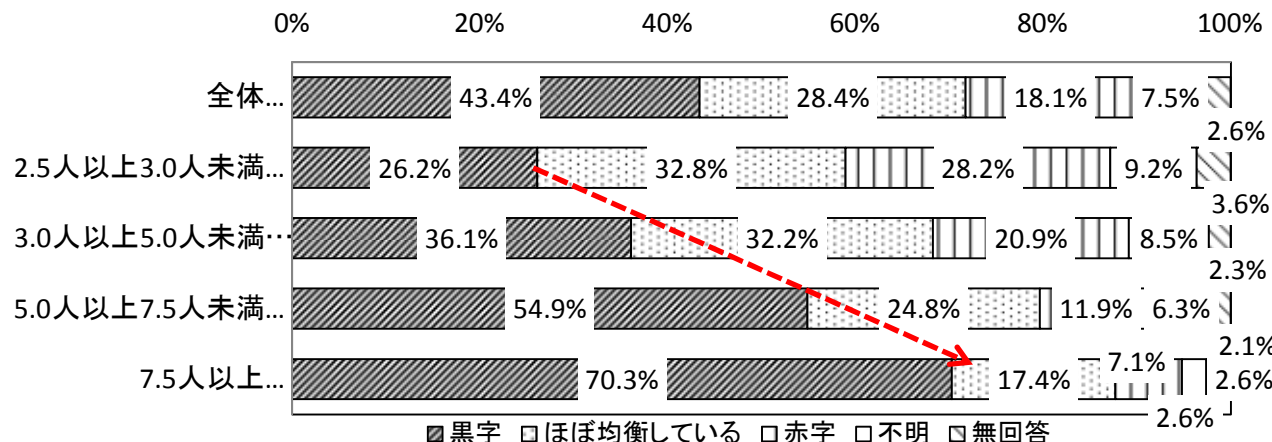
【訪問看護ステーションの1事業所当たり常勤換算看護・介護職員数※1】



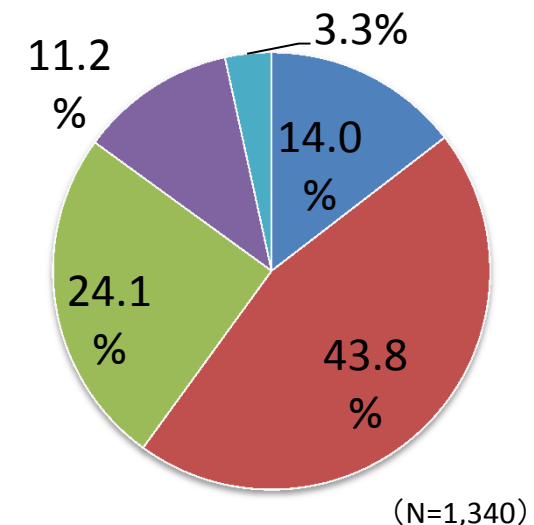
※1 保健師、助産師、看護師、准看護師、介護職員

出典: 介護サービス施設・事業所調査

【看護職員数の規模別にみた収支の状況】



【看護職員数の規模別にみた事業所数の構成】



- 2.5人以上～3人未満
- 3人以上～5人未満
- 5人以上～7.5人未満
- 7.5人以上
- 不明

6. 福祉用具について

現状・課題

(1) 福祉用具専門相談員の質の確保について ⇒論点(1)

- 高齢者の自立支援を図るためには、自らの身体能力等を最大限に活用できるよう生活環境の観点から支援することが必要であり、要介護（支援）者が増加する中、福祉用具の役割は重要。
- 平成24年度からは、福祉用具貸与事業者等に対し、利用者ごとに個別サービス計画の作成を義務付け。
- その後の実態調査により、「利用者や家族のニーズを把握しやすくなった」、「身体状況や住環境に関する事項を確認しやすくなった」と回答した福祉用具専門相談員等が約5割であった。
- 一方で、事例分析の結果から、「個別の状態像の記載が不十分」、「（単なる用具の）メンテナンスシートのような印象も受ける」という課題もある。
- 福祉用具貸与事業所における福祉用具専門相談員の約8割は、指定講習会等修了者である。

(2) 複数の福祉用具を貸与する場合の価格について ⇒論点(2)

- 貸与事業者は、運営規程で取り扱う種目や利用料を定めている。通常、福祉用具貸与（購入）の価格には、製品の価格のほか、諸経費（アセスメント、用具の選定、計画書作成、搬入・搬出、モニタリング、メンテナンス、消毒、事務費等）が含まれており、複数の福祉用具を貸与する場合には、共通となる経費（計画書作成、搬入、モニタリング等）もある。

<福祉用具貸与価格情報の公開について> ⇒運用上の改善

- 平成21年8月に国保連合会介護給付適正化システムを改修し、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発出できるようにした。これにより、製品毎の貸与価格の分布状況等の把握・分析・公表や、同一製品の貸与価格幅等の通知が保険者（市町村）において可能となっている。

※本システムを利用して介護給付費通知を発出している保険者は、516保険者（平成22年度）から615保険者（平成23年度）へと増加が見られている。

論点

(1) 福祉用具専門相談員の質の確保について

- 福祉用具サービス計画書の事例分析の結果等を踏まえ、自立支援により資する福祉用具の利用を図る観点から、福祉用具専門相談員の指定講習内容の見直しを検討しており、それを踏まえ福祉用具専門相談員の要件を、福祉用具に関する知識を有している国家資格者及び福祉用具専門相談員指定講習修了者としてはどうか。【政令等改正】 ⇒65ページ参照
- 現に従事している福祉用具専門相談員については、福祉用具サービス計画に関する知識も含め、常に福祉用具貸与（販売）に関する必要な知識の修得及び能力の向上に努めなければならないとすることが適当ではないか。【省令等改正】
- 福祉用具に係るさらなる専門性向上等の観点から、福祉用具貸与事業所に配置されている福祉用具専門相談員の一部について、より専門的知識及び経験を有する者の配置を促進していくことについて検討してはどうか。【省令等改正】

(2) 複数の福祉用具を貸与する場合の価格について

- 複数の福祉用具を貸与する場合において、効率化・適正化の観点から、都道府県等に届け出ている福祉用具の価格（利用料）からの減額を認めることを検討してはどうか。【運用上の措置】 ⇒66ページ参照

(3) 福祉用具貸与のみケアプランについて

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理等を踏まえ、福祉用具の貸与のみを行うような簡素なケースについては、ケアマネジャーによる月々のモニタリングのあり方を見直してはどうか。【省令等改正】 ⇒67ページ参照

運用上の改善

- 保険者における介護給付費通知書等の取組を一層推進するとともに、利用者及び家族をはじめとした国民の誰もが活用できるよう、ホームページ上において福祉用具の価格情報について公開する。
- その際は、福祉用具貸与価格に製品の価格のほか、福祉用具貸与の一連のサービスに関する諸経費（アセスメント、用具の選定、計画書作成、搬入・搬出、モニタリング、メンテナンス、消毒、事務費等）が含まれていることについて留意し、価格のみをもって福祉用具の選択がなされないよう配慮する必要がある。 ⇒68ページ参照

福祉用具専門相談員指定講習の見直しについて(案)

科 目	時間	内 容
1 老人保健福祉に関する基礎知識	2	老人保健福祉制度の概要
2 介護と福祉用具に関する知識	20	介護に関する基礎知識
		介護技術
		介護の場面における福祉用具の活用
3 関連領域に関する基礎知識	10	高齢者の心理
		医学の基礎知識
		リハビリテーションの概要
4 福祉用具の活用に関する実習	8	

- 現行の内容を踏まえた科目及び内容について見直し
(例)
・福祉用具サービス計画の作成に係る項目の追加
・住環境の知識に係る項目の追加
- 時間数について見直し
(例)40時間+充実分

福祉用具専門相談員の要件の見直しについて(案)

【現 行】

〔要 件〕 次のいずれかの要件を満たす者

(1)保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士

(2)介護職員基礎研修課程・1級課程・2級課程の修了者、介護職員初任者研修課程の修了者

(3)福祉用具専門相談員指定講習修了者 ※厚生労働大臣が定める基準に適合するものを行う者として都道府県知事が指定

【見直し後】

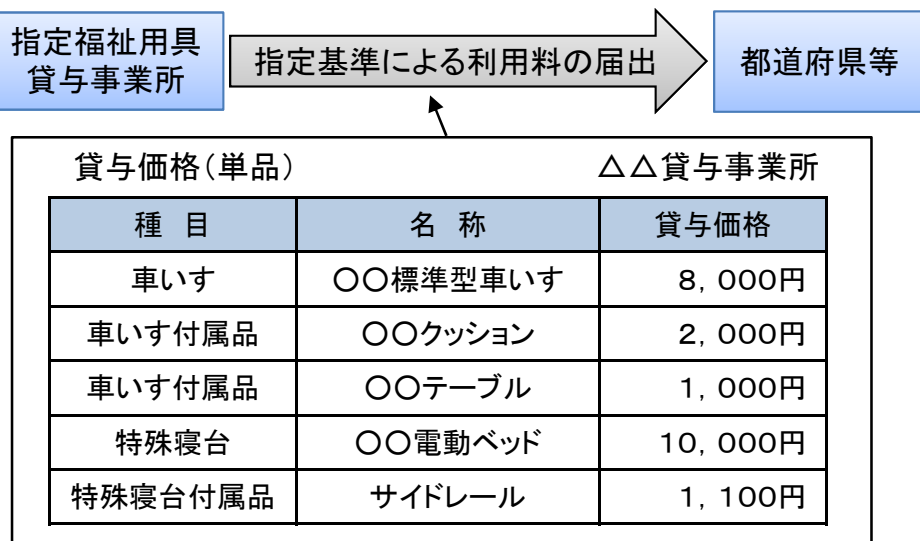
〔要 件〕 次のいずれかの要件を満たす者

(1)保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士

(2)福祉用具専門相談員指定講習修了者 ※厚生労働大臣が定める基準に適合するものを行う者として都道府県知事が指定

複数の福祉用具を貸与する場合の価格について(案)

【現行制度】



↓ 届け出た利用料に基づいて請求



〇〇車いす
(8,000円)



〇〇クッション
(2,000円)



〇〇テーブル
(1,000円)

個々の単価を合計

合計金額 : 11,000円

【複数貸与時の減額ルールへの届出】

○複数の福祉用具を貸与する場合、効率化・適正化の観点から、減額する場合のルールを届け出ることにより、価格の減額を認める。

(例)

【数量により減額する場合】

- ・2種類貸与時
合計額から〇〇円減額
- ・3種類貸与時
合計額から△△円減額

【種目の組合せにより減額する場合】

※基本となる福祉用具と一体的に使用されるものを想定

- ・特殊寝台と特殊寝台付属品を貸与時
合計額から〇〇円減額
- ・車いすと車いす付属品を貸与時
合計額から△△円減額

介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理(抄)

3. 各論

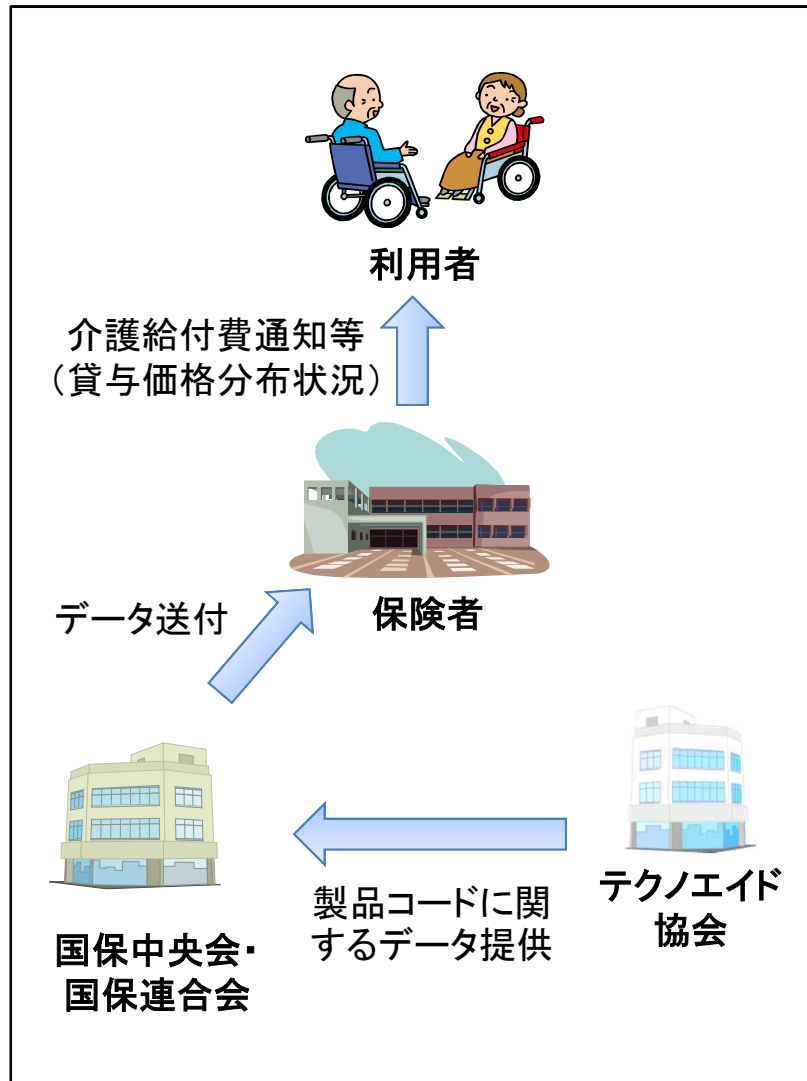
(2) 保険者機能の強化等による介護支援専門員の支援について

④ ケアマネジメントの評価の見直し

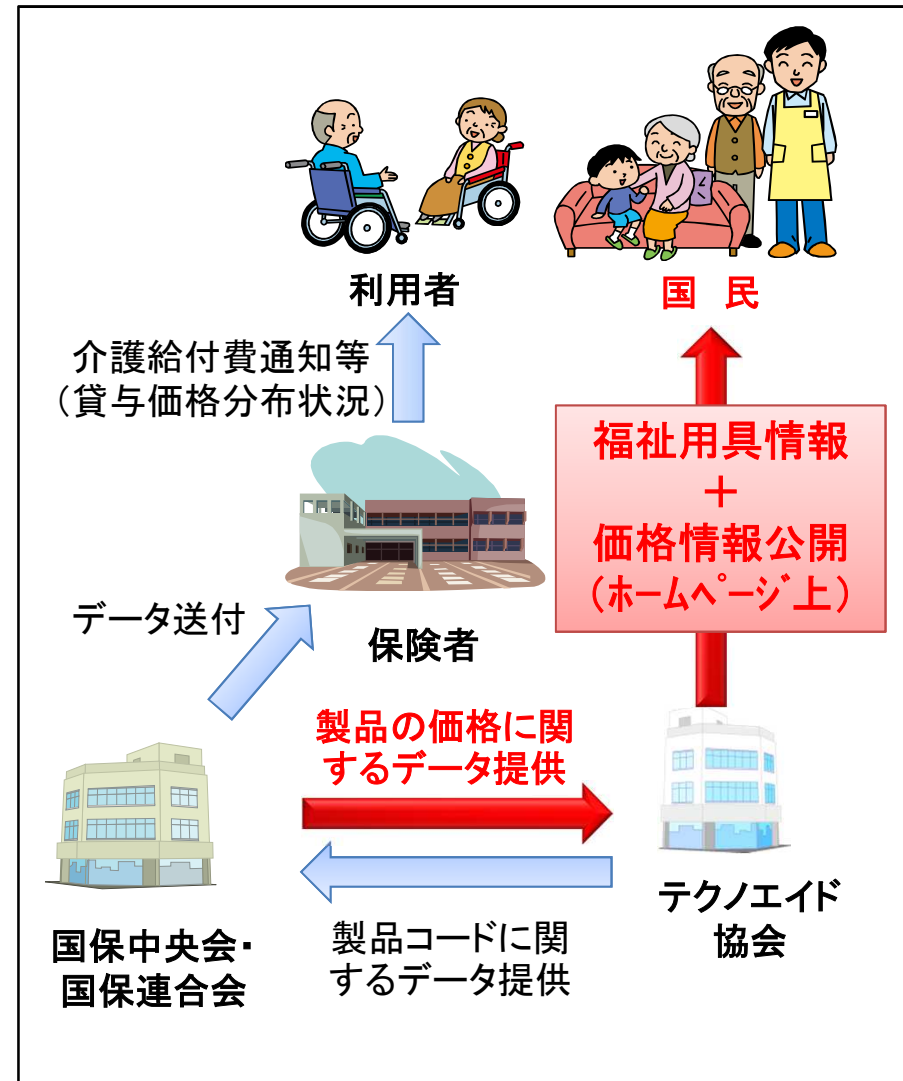
- 介護支援専門員が介護報酬を請求できるのは給付管理を行った場合に限り、アセスメントの結果、介護保険の法定サービスは利用せず、インフォーマルサービスのみの利用となった場合には、ケアマネジメントに対する介護報酬の評価が行われない現状にある。
- この点については、インフォーマルサービスなどの地域資源を積極的に活用することを促進していく観点からも、利用者の支援に当たって、ケアプランに位置付けられたサービスがインフォーマルサービスのみであり、結果として給付管理が発生しない場合であっても、介護支援専門員のケアマネジメントを適切に評価する仕組みを検討すべきである。
- 一方で、例えば福祉用具の貸与のみを行うような簡素なケースについては、効率化も検討すべきである。

福祉用具貸与価格情報の公開について

【現 行】



【見直し後】



4. 今後の方向性

論点1:いわゆる「外れ値」への対応について

- 保険者(市町村)は、引き続き福祉用具の価格の実態についての公表・情報提供を促進するとともに、分析・検証を行い、給付の適正化のための取り組みを行うことが重要である。また、こうした情報を利用者やケアマネジャーが活用できるようにすることも必要である。
- あわせて、福祉用具サービス事業者においても、主体的にサービス内容の公表に努める等の対応が求められている。
- なお、その際、介護報酬の請求に際して記載する商品コードの統一化を検討するなど、保険給付の明確性、透明性を一層推進する必要がある。
- また、今般の介護保険制度の改正案では、情報公開制度において、都道府県が介護サービスの質に関する情報を公表するよう配慮する旨の規定が設けられているところであり、こうした仕組みを活用することも有効なのではないか。
- 今後、保険者(市町村)による介護給付費通知書等の取り組みが全保険者に普及するようさらに推進するとともに、当該介護給付費通知書に対する利用の反応や介護支援専門員等の意識や行動の変化、福祉用具貸与事業者における対応の変化、福祉用具貸与価格への影響等をさらに検証していく必要がある。

5. 結語

- 福祉用具の価格、とりわけ、いわゆる「外れ値」の問題への対応については、介護給付費通知書で一定の進展が見られたが、さらなる価格適正化のための情報提供とその活用の努力が必要である。

(参考) 福祉用具専門相談員について

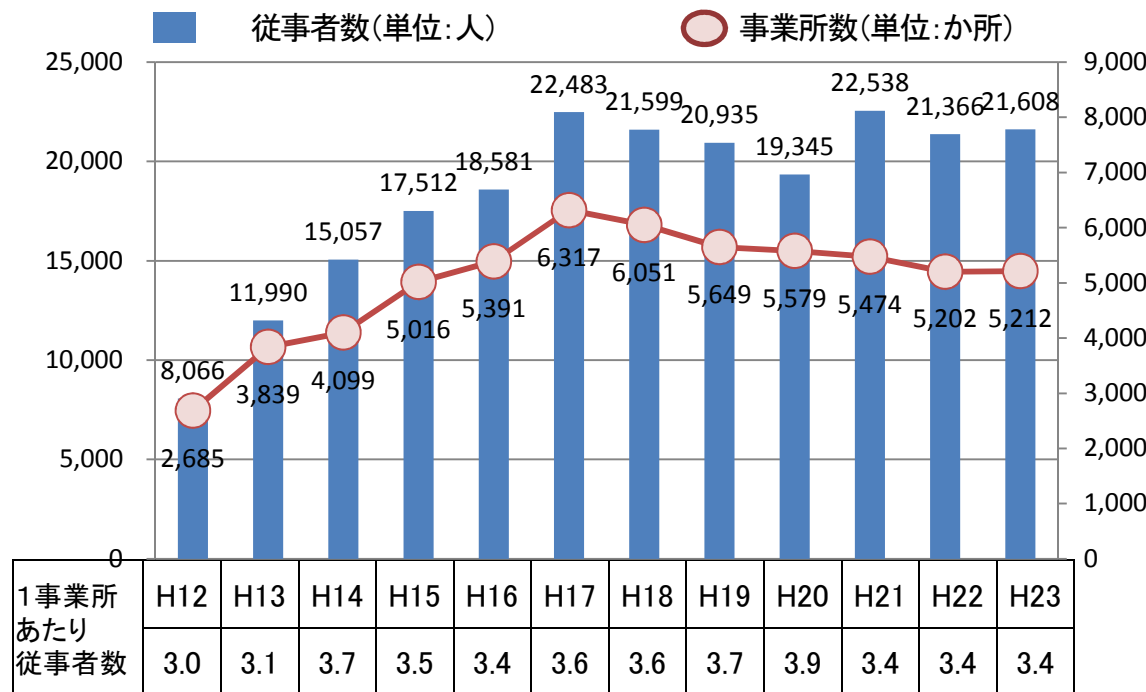
【役 割】

介護が必要な高齢者が福祉用具を利用する際に、本人の希望や心身の状況、その置かれている環境等を踏まえ、専門的知識に基づいた福祉用具を選定し、自立支援の観点から使用方法等を含めて適合・助言を行う専門職。

【配置基準】

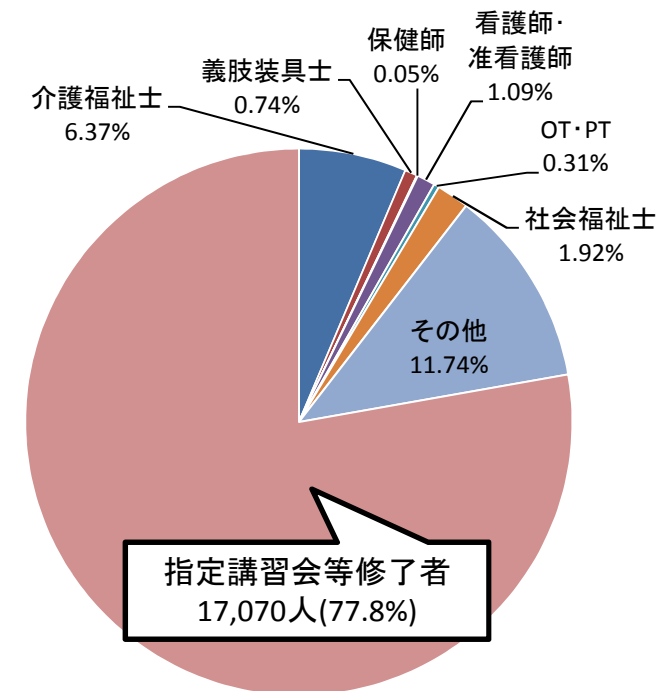
指定福祉用具貸与・販売事業所には常勤で2名以上の配置が義務づけられている。

① 福祉用具専門相談員従事者数及び福祉用具貸与事業所数の推移



注:平成21年以降は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けているため、従業者数については平成20年以前と単純に年次比較できない。

福祉用具専門相談員資格状況(複数回答)
(平成23年)



出典:介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日現在)

(参考) 福祉用具プランナーについて

【福祉用具プランナーとは】

福祉用具に関する高い知識・技術の習得を図り、利用者に対して質の高いサービスを提供できる人材の育成を目的とした資格。

【受講対象者】

- 福祉用具専門相談員として2年以上その業務に従事している者
- その他福祉用具関連業務に2年以上従事している者であって、原則として現在もその業務に従事している者

【受講時間】

100. 5時間

(eラーニング48時間、実技・演習・修了試験52. 5時間)

【開催場所】

介護実習・普及センター、教育機関等

【主催】

公益財団法人テクノエイド協会

【福祉用具プランナーの社会的役割】

- さまざまな福祉用具に関する情報提供者
- 福祉用具全般に対する相談窓口
- 適切な福祉用具選定の支援者
- 福祉用具の使い方の指導者
- 福祉用具に関する苦情の窓口

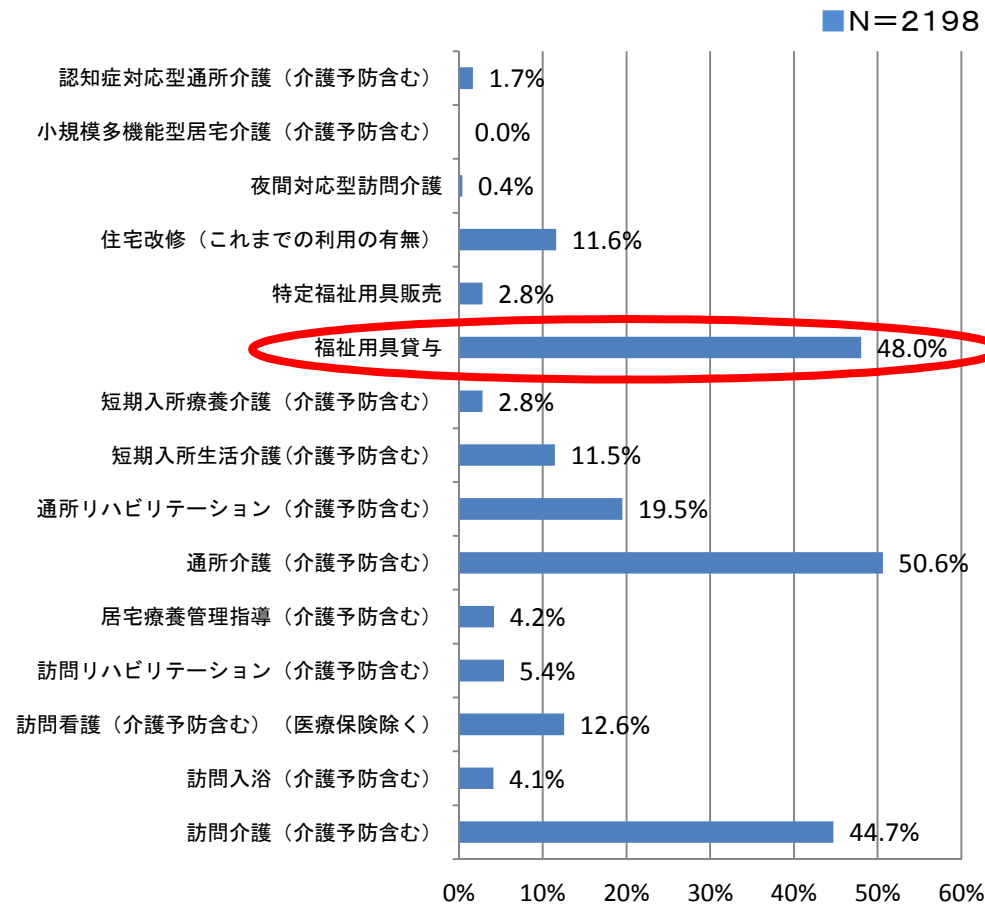
修了者の状況

年 度	修了者数	累 計
平成 9年	103	103
平成10年	223	326
平成11年	595	921
平成12年	875	1,796
平成13年	1,189	2,985
平成14年	1,049	4,034
平成15年	1,101	5,135
平成16年	1,399	6,534
平成17年	1,301	7,835
平成18年	1,268	9,103
平成19年	581	9,684
平成20年	485	10,169
平成21年	400	10,569
平成22年	409	10,978
平成23年	397	11,375
平成24年	380	11,755

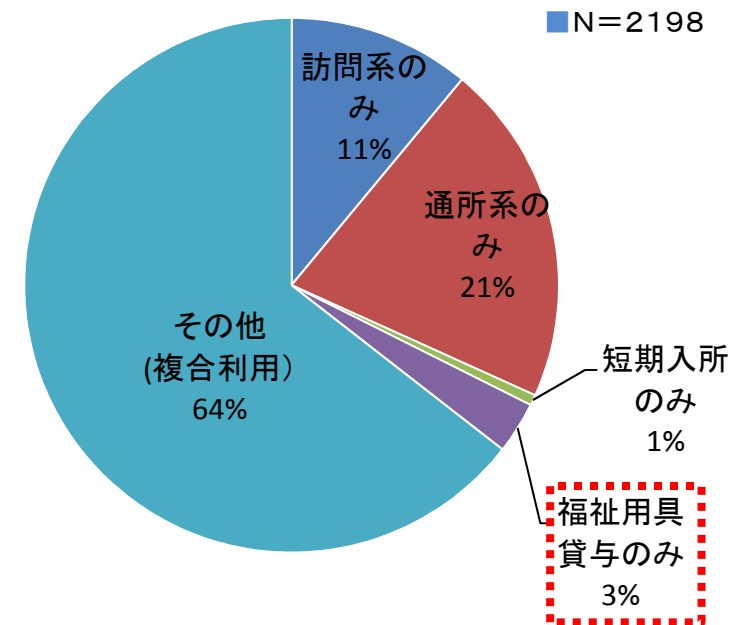
(参考) 福祉用具貸与のケアプラン上の選択状況

- 福祉用具貸与は、ケアプランの約5割に組み込まれている。
- ケアプラン全体の内、福祉用具貸与のみのケアプランは、約3%を占めている。

ケアプランに組み込まれているサービス内容(複数選択)



ケアプランに組み込まれているサービスパターン



出典: 居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査(株)三菱総合研究所
(平成23年度老健事業)を基に一部加工

(参考) 介護給付費通知について

介護給付費通知書のモデル様式

- 平成21年8月に国保連合会介護給付適正化システムを改修し、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発出できるようにした。
- これにより、製品毎の貸与価格の分布状況等の把握・分析・公表や、同一製品の貸与価格幅等の通知が保険者(市町村)において可能となっている。
- 本システムを利用した介護給付費通知を発出する取り組みを推進するため、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議等においてその活用を依頼している。
- 本システムを利用して介護給付費通知を発出している保険者は、516保険者(平成22年度)から615保険者(H23年度)へと増加が見られている。

介護給付費通知書(福祉用具貸与品目)

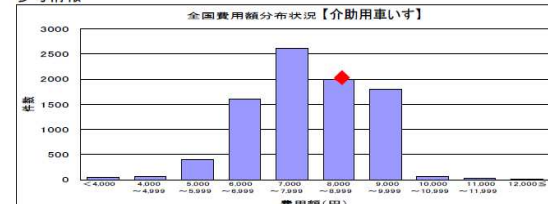
- 〇〇 〇〇 様 (被保険者番号: 14207700XX)
- このお知らせは、あなたが利用する製品と同じものの費用額の分布と、あなたの費用額が分布のどこに位置するかを知っていただくためのものです。

平成 20 年 〇 月 分

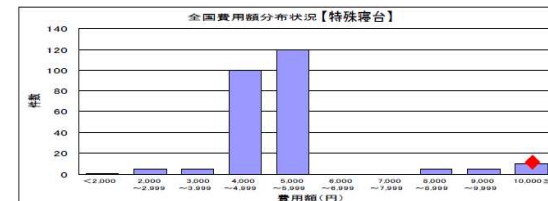
【あなたが利用した福祉用具と費用】

サービス事業所	TAISコード	福祉用具品名	費用額
福祉用具貸与事業所	99999-999999	介助用車いす	8,000
福祉用具貸与事業所	99999-999999	特殊寝台	10,500
福祉用具貸与事業所	99999-999999	特殊寝台付属品	2,000

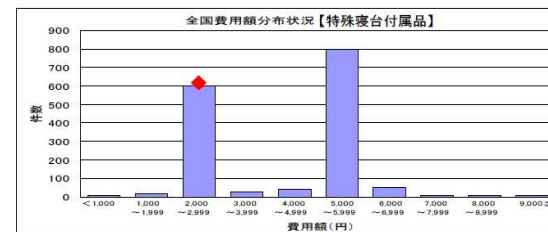
参考情報



	全国	都道府県	保険者
請求件数	10,000	1,000	100
最低費用額	2,000	2,500	2,000
最頻費用額	7,500	7,500	7,000
最高費用額	120,000	100,000	100,000
平均費用額	12,220	10,250	9,700



	全国	都道府県	保険者
請求件数	500	80	10
最低費用額	1,000	1,000	1,000
最頻費用額	5,500	5,500	5,000
最高費用額	12,500	11,500	11,000
平均費用額	4,500	4,167	4,000



	全国	都道府県	保険者
請求件数	2,000	500	10
最低費用額	500	1,000	2,000
最頻費用額	5,500	5,500	5,000
最高費用額	10,000	10,000	9,500
平均費用額	3,500	3,667	3,833

※ 費用額は、あなたが福祉用具をレンタルされた際にお支払いになった金額と保険給付額の合計額を記載しています。(特別地域加算分を除く。)

※ 右の表では、あなたが借りている福祉用具と同一製品の貸与価格について、全国、都道府県、保険者それぞれの範囲での、「最低費用額(最も安い価格)」、「最頻費用額(最も請求の多い価格)」、「最大費用額(最も高い価格)」、「平均費用額(平均値)」を表しています。

また、費用額には、搬出入費、メンテナンス費等のサービス費用が含まれている場合もあり、また、価格の分布状況等により平均費用額等が必ずしも代表値とはいえない場合があります。

※ グラフでは、同一製品の価格について、それぞれの価格幅(横軸)について、どれくらい貸与されているのか(縦軸)を示しており、更にあなたが借りた価格(点)も示しています。なお、適正価格を表したものではありません。

(標準帳票のイメージ。記載する福祉用具数、注釈等は保険者により変更可能。)

7. 住宅改修について

現状・課題

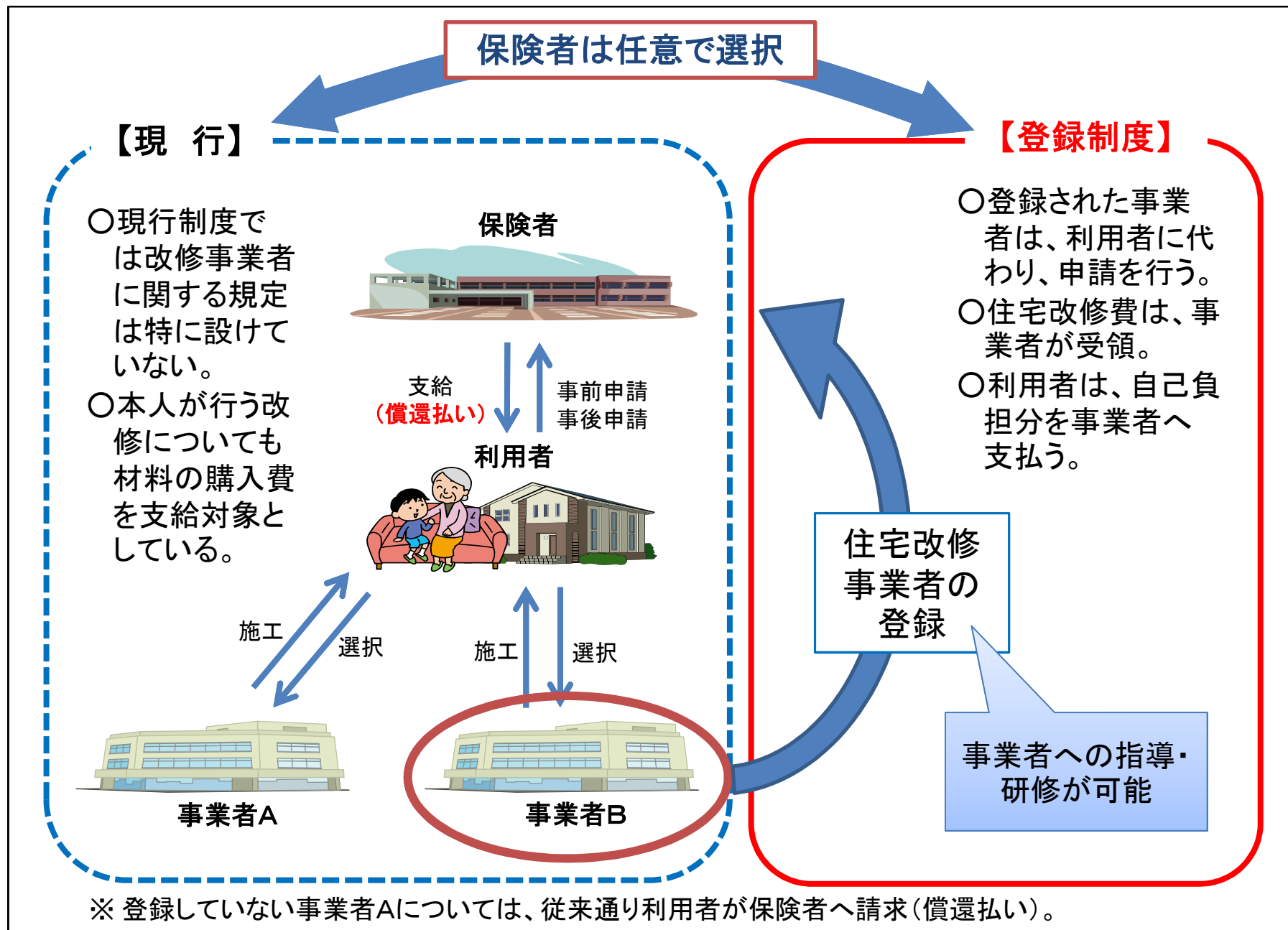
- 市町村は、居宅要介護（要支援）被保険者が、住宅改修を行ったときは、当該居宅要介護（要支援）被保険者に対し、居宅介護（介護予防）住宅改修費を支給することとしており、住宅改修を行う者若しくは住宅改修を行った者については、特段の規定はない。
- 多くの保険者が「事業者が指定制度ではないため、事業者に対する指導が難しい」、「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」という課題をあげている。

論 点

<住宅改修の質の確保について>

- 「住宅改修を行う事業者に対する指導が難しい」、「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」という実態を踏まえ、住宅改修の質を確保する観点から、市町村が、例えばあらかじめ事業者の登録を行った上で住宅改修費を支給する仕組みを導入できるよう検討してはどうか。【法律改正】 ⇒75ページ参照

登録制度の導入について(案)



7 介護給付について

- 住宅改修費は他の介護サービスとは異なり、住宅改修を行う事業所の指定制度がなく、また、介護報酬の基準が示されていないことから、介護保険制度についての理解が不足している住宅改修業者が、適正な保険給付を阻害する行為を行う事案が見られ、対応に苦慮しているところである。

このため、一定の住宅改修制度の不正利用の排除対策について検討すること。

(参考) 住宅改修の流れ

手続きの流れ



ケアマネジャー等に相談



施工事業者の選択・見積もり依頼



市町村へ **工事前** に申請

市町村は内容を確認し、結果を教示



改修工事の施工→完成／施工業者へ支払

市町村へ

工事後 に改修費の支給申請



住宅改修費の支給額の決定・支給

事前申請のポイント

- 利用者は、住宅改修の支給申請書類の一部を保険者へ提出
- 保険者は提出された書類等により、保険給付として適当な改修かどうかについて、事前に確認する。

提出書類

- ①支給申請書
- ②工事費見積り書
- ③住宅改修が必要な理由書(※)
- ④住宅改修後の完成予定の状態が分かるもの
(日付入り写真又は住宅の間取り図など)

※理由書の作成者

介護支援専門員、地域包括支援センター担当職員、作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上その他これに準ずる資格等を有する者

事後申請のポイント

- 利用者は、工事後領収書等の費用発生の実状がわかる書類等を保険者へ提出→「正式な支給申請」が行われる。
- 保険者は、事前提出された書類との確認、適切な工事が行われたかどうかの確認を行い当該住宅改修費の支給を必要と認めた場合、住宅改修費を支給する。

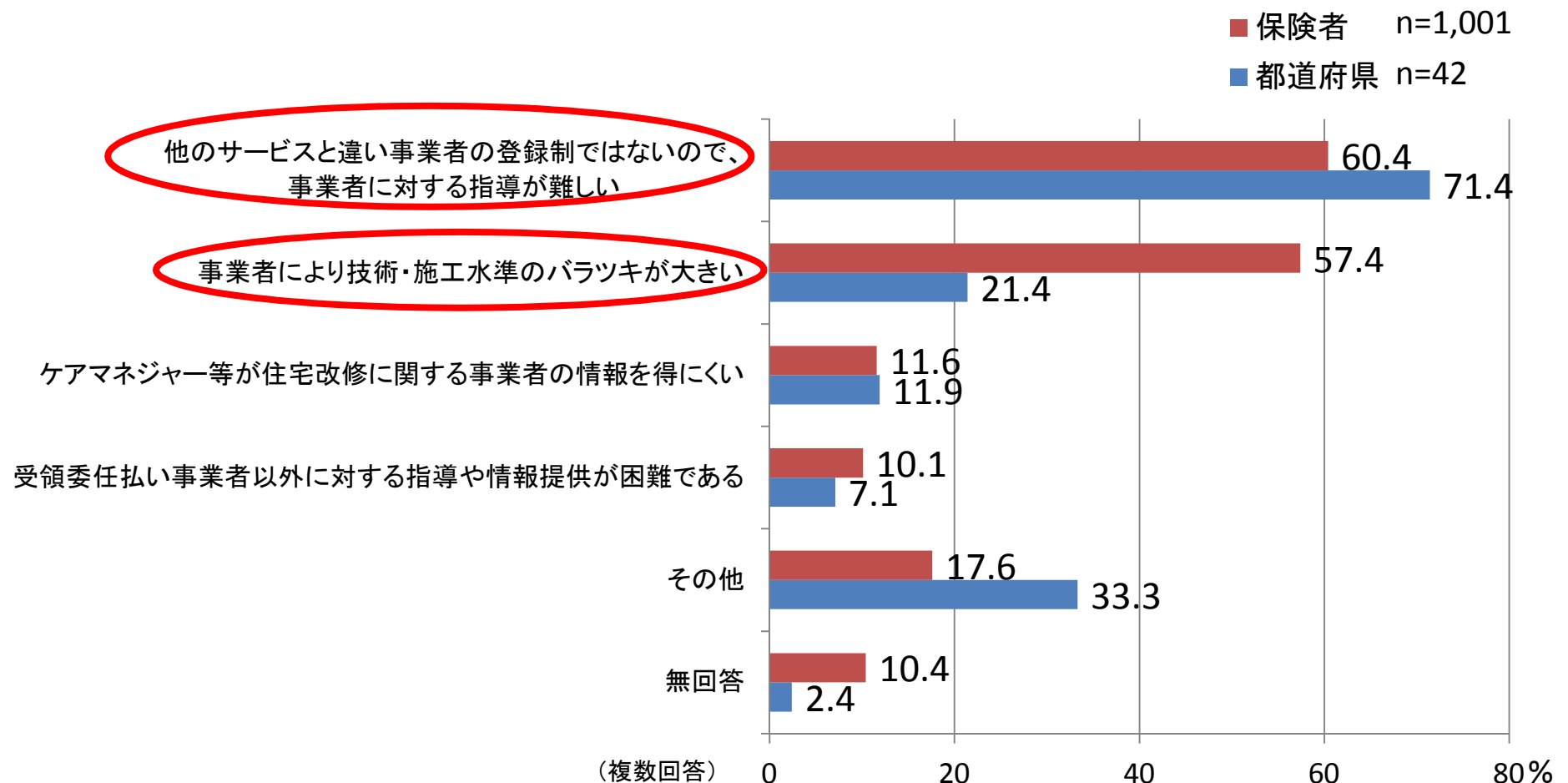
提出書類

- ⑤住宅改修に要した費用に係る領収書
 - ⑥工事費内訳書
 - ⑦住宅改修の完成後の状態を確認できる書類
(便所、浴室、廊下等の箇所ごとの改修前及び改修後それぞれの写真とし、原則として撮影日がわかるもの)、
 - ⑧住宅の所有者の承諾書
(住宅改修した住宅の所有者が当該利用者でない場合)
- ※ただし、やむを得ない事情がある場合については、住宅改修が完了した後に、①及び③を提出することができる。

(参考) 住宅改修全般についての課題

○ 「住宅改修全般について課題と思うことは何か」について、「他のサービスと違い事業者の登録制ではないので、事業者に対する指導が難しい」、「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」と回答する保険者がそれぞれ6割前後。

(保険者・都道府県に対するアンケート集計結果)



8. 介護ロボットについて

現状・課題

【要介護者について】

- 急激な高齢化の進展にともない、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズは益々増大する一方、核家族化の進行や、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化している。

【介護分野の人材について】

- 介護分野においては、介護従事者の腰痛問題等が指摘されており、人材確保を図る上では、働きやすい職場環境を構築していくことが重要である。
- このような中で、介護ロボットの活用により職場環境を向上させ介護従事者の介護負担の軽減が期待されている。

【日本再興戦略について】

- このような現状を踏まえ、日本再興戦略においては介護ロボット産業の活性化が挙げられ、高齢者や障がい者の自立支援の促進、介護者の負担軽減を図ることができる実用性の高い介護ロボットの開発を加速化させる「開発5カ年計画」を実施することとする。
- また、新規の介護ロボットは次々と開発されつつあり、効果が高いものについては、積極的に活用を図ることで、さらなる自立支援の促進や質の高いケアの提供が期待されている。

今後の方向性

- 介護ロボットを保険給付対象とする際の考え方等については、今後、専門家を交えた議論を行い、方向性を定めていくこととしている。

二. 戦略市場創造プラン

テーマ1: 国民の「健康寿命」の延伸

③病气やけがをしても、良質な医療・介護へのアクセスにより、早く社会に復帰できる社会

Ⅱ) 解決の方向性と戦略分野(市場・産業)及び当面の主要施策

健康増進・予防や生活支援に関する市場・産業を創出する(前述)ことに加え、医療・介護提供体制の強化、高齢者向け住宅の整備等に取り組み、良質な医療やリハビリサービスへのアクセス、介護ロボット産業の活性化を実現し、高齢者、障害者等が、地域で安心して暮らせるようにする。

○ロボット介護機器開発5ヵ年計画の実施等

- ・急速な普及拡大に向けて、移乗介助、見守り支援等、安価で利便性の高いロボット介護機器の開発をコンテスト方式で進めること等を内容とする「ロボット介護機器開発5ヵ年計画」を今年度より開始する。
- ・また、研究開発に先立ち、開発された機器の実用化を確実にするため、安全基準及びそれに基づく認証制度を今後1年以内に整備する。
- ・ロボット技術を利用した機器が、障害者の自立や生活支援に活かされるよう、企業が行う開発を更に促進するためのシーズ・ニーズマッチング等を行う。

(参考)介護保険制度における福祉用具の範囲の考え方

(第14回医療保険福祉審議会老人保健福祉部会提出資料(H10.8.24))

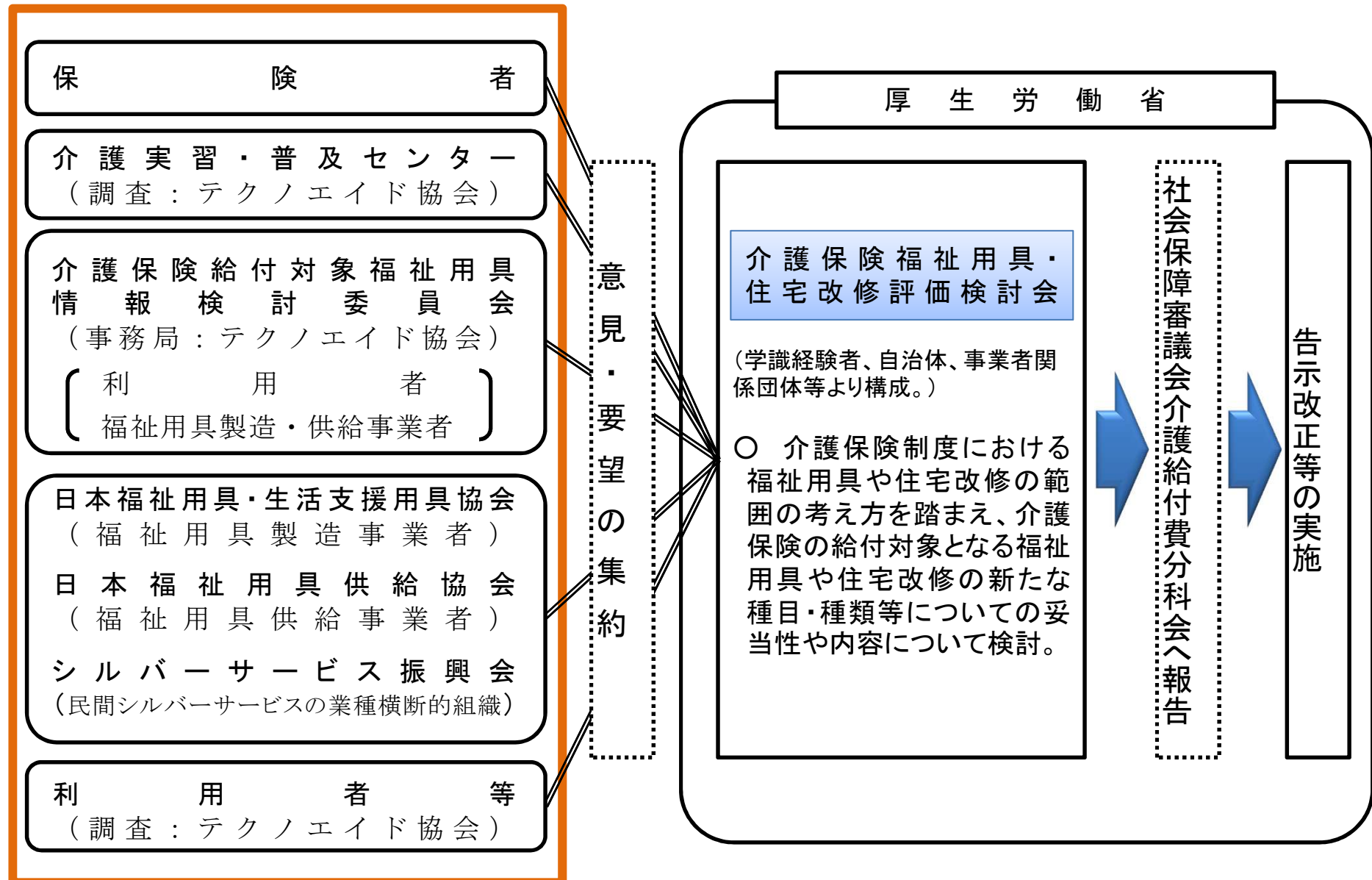
介護保険制度における福祉用具の範囲

- 1 要介護者等の自立の促進又は介助者の負担の軽減を図るもの
- 2 要介護者等でない者も使用する一般の生活用品でなく、介護のために新たな価値付けを有するもの
(例えば、平ベッド等は対象外)
- 3 治療用等医療の観点から使用するものではなく、日常生活の場面で使用するもの
(例えば、吸入器、吸引器等は対象外)
- 4 在宅で使用するもの
(例えば、特殊浴槽等は対象外)
- 5 起居や移動等の基本動作の支援を目的とするものであり、身体の一部の欠損又は低下した特定の機能を補完することを主たる目的とするものではないもの
(例えば、義手義足、眼鏡等は対象外)
- 6 ある程度の経済的負担があり、給付対象となることにより利用促進が図られるもの
(一般的に低い価格のものは対象外)
- 7 取り付けに住宅改修工事を伴わず、賃貸住宅の居住者でも一般的に利用に支障のないもの
(例えば、天井取り付け型天井走行リフトは対象外)

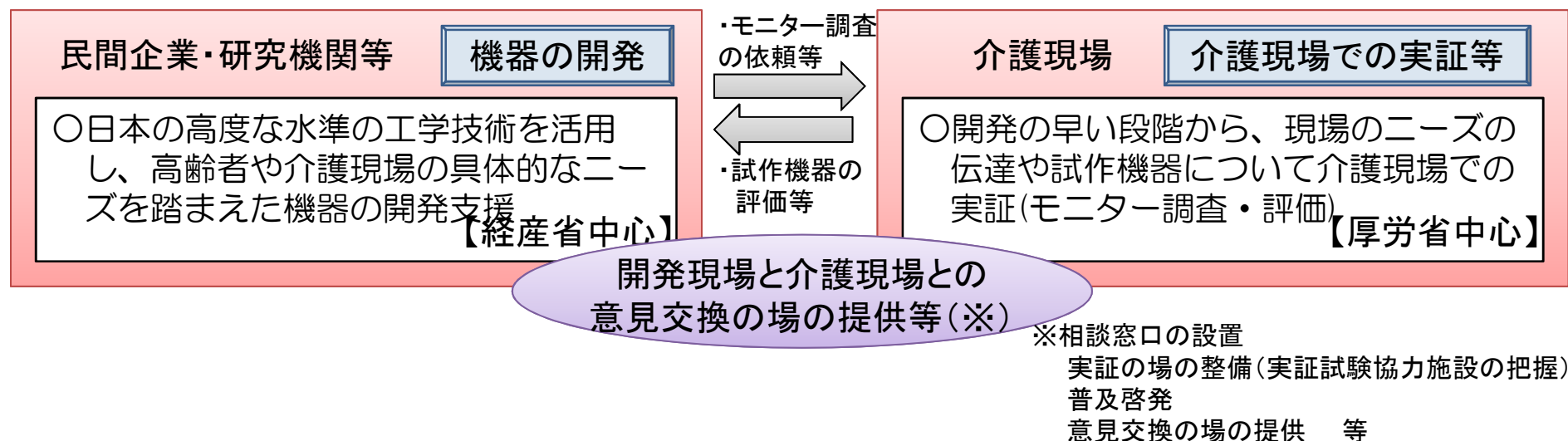
居宅福祉用具購入費の対象用具の考え方

- 福祉用具の給付は、対象者の身体の状態、介護の必要度の変化等に応じて用具の交換ができること等の考え方から原則貸与
- 購入費の対象用具は例外的なものであるが、次のような点を判断要素として対象用具を選定
 1. 他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの (入浴・排泄関連用具)
 2. 使用により、もとの形態・品質が変化し、再度利用できないもの (つり上げ式リフトのつり具)

(参考) 介護保険の給付対象となる福祉用具の種目等を見直す場合の流れ



(参考) 介護ロボットの開発支援について



今後の開発等の重点分野

経済産業省と厚生労働省において、重点的に開発支援する分野を特定(平成25年度から開発支援)

○移乗介助(1)

- ・ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器



○移乗介助(2)

- ・ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器



○移動支援

- ・高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器



○排泄支援

- ・排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置調節可能なトイレ



○認知症の方の見守り

- ・介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム



※開発支援するロボットは、要介護者の自立支援促進及び介護従事者の負担軽減に資することが前提

施設サービス等について

1. 特別養護老人ホームについて	・ ・ ・	1
2. 高齢者向け住まいについて	・ ・ ・	23
3. 介護老人保健施設・介護療養型医療施設について	・ ・ ・	49

1. 特別養護老人ホームについて

現状・課題

- 特養入所者に占める中重度の要介護者（要介護3以上）の割合は、年々上昇し、平成23年では、約88%となっている。特養入所者の平均要介護度も、年々上昇している。
- 一方、軽度の要介護者（要介護1及び2）の割合は、平成23年では約12%となっており、一定程度の軽度者が入所している。その最も大きな入所理由としては、「介護者不在、介護困難、住居問題等」が6割以上を占めている。
- 「在宅で要介護4又は5」の特養の入所申込者は、平成21年の調査では、約6.7万人となっており、重度の要介護者の特養ニーズにどのように応えていくかが大きな課題。
- また、特養入所者のうち、低所得者（第1～3段階）は、全体の約80%を占めており、低所得の高齢者が多く入所している。
- 特養入所者に占める重度の要介護者の割合が増加する中で、特養で最期を迎える高齢者は、入所者の6割超を占めており、特養における看取り介護加算の算定日数も徐々に増加している。

論点

- 特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者も数多く存在していることなども踏まえ、特養については、中重度で、在宅での生活が困難である要介護者を支える施設としての機能に重点化を図るべきではないか。そのためには、既入所者の継続入所にも配慮しつつ、特別養護老人ホームへの入所を要介護3以上に限定するべきではないか。
- 特養の重点化に伴い、特養で最期を迎える選択をする高齢者の割合は増加することが見込まれることから、今後、特養においては、看取りを行うことのできる体制をより一層強化していくべきではないか。
- あわせて、軽度の要介護者（要介護1及び2）を含めた低所得高齢者の住まいを確保していく必要があるが、どのような取組を進めていくべきか。【詳細については、「2. 高齢者向け住まいについて」】

（以上、国民会議指摘事項（下記「社会保障改革国民会議 報告書（抄）」参照））

- このほか、これまで特養の個室ユニット化を推進しているところであるが、現状、多くの多床室が存在しており、居室定員についても、一定数の自治体が、地域の実情に応じて、条例で多床室を認めているという実態に鑑みると、多床室の場合であっても、高齢者の尊厳を保持する観点から、プライバシーの保護に配慮をしていくべきと考えるが、どうか。また、この場合、多床室におけるプライバシーの確保をどのように図っていくべきか。

※「特養における利用者のプライバシー確保の実態に関する調査研究事業」（平成25年度老人保健健康増進等事業）において、特養における今後の居宅環境のあり方を検討する観点から、特養入居者のプライバシー確保の実態調査・事例研究等を実施。（平成26年3月末に調査結果をとりまとめたものが公表される予定）

社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

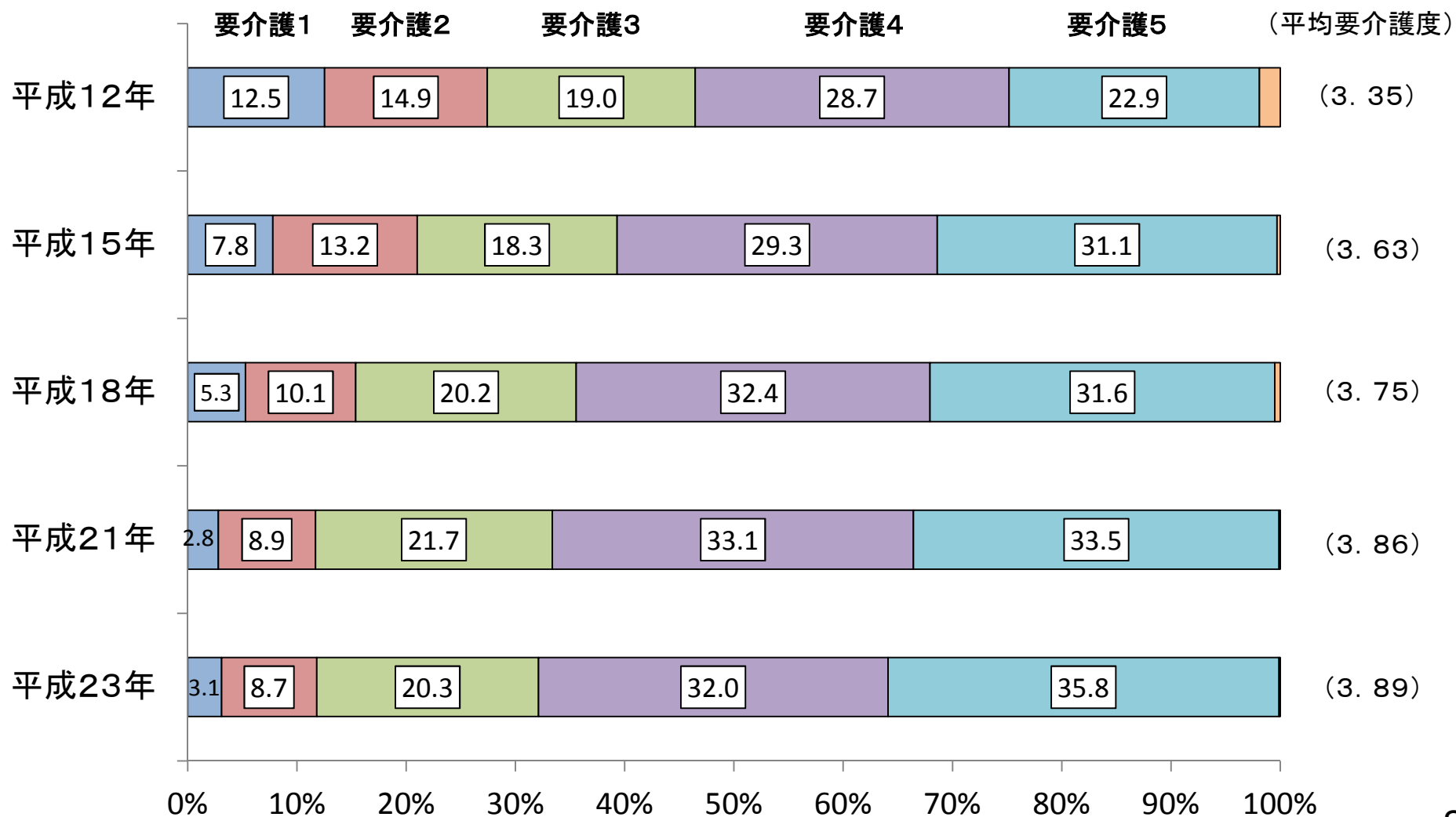
Ⅱ 医療・介護分野

4. 介護保険制度

加えて、介護を要する高齢者が増加していく中で、特別養護老人ホームは中重度者に重点化を図り、併せて軽度の要介護者を含めた低所得の高齢者の住まいの確保を推進していくことも求められている。

要介護度別の特養入所者の割合

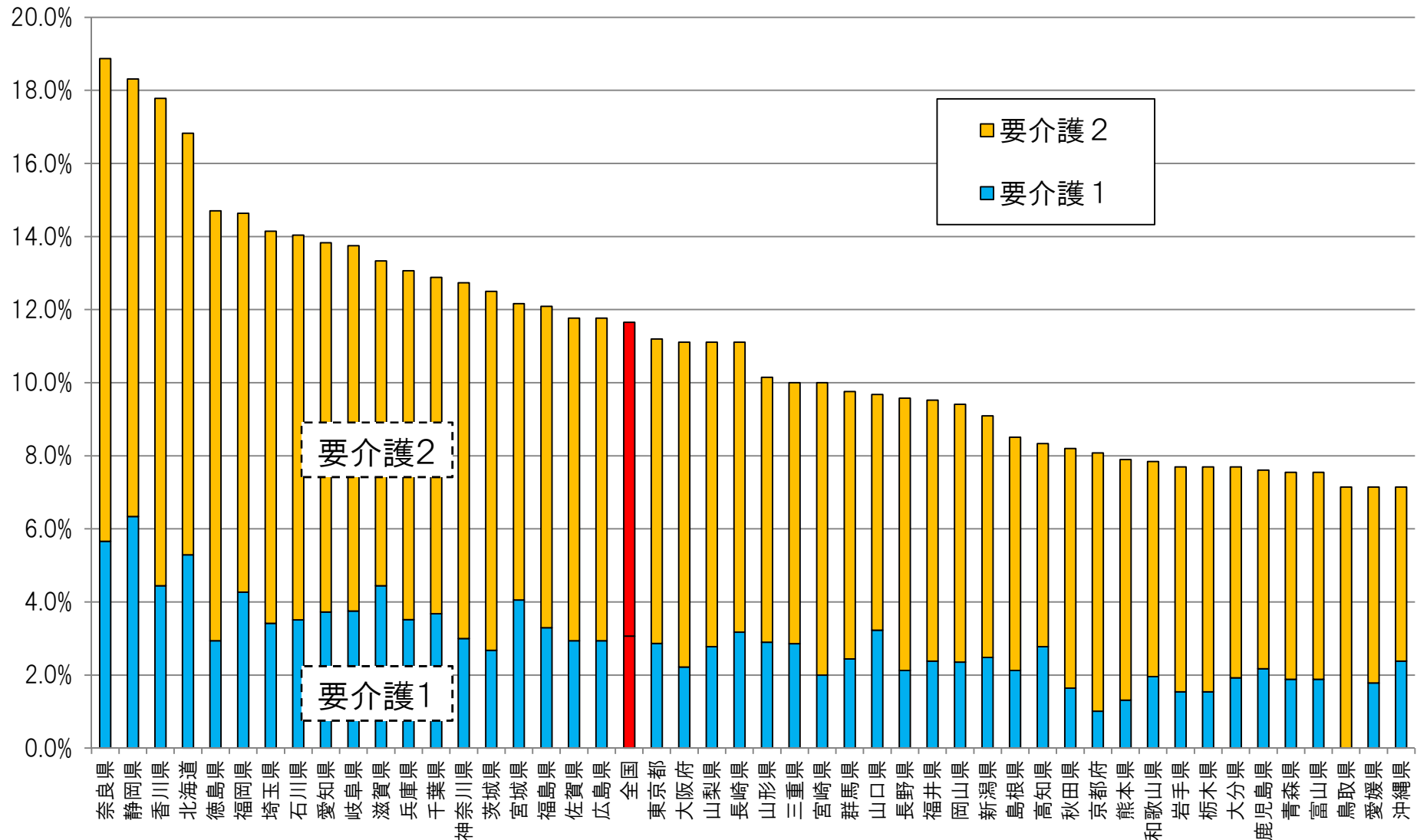
- 特養の入所者に占める重度の要介護者の割合は、年々上昇してきている。
- 一方、軽度の要介護者(要介護1及び2)の割合は、平成23年では11.8%となっており、一定程度の軽度者が入所している現状。



〔出典：介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日)〕

特養における要介護1・2の利用者の割合

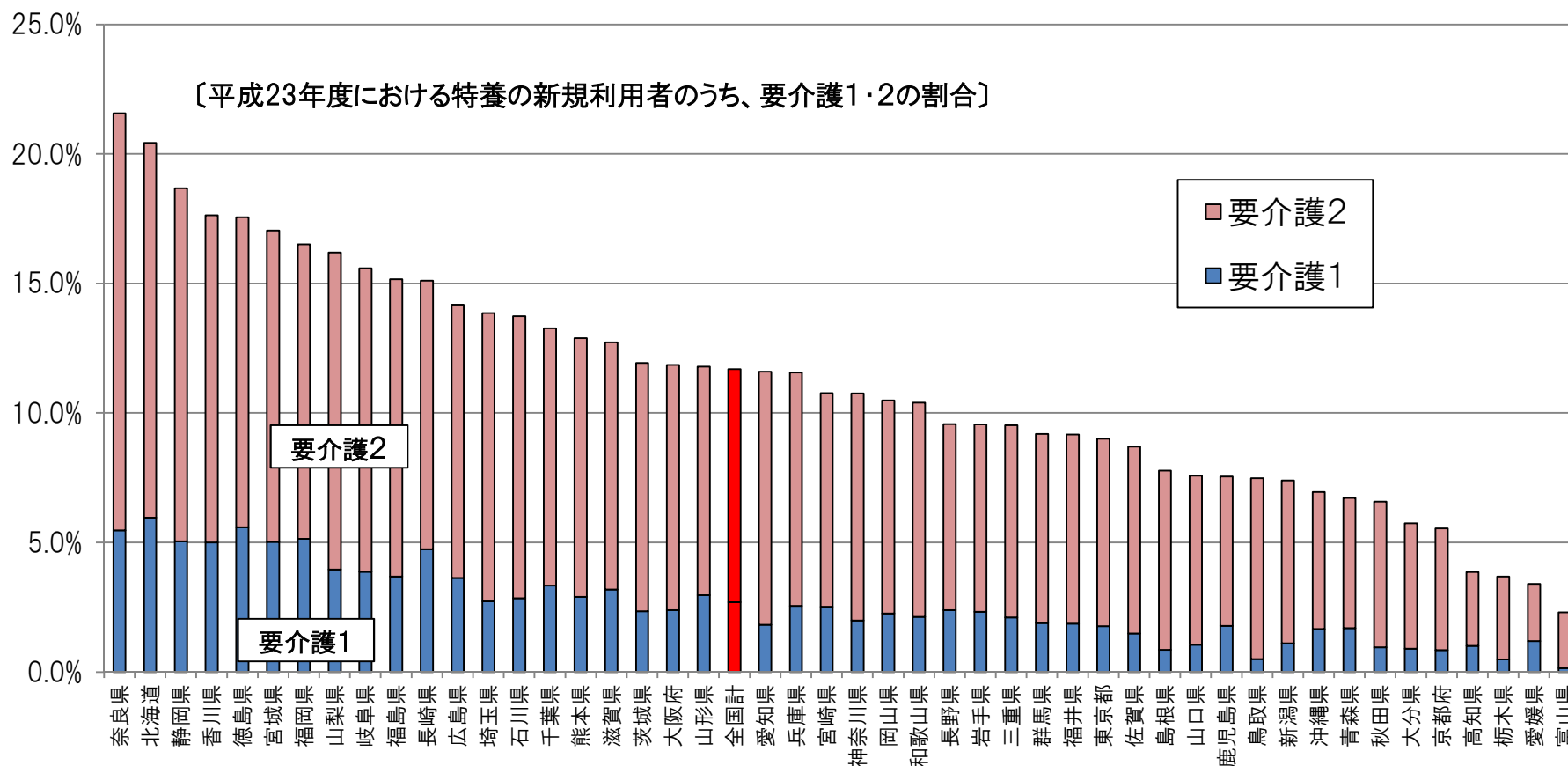
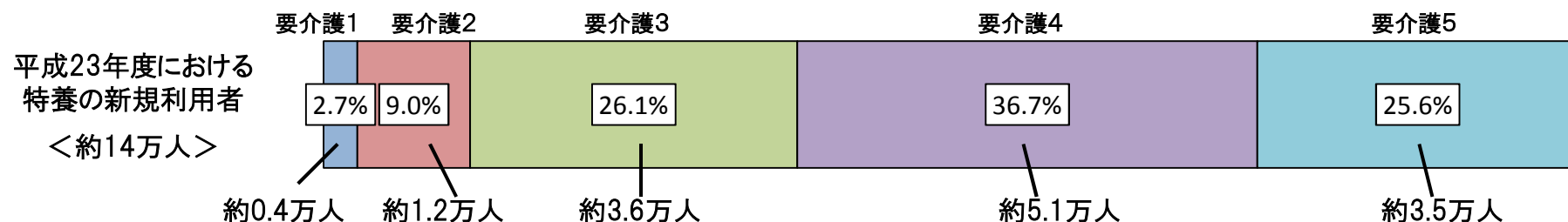
○ 特養に入所している軽度の要介護者(要介護1・2)について、都道府県別で比較すると、地域によって偏りがみられる。



※介護給付費実態調査(平成24年4月審査分)

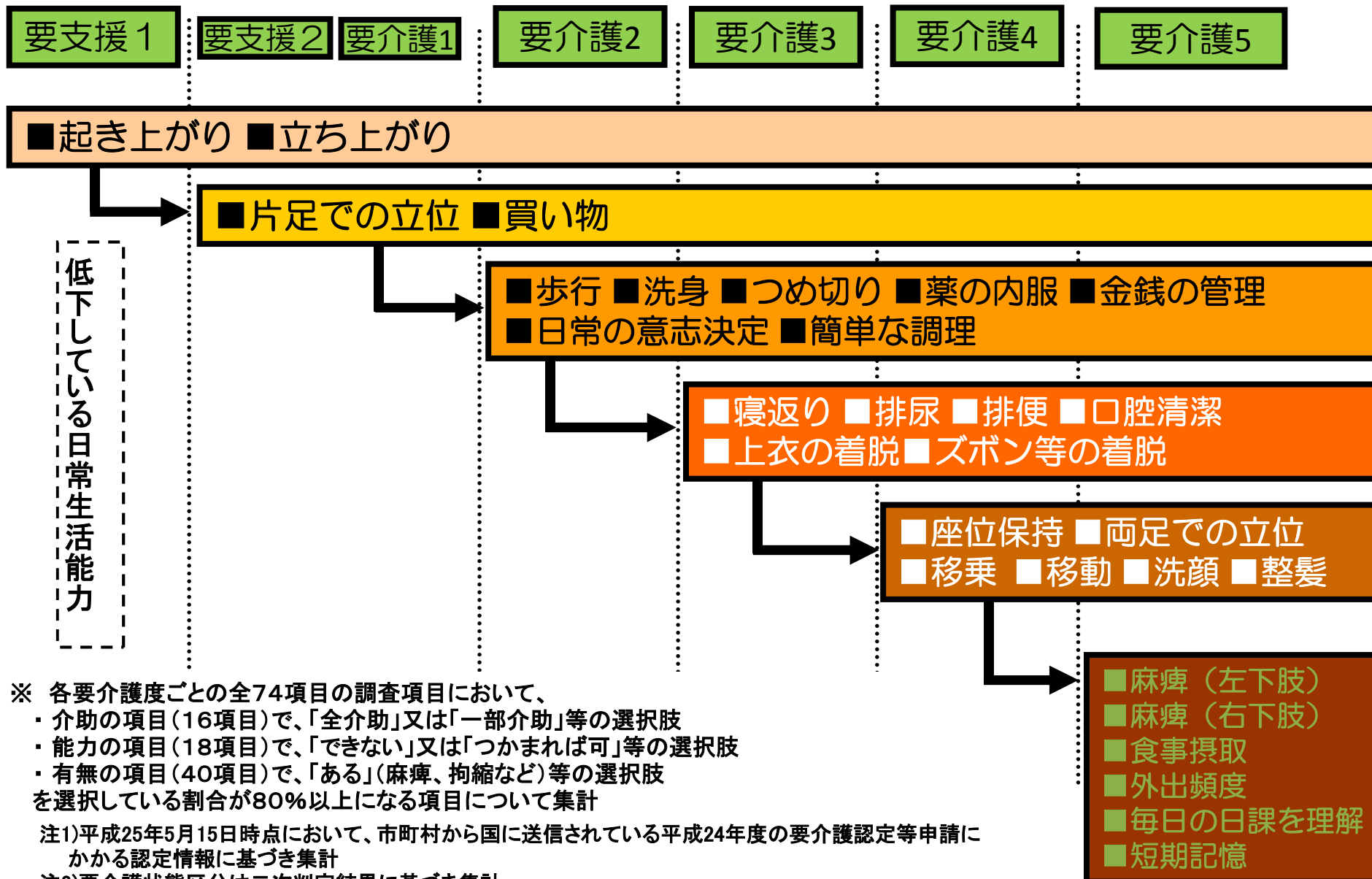
特養における要介護1・2の要介護者の新規入所の状況

○ 特養においては、年間約1.6万人程度、要介護1及び2の要介護者が新規にサービスの受給を開始している。なお、その割合は地域によって偏りがみられる。



要介護状態区分別の状態像

(80%以上の割合で何らかの低下が見られる日常生活能力)



特養の入所に関する指針について

- 国の基準省令や特養入所指針においては、「要介護度」、「家族の状況」、「居宅サービスの利用状況」などを勘案して、特養の入所申込者を優先入所させることとされている。
- 特養の入所指針は、各自治体において定めることとなっている。

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第39号)(抄)

第七条 略

2 指定介護老人福祉施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。

3～7 略

指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について(平成14年8月7日計画課長通知)(抄)

1 指針の作成について

(1)指針は、その円滑な運用を図る観点から、関係自治体と関係団体が協議し、共同で作成することが適当であること。

2 入所の必要性の高さを判断する基準について

(1)基準省令に挙げられている勘案事項について

「介護の必要の程度」については、要介護度を勘案することが考えられること。

また、「家族の状況」については、単身世帯か否か、同居家族が高齢又は病弱か否かなどを勘案することが考えられること。

(2)その他の勘案事項について

居宅サービスの利用に関する状況などが考えられること。

5 その他

管内の市町村・関係団体において指針の作成について独自の取組みがある場合には、これを尊重する必要があること。

要介護1・2の特養入所者の実態

○ 要介護1及び2の要介護者にとっての最も大きな特養の入所理由としては、「介護者不在、介護困難、住居問題等」が6割以上を占めている。

【調査の概要】

（調査時点）：平成24年10月31日現在

（実施主体）：全国老人福祉施設協議会

（調査対象）：56施設、361人

※ 平成24年10月31日現在、特養に入所している者の中で、「入所時、要介護1・2の入所者」、「入所時は軽度ではなかったが、現在、要介護度2以下の入所者」

【調査結果】

○ 契約入所した最も大きい理由

経済的理由	8名	(2.8%)
虐待・介護放棄	2名	(0.7%)
認知症のBPSDその他の理由による判断力の低下・喪失	61名	(21.1%)
<u>介護者不在、介護困難、住居問題等</u>	<u>174名</u>	<u>(60.2%)</u>
その他、無回答	44名	(15.2%)

特別養護老人ホームの入所申込者の状況

○ 特別養護老人ホームの入所申込者42.1万人のうち、在宅で、かつ、要介護4及び5の特養申込者が6.7万人。

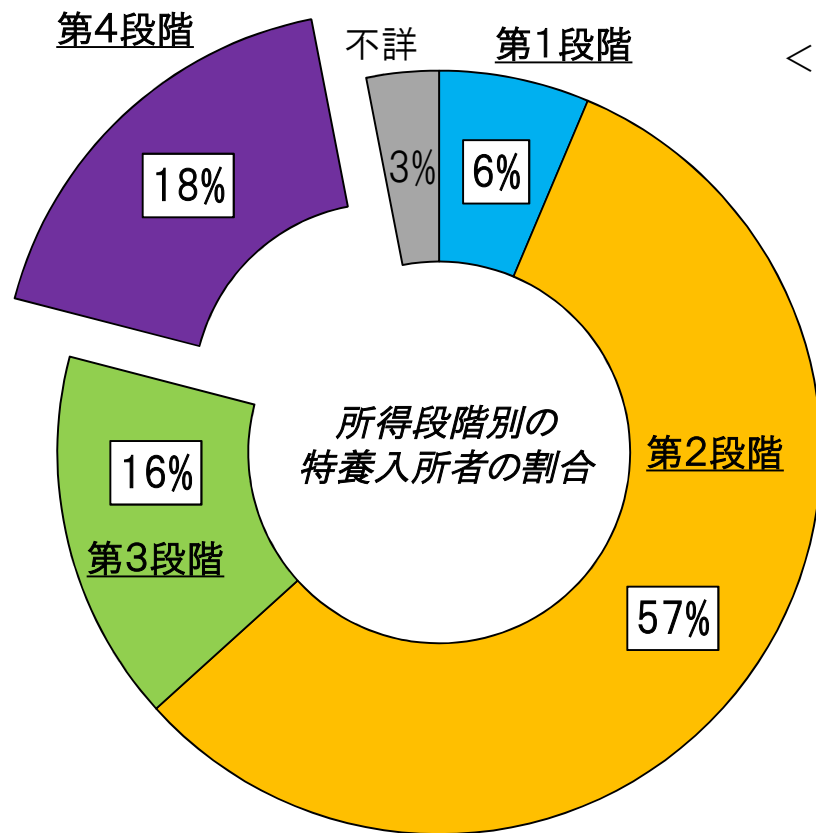
単位：万人

	要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	13.2 (31.2%)	11.0 (26.2%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	7.7 (18.2%)	5.4 (12.9%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)
うち在宅でない方	5.5 (13.0%)	5.6 (13.3%)	11.1 (26.4%)	22.3 (52.8%)

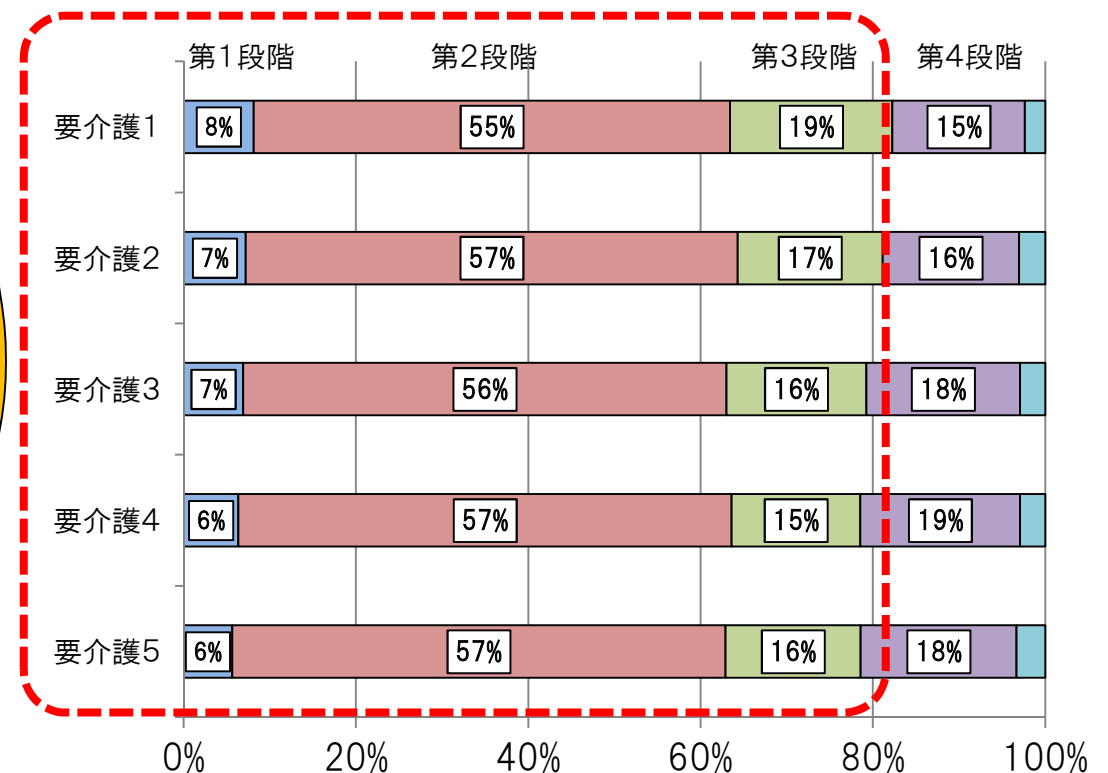
※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。(平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

特養入所者の所得状況

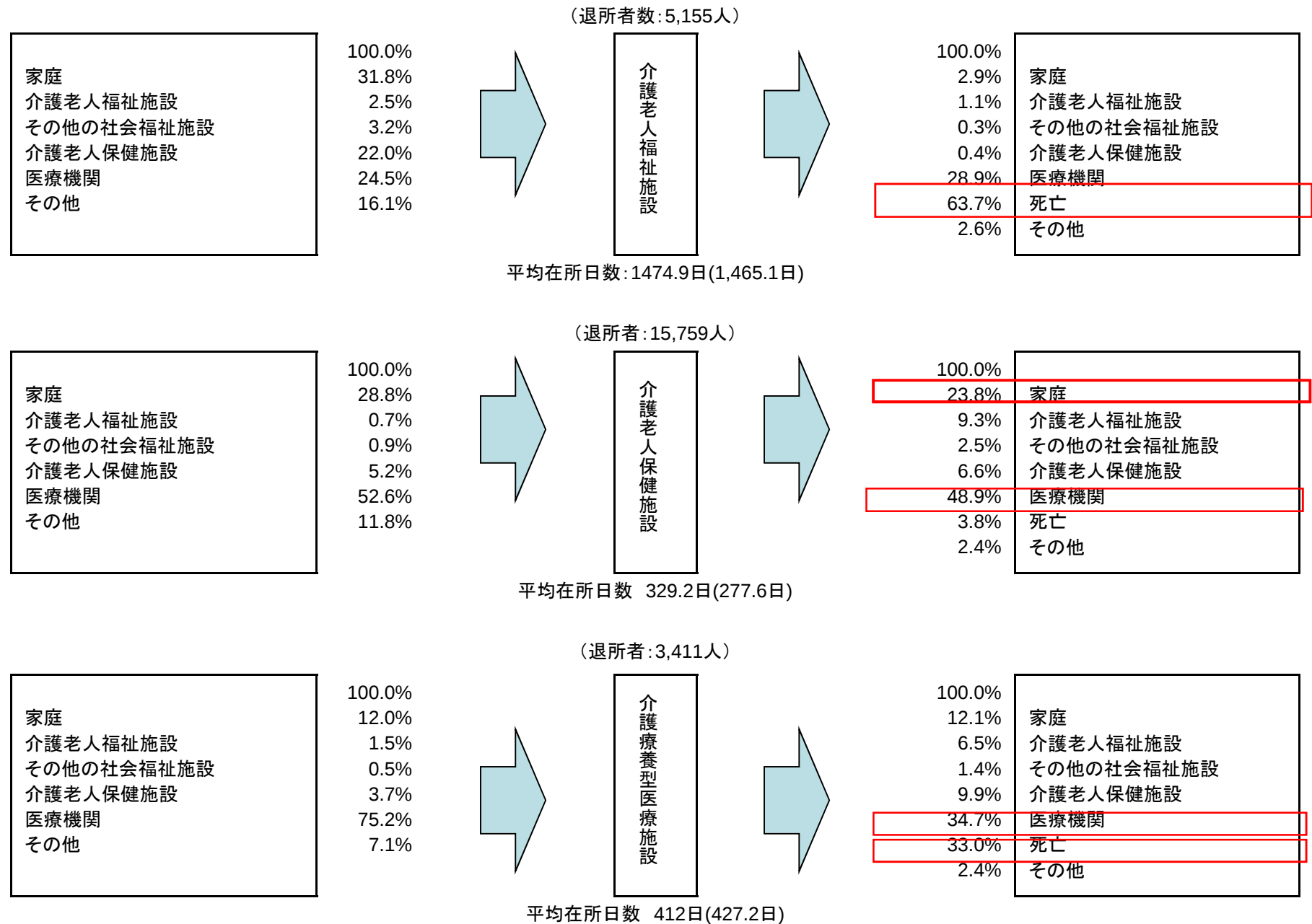
- 特養入所者のうち、低所得者（第1～3段階）は、全体の約80%を占めており、低所得の高齢者が多く入所している現状。
- 各要介護度における所得段階別の割合について、要介護度ごとに大きな差異は見られない。



＜各要介護度における所得段階別の割合＞

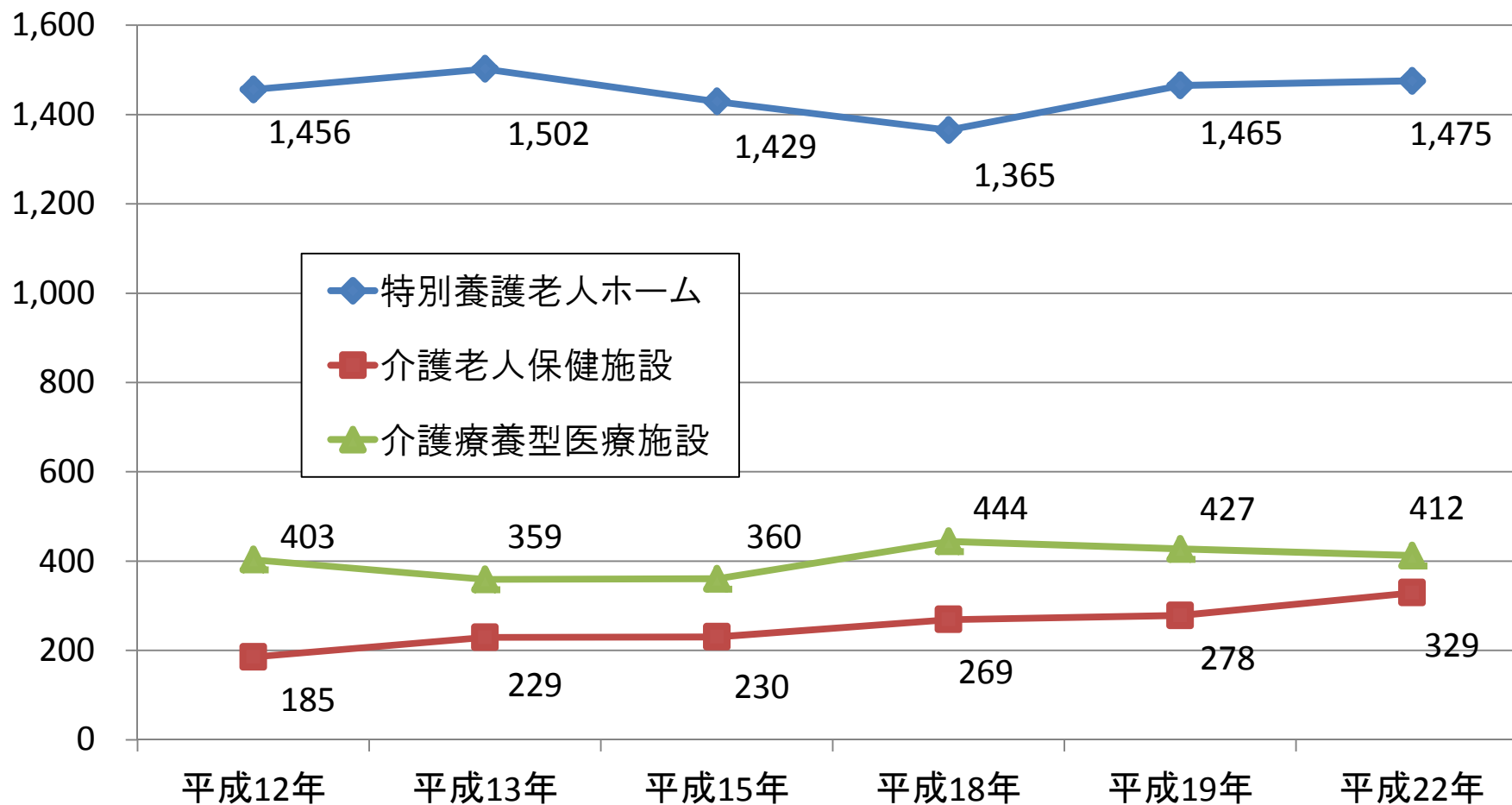


介護施設における入所者・退所者の状況



介護保険3施設の平均在所・在院日数

○ 特養の入所者の平均在所期間は、約4年となっており、他の介護保険施設と比べて長くなっている。



注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

特養における看取り対応

○ 特別養護老人ホームでは、約7割で、入所者や家族の求めに応じて看取りを行っている。

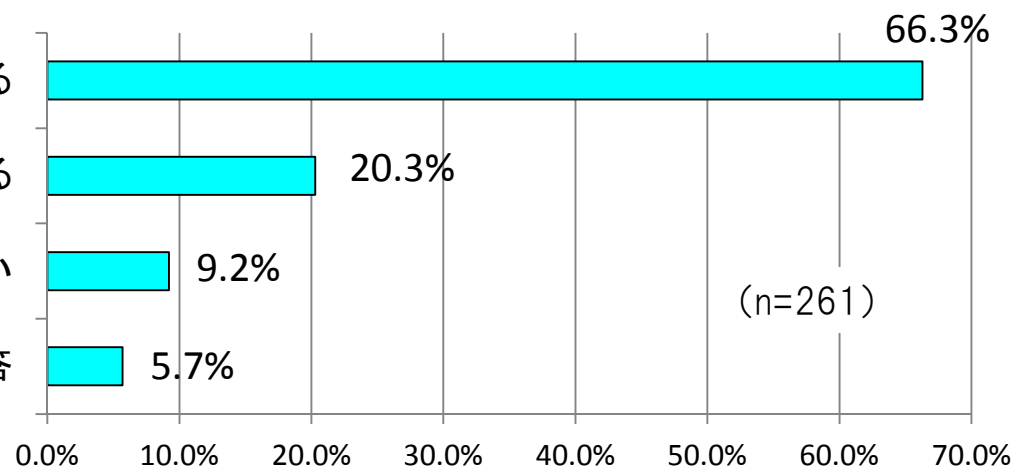
<特養における看取り介護の方針>

入所者や家族の求めに応じて看取り介護を行っている

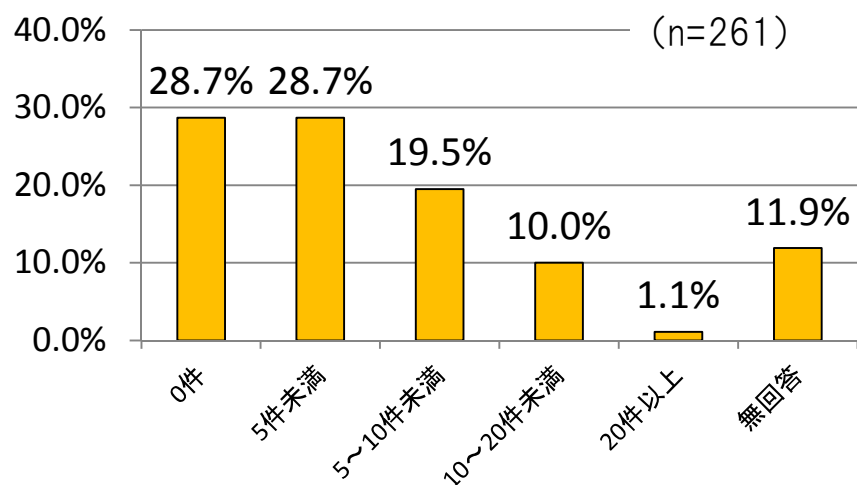
今後、条件が整えば看取りの対応を考える

実施する予定はない

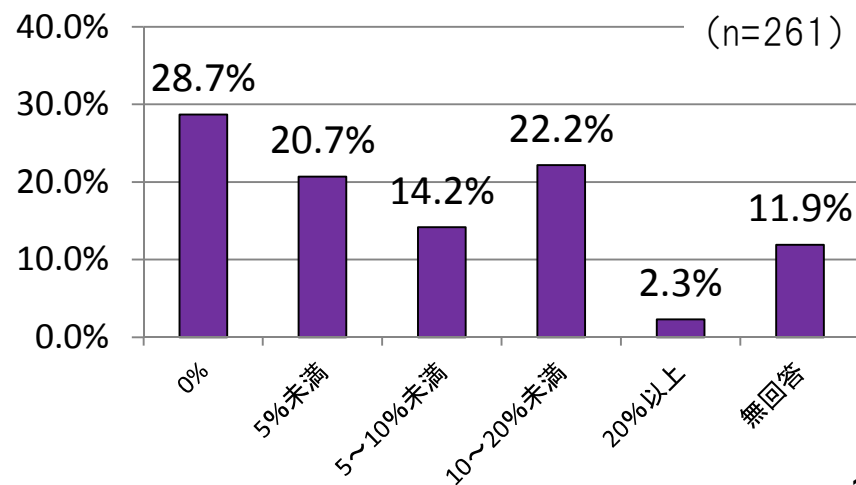
その他、無回答



<事業所内で看取りを行った件数> (H24.4～11)

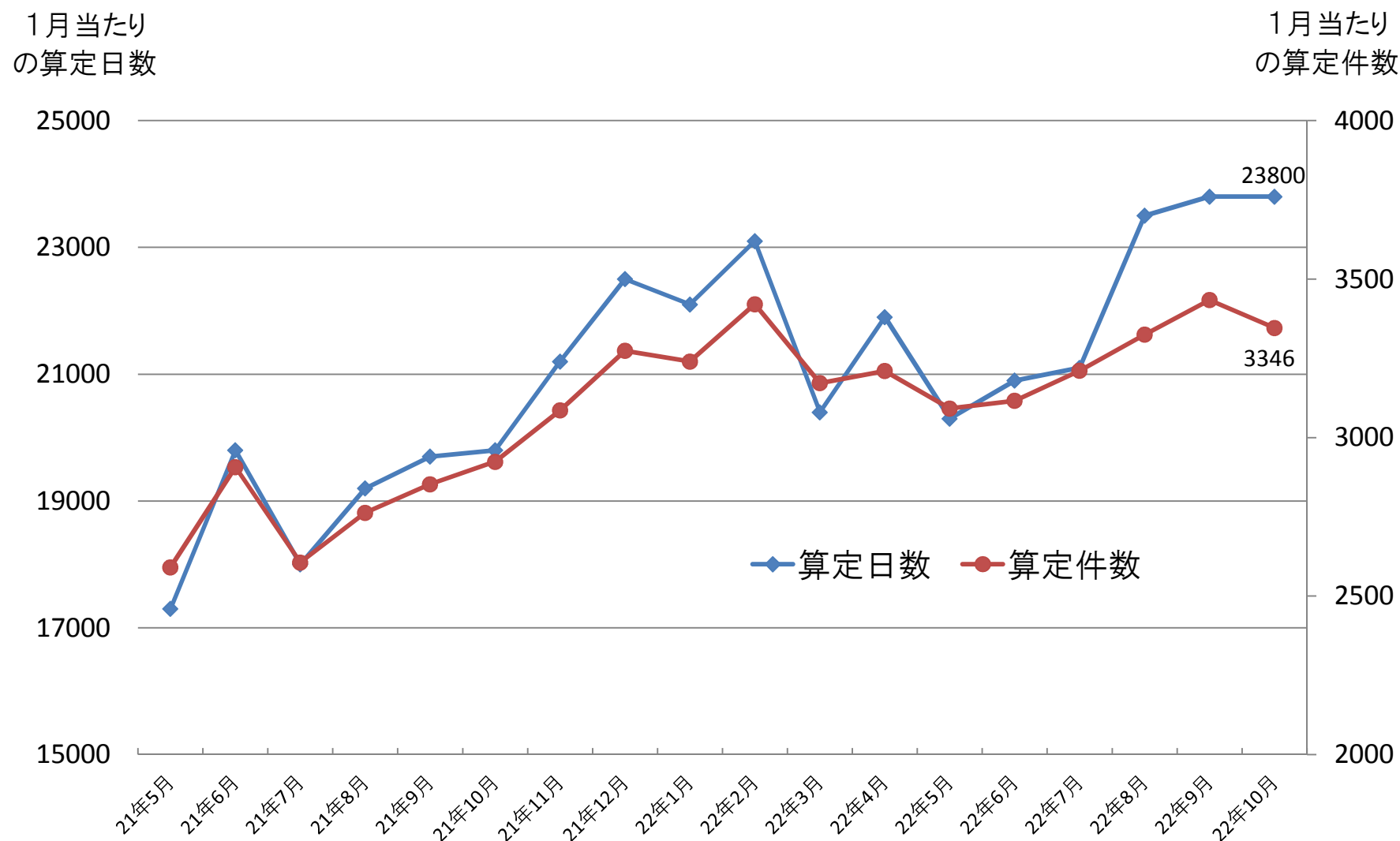


<定員数に対する看取りを行った割合> (H24.4～11)



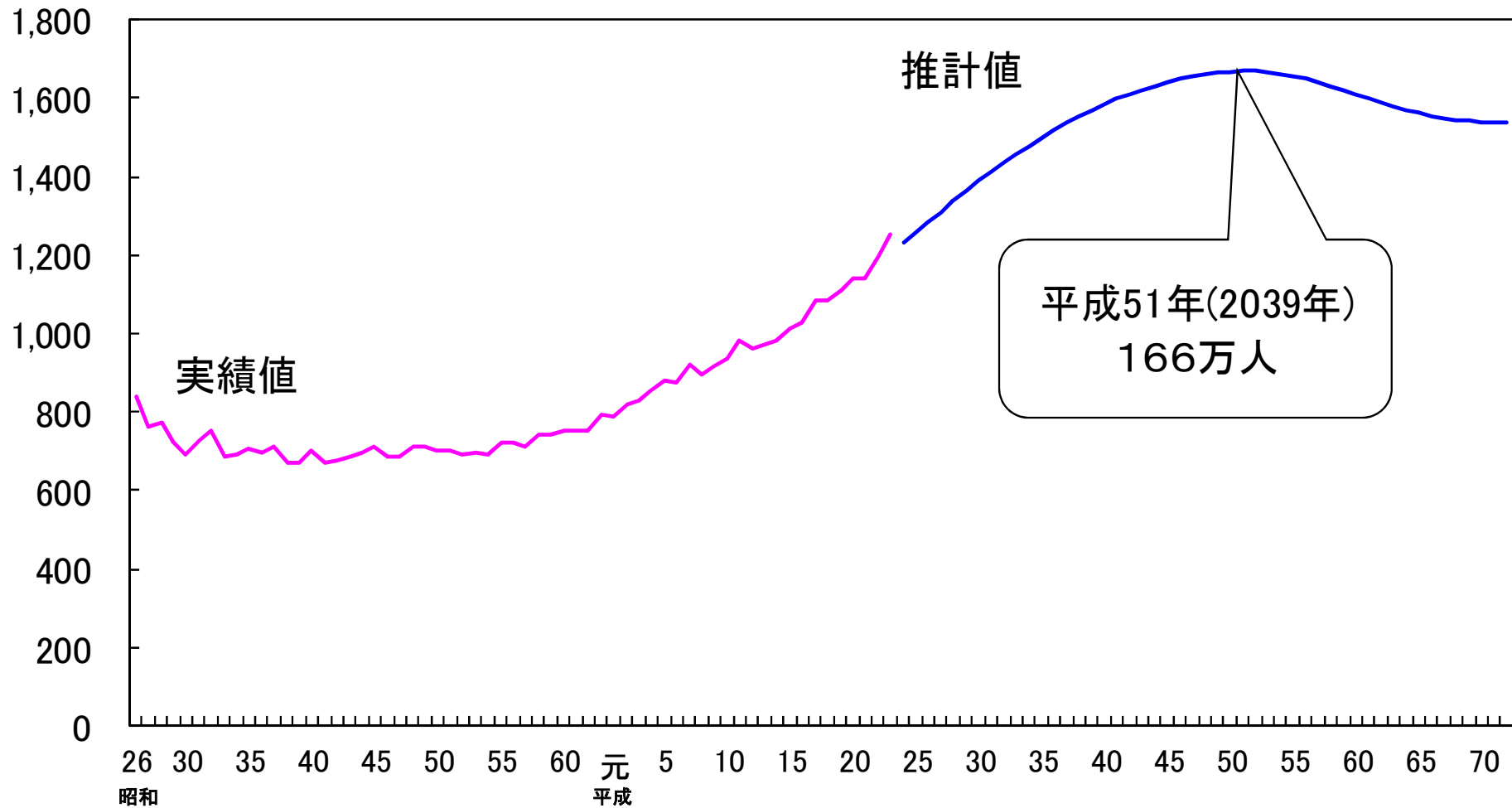
介護老人福祉施設における看取り介護加算の算定状況

○ 介護老人福祉施設における看取り介護加算の算定日数、算定件数は、加算創設以降、少しずつ増加する傾向にある。



(参考)死亡数の年次推移

(千人)

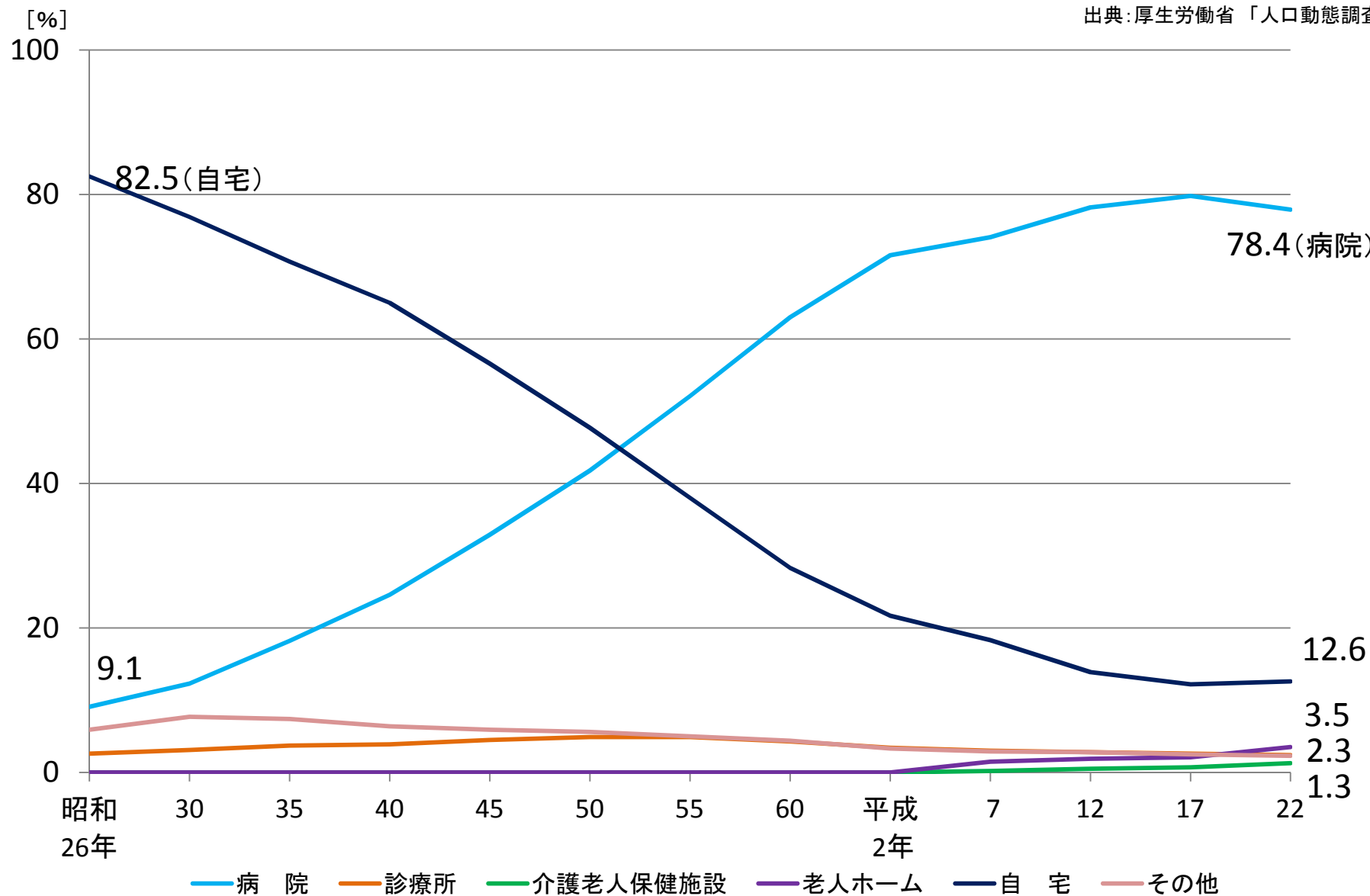


出典:平成23年までは厚生労働省「人口動態統計」

平成24年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位)

(参考)死亡場所の推移

出典:厚生労働省「人口動態調査」



※老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
平成2年までは、老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている。

個室ユニット型施設の整備の方針について

○介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
(平成18年3月31日厚労告314号)

都道府県は、平成26年度の地域密着型介護老人福祉施設及び介護保険施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員(略)の合計数が占める割合を、50%以上(そのうち地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合については、70%以上)とすることを目標として設定する。

＜介護老人福祉施設の個室ユニット化率(定員数)の推移＞

平成18年	14. 8%
平成20年	21. 2%
<u>平成22年</u>	<u>25. 4%</u>

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

※ なお、居室については、基準上、個室が原則となっているが、「参酌すべき基準」となっており、地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、条例において異なる内容を定めることができる。

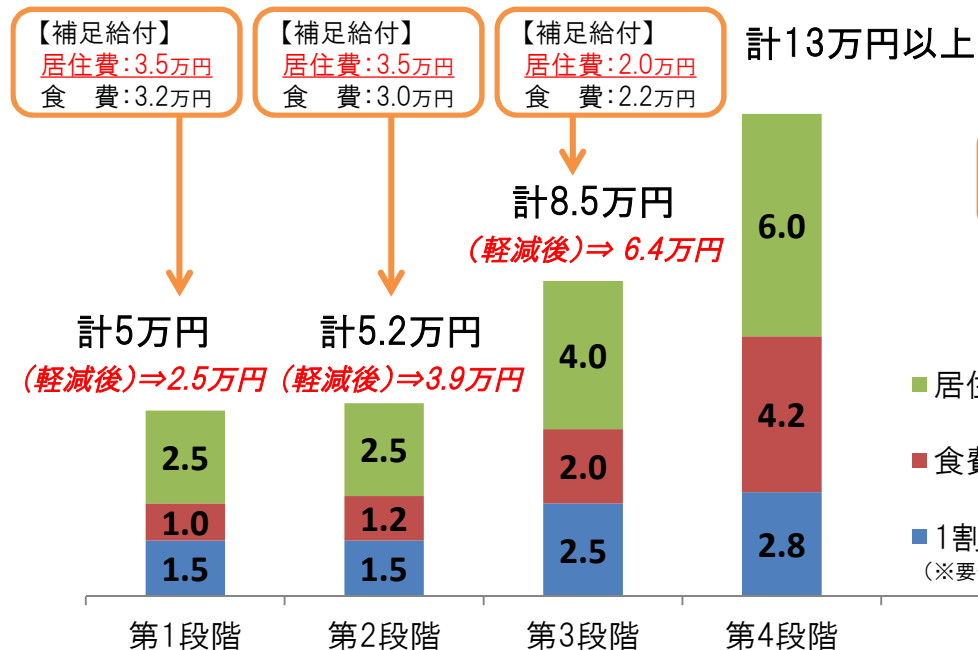
各自治体の条例の内容

条例の内容	団体数	団体名
一の居室定員は、四人以下とする。	14 (13.1%)	【都道府県】 青森県、山形県、群馬県、千葉県、岐阜県、三重県、兵庫県、香川県 【指定都市】 仙台市、さいたま市、大阪市 【中核市】 青森市、船橋市、高松市
一の居室の定員は一人とする。 ただし、一定の条件の下、二人以上四人以下とすることができる。	65 (60.2%)	【都道府県】 北海道、岩手県、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、栃木県、埼玉県、東京都、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、静岡県、愛知県、京都府、大阪府、奈良県、和歌山県、島根県、広島県、山口県、徳島県、愛媛県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県 【指定都市】 千葉市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、神戸市、広島市、福岡市 【中核市】 盛岡市、秋田市、郡山市、いわき市、宇都宮市、前橋市、高崎市、横須賀市、金沢市、岐阜市、豊橋市、豊田市、高槻市、姫路市、尼崎市、奈良市、和歌山市、福山市、松山市、久留米市、長崎市、大分市、宮崎市、鹿児島市
一の居室の定員は一人とする。 ただし、入所者へのサービスの提供上必要と認められる場合は、二人とすることができる。	29 (26.8%)	【都道府県】 神奈川県、滋賀県、鳥取県、岡山県、高知県、福岡県 【指定都市】 札幌市、横浜市、浜松市、名古屋市、京都市、堺市、岡山市、北九州市、熊本市 【中核市】 旭川市、函館市、川越市、柏市、富山市、長野市、岡崎市、大津市、豊中市、東大阪市、西宮市、倉敷市、下関市、高知市
総計	108	

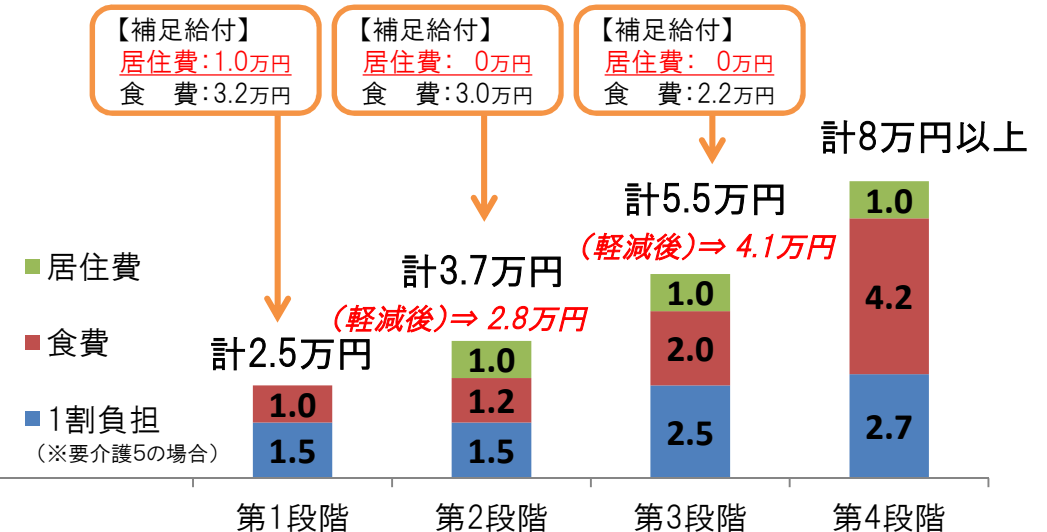
介護老人福祉施設における利用者負担

- 居住費(基準費用額)の負担が困難な低所得者には補足給付が支給されているが、それを考慮しても、ユニット型個室の利用者負担は、多床室と比べ高くなっている。

＜ユニット型個室の利用者負担＞



＜多床室の利用者負担＞



○ 旧国民年金老齢年金(基礎のみ)の受給権者の年金額:平均5.0万円

○ 老齢基礎年金等の受給権者の年金額:平均5.5万円

〔出典〕「平成23年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」

第1段階: 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者 等

第2段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円以下

第3段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円超

第4段階: 市町村民税世帯課税(例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超)

※「軽減後」…社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度を適用した後の利用者負担額(第1段階は生活保護受給者の場合)

＜介護老人福祉施設の1人1月当たりの減価償却費＞

	平成16年調査(※1)	平成23年調査(※2)
多床室	32,319円	27,896円
ユニット型個室	49,071円	45,352円

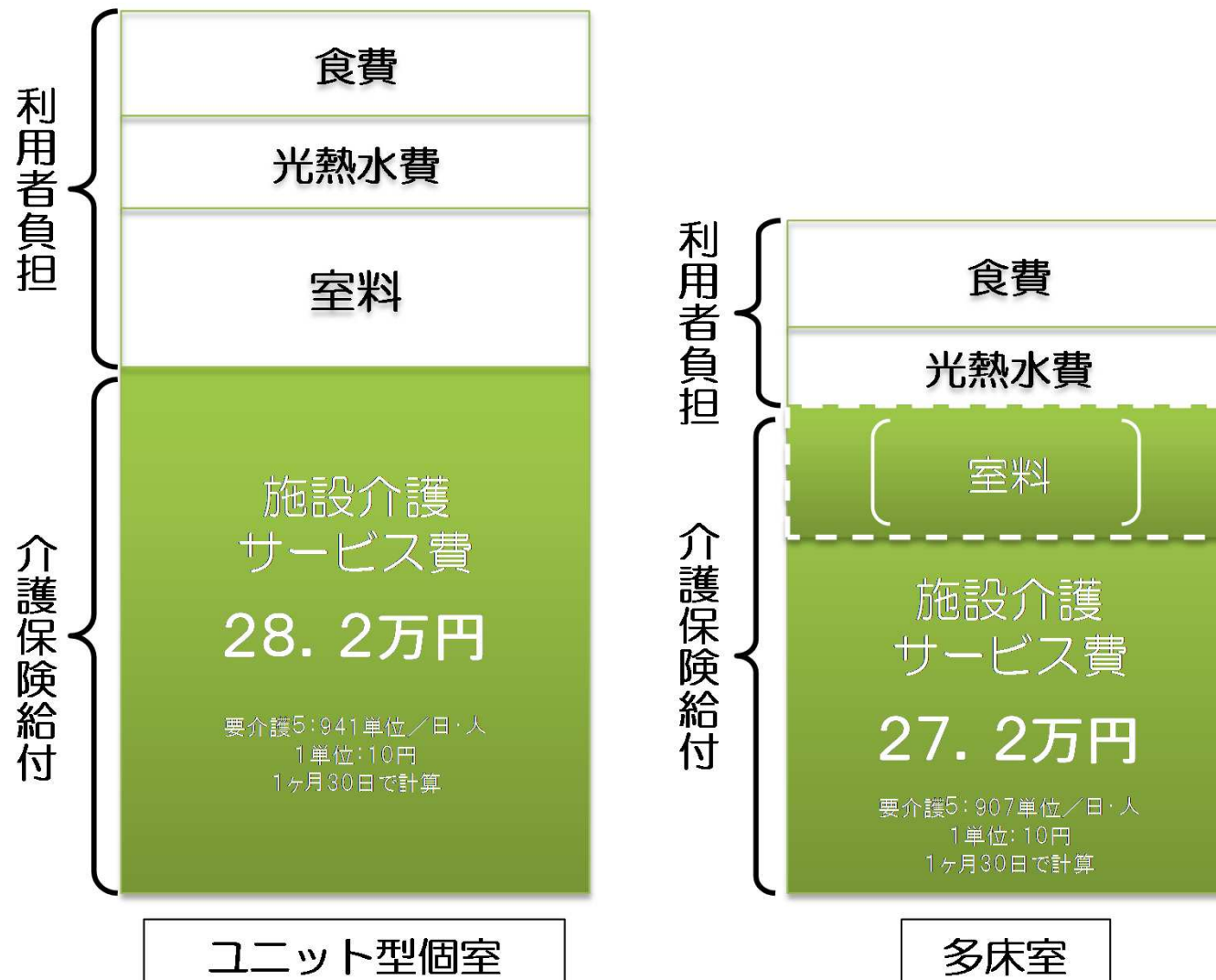
＜介護老人福祉施設の居住費(基準費用額)の水準＞

居室	基準費用額(月額)
多床室	1.0万円(※光熱水費相当額)
ユニット型個室	6.0万円

※1: 「介護事業経営実態調査」(平成16年10月) ※2: 「介護保険施設の居住費・食費に関する実態把握調査」(平成23年3月)

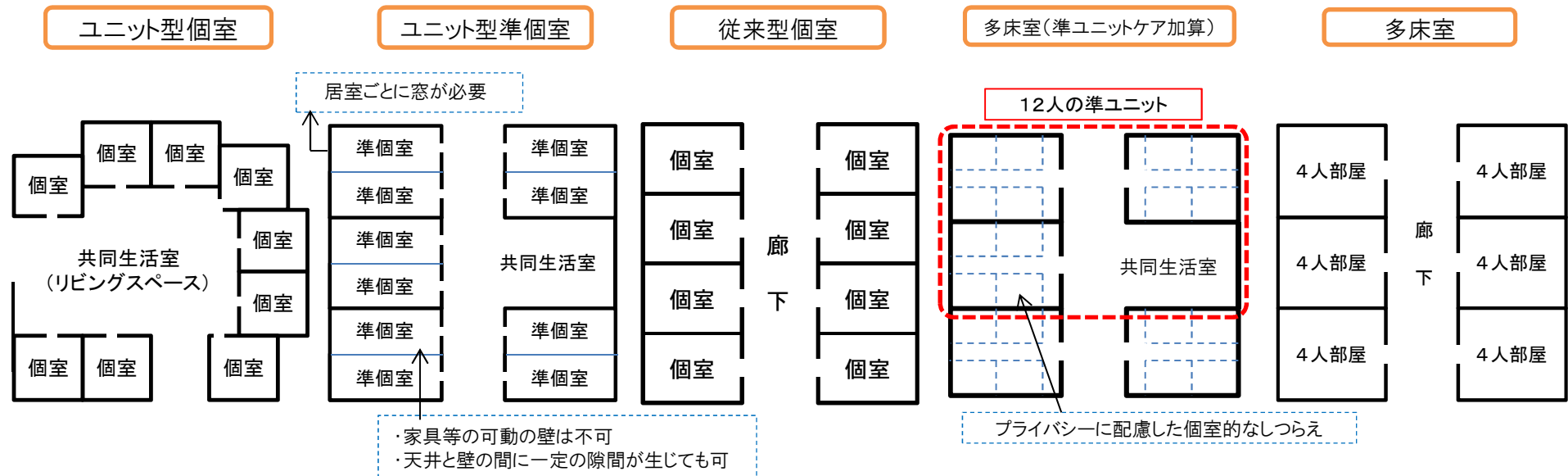
介護老人福祉施設における介護保険給付

- 居住に要する費用について、ユニット型個室については、室料及び光熱水費が利用者負担となっている一方で、多床室については、光熱水費のみが利用者負担となっている。



※「介護保険給付」には、1割負担分を含む。

介護老人福祉施設（特養）の居室類型について



	ユニット型個室	ユニット型準個室	従来型個室	多床室(準ユニットケア加算)	多床室
居室環境	個室 + 共同生活室	準個室 + 共同生活室	個室	プライバシーに配慮した個室的 なしつらえ + 共同生活室	4人部屋
人員配置	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置		3:1	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置	3:1
介護報酬(要介護5)	941単位/日	941単位/日	858単位/日	907単位/日 + 準ユニットケア加算: 5単位/日	907単位/日
補足給付(第2段階)	6. 5万円/月 (居住費・食費)		5. 3万円/月 (居住費・食費)	3. 0万円/月 (食費)	3. 0万円/月 (食費)
利用者負担(第2段階)	5. 2万円/月	4. 2万円/月	4. 0万円/月	3. 7万円/月	3. 7万円/月
定員数の割合(H23.8)	約26%	約0. 3%	約6. 3%	約0. 5%	約67%

特別養護老人ホームにおける利用者のプライバシー確保の実態に関する調査研究事業 (平成25年度老人保健健康増進等事業)

事業目的

特養における今後の居宅環境のあり方を検討する観点から、特養の個室と多床室の様々な建築的状況を把握し、利用者のプライバシー確保の実態調査・事例研究等を実施する。

調査メンバー

委員：山下 哲郎(委員長)(工学院大学建築学部教授), 笈 淳夫(工学院大学建築学部教授)
小菅 瑠香(神戸芸術工科大学デザイン学部助手), 小林 健一(保健医療科学院生活環境研究部上席主任研究官)
土居 正志(社会福祉法人与謝郡福祉会 特別養護老人ホームやすら苑),
山崎 敏(立教大学コミュニティ福祉学部兼任講師)
ワーキング：伊藤 朱子(東京都市大大学院工学研究科博士課程), 鎌倉 敏士(工学院大学建築学部・客員研究員)
菅野 正広(かん一級建築事務所), 坂本 圭一(工学院大学大学院工学研究科・博士後期課程)
オブザーバー：厚生労働省老健局高齢者支援課
事務局：一般社団法人 日本医療福祉建築協会(JIHa)

調査内容

以下の方法により、特別養護老人ホームの入居者のプライバシー確保の実態調査・事例研究を行う。

- 全国の特養に対して悉皆アンケート調査を実施し、居室の計画に関する実態を把握・整理し、ユニット型準個室の類型化を図るとともに、調査2の対象施設を選定する。【調査1】
- 特養の様々な居室形態におけるプライバシー確保の実態について、10施設程度を選定して調査するとともに、評価リストを作成する。【調査2】
- JIHaの会員に依頼して特養の図面を入手し、外周(開口部)長さや面積などの特徴を把握するとともに、個室と準個室の差異について分析する。【調査3】

スケジュール

第1回委員会は7月24日に開催済み。今後、上記3つの調査を実施するとともに、並行して適宜委員会を開催し、その評価を行い、平成26年3月までに報告書を取りまとめる。

2. 高齢者向け住まいについて

現状・課題

- 単身や夫婦のみの高齢者世帯の増加が今後も見込まれる中、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域生活の最も基本的な基盤である高齢者の住まいの確保はますます重要。
- 特に、軽度の要介護者も含め、自立した生活を送ることが困難な低所得高齢者が、地域において安心して暮らせるようにするための住まいの確保が喫緊の課題。
- 経済上の理由等で高齢者が入所する「養護老人ホーム」や「軽費老人ホーム」については、施設数が増えておらず、老朽化も進んでおり、特に処遇困難な高齢者の生活を支える当該施設の役割や機能をより一層発揮できるような環境整備が必要。
- 高齢化の進展に伴い、介護も含めて多様化しているニーズに見合った多様な高齢者向けの住まいが提供される中で、その選択肢の一つである「有料老人ホーム」や「サービス付き高齢者向け住宅」は、ニーズの増大等も受け、近年急激に増加しており、今後はこれらの「量」のみならず「質」に着目していく必要。このため、今後、住まいに入居する高齢者自身が、自分に見合った住まいの選択を支援するための取組が必要。

論点

- 低所得・低資産高齢者が地域で安心して暮らせるよう、低廉な家賃の住まいが確保され、見守り等の生活支援サービス等が提供される環境を整備するための取組を行う必要があるのではないか。また、こうした低廉な家賃の住まいの場として、全国で増加傾向にある空家等の既存資源を有効に活用するべきではないか。
- 「養護老人ホーム」及び「軽費老人ホーム」については、低所得高齢者や処遇困難な高齢者の生活を支える機能を一層発揮できるよう、居住環境の改善を図るとともに、生活支援に関する高齢者のニーズに適切に応えるため、当該施設の新たな役割や在り方について検討が必要ではないか。
- 多様な高齢者向け住まいが整備されていく中で、その選択肢の一つである「有料老人ホーム」や「サービス付き高齢者向け住宅」については、近年、その数が大幅に増加しているが、契約などに際して入居者が不利益を被ることのないよう、適正な運用を図っていく必要がある。また、入居希望者が、自らのライフスタイルや将来も含めた介護ニーズに見合った住まいとして適切に選択できるよう、入居することでどのような医療・介護サービス（外部サービスを含む）が受けられるか等についての情報提供体制の充実を図ることが必要ではないか。

社会保障制度改革国民会議・報告書（抄）

Ⅱ 医療・介護分野

2. 医療・介護サービスの提供体制改革

（3） 医療法人・社会福祉法人制度の見直し

特に、社会福祉法人については、（中略）非課税扱いとされているにふさわしい、国家や地域への貢献が求められており、低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組んでいくことが求められている。

（4） 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

さらに、中低所得層の高齢者が地域において安心してくらするようするため、規制改革等を進めつつ、地域の実情に応じ、介護施設等のもとより、空家等の有効活用により、新たな住まいの確保を図ることも重要である。

4. 介護保険制度

加えて、介護を要する高齢者が増加していく中で、特別養護老人ホームは中重度者に重点化を図り、併せて軽度の要介護者を含めた低所得の高齢者の住まいの確保を推進していくことも求められている。

高齢者の世帯形態の推移と将来推計

- 今後、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加することが予想されている。

(万世帯)

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
一般世帯	4,906	5,184	5,290	5,305	5,244	5,123
世帯主が65歳以上の世帯	1,355	1,620	1,889	2,006	2,015	2,011
単独世帯 (比率)	387 28.5%	498 30.7%	601 31.8%	668 33.3%	701 34.8%	730 36.3%
夫婦のみ世帯 (比率)	465 34.3%	540 33.1%	621 32.9%	651 32.5%	645 32.0%	633 31.5%

(注) 単独世帯・夫婦のみ世帯に付記してある比率は、「世帯主が65歳以上の世帯」に占める割合

(出典) 日本の世帯数の将来推計(全国推計) 2013年1月推計 〔国立社会保障・人口問題研究所〕

※2010年国勢調査に調整を加えて行った推計値。

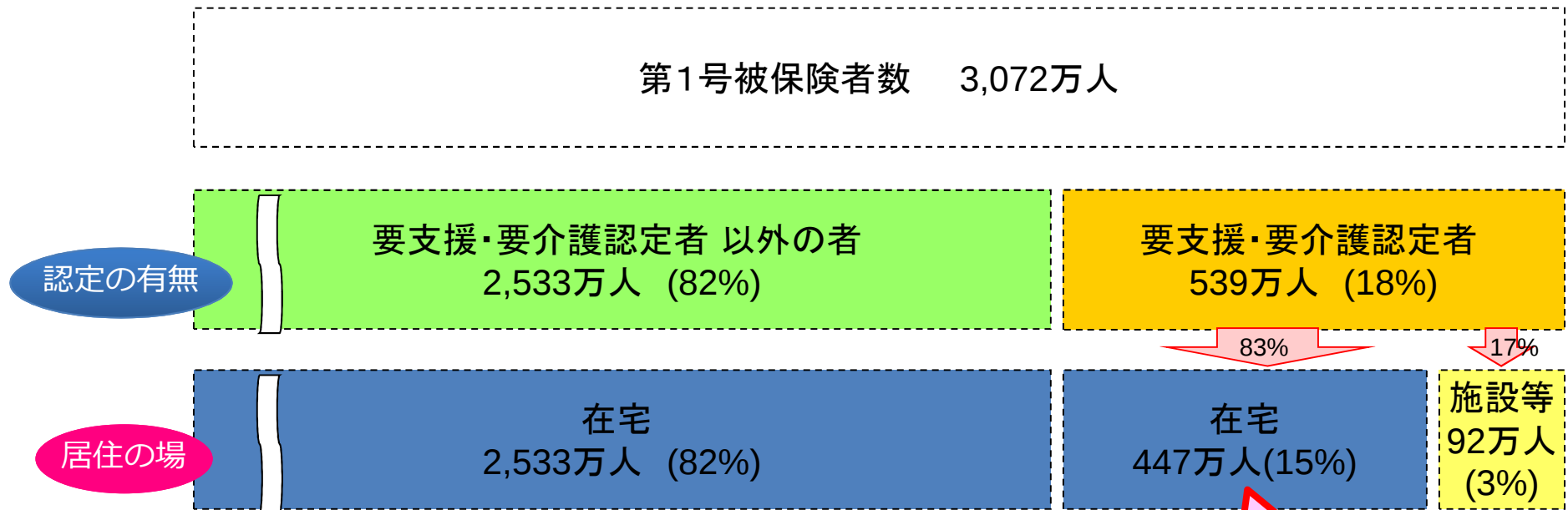
高齢者の住まいの現状

○ 高齢者の9割以上は在宅

→ 第1号被保険者 3,072 万人のうち 2,980 万人（97%）が在宅

○ 要介護の高齢者のうち約8割が在宅

→ 要介護認定者 539 万人のうち 447 万人（83%）が在宅



① 第1号被保険者数、要支援・要介護認定者数については、介護保険事業状況報告の数値（平成25年1月末現在）。

② 施設等入所者数については、平成24年介護給付費実態調査より、介護保険3施設の利用者数の合計。

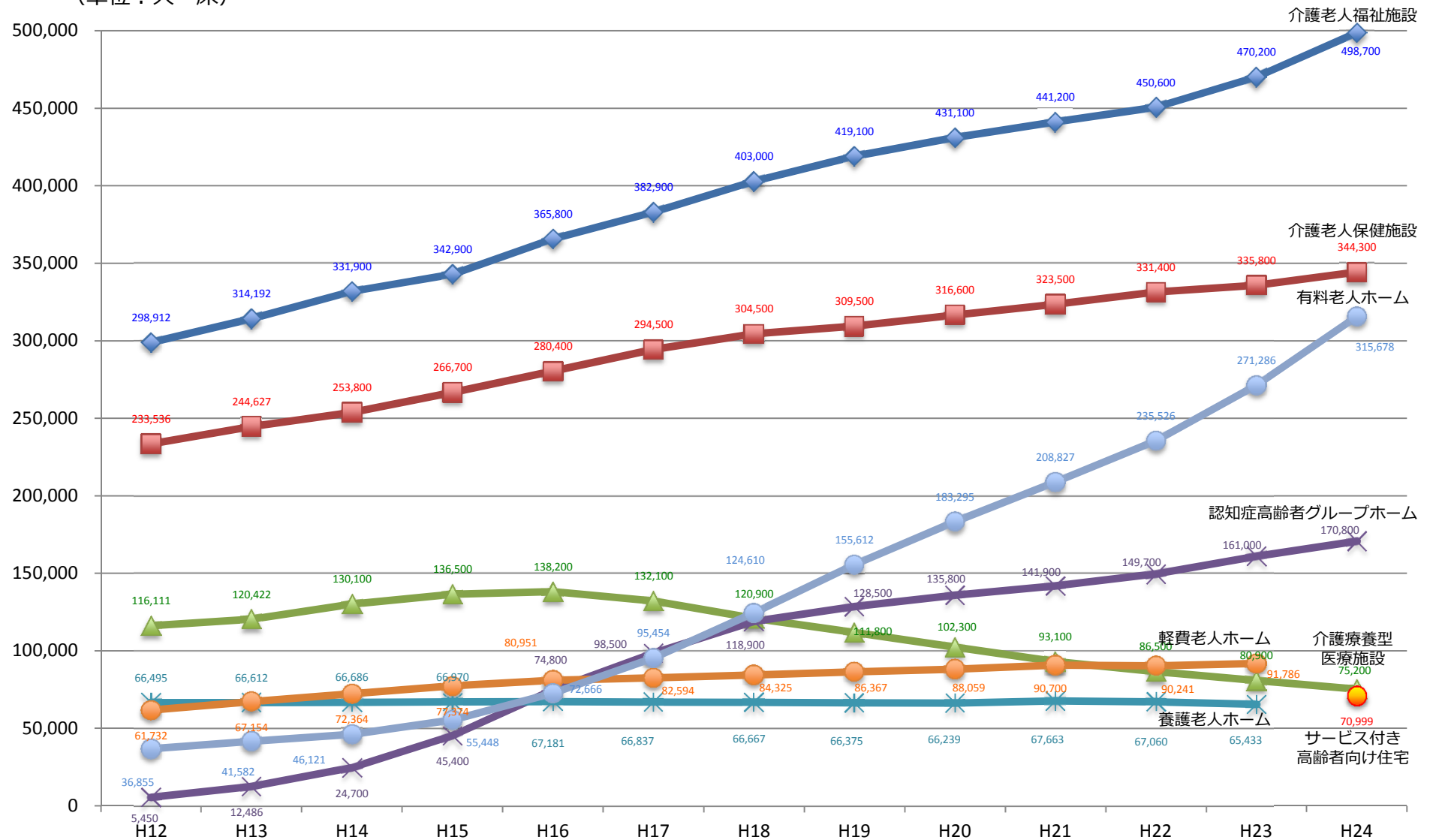
在宅高齢者における
ケアのニーズは高い

高齢者の住まいについて

	①サービス付き 高齢者向け住宅	②有料老人ホーム	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤認知症高齢者 グループホーム
根拠法	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	老人福祉法第20条の4	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	高齢者のための住居	高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮 した高齢者の入所施設	低所得高齢者のための 住居	認知症高齢者のための 共同生活住居
定義	高齢者向けの賃貸住宅 又有料老人ホーム、高 齢者を入居させ、状況 把握サービス、生活相 談サービス等の福祉 サービスを提供する住 宅	老人を入居させ、入浴、 排せつ若しくは食事の 介護、食事の提供、洗 濯、掃除等の家事、健 康管理をする事業を行 う施設	入居者を養護し、その 者が自立した生活を営 み、社会的活動に参加 するために必要な指導 及び訓練その他の援助 を行うことを目的とす る施設	無料又は低額な料金で、 老人を入所させ、食事 の提供その他日常生活 上必要な便宜を供与す ることを目的とする施 設	入居者について、その 共同生活を営むべき住 居において、入浴、排 せつ、食事等の介護そ の他の日常生活上の世 話及び機能訓練を行う もの
介護保険法上 の類型	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護 ※外部サービスの活用も可			認知症対応型 共同生活介護
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし (営利法人中心)
対象者	次のいずれかに該当する 単身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護/要支援認定を受 けている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人 に関する定義がないた め、解釈においては社 会通念による	65歳以上の者であって、 環境上及び経済的理由 により居宅において養 護を受けることが困難 な者	身体機能の低下等により 自立した生活を営むこと について不安であると認 められる者であって、家 族による援助を受けるこ とが困難な60歳以上の者	要介護者/要支援者で あって認知症である者 (その者の認知症の原 因となる疾患が急性の 状態にある者を除 く。)
1人当たり面積	25㎡ など	13㎡ (参考値)	10.65㎡	21.6㎡ (単身) 31.9㎡ (夫婦) など	7.43㎡

高齢者向け住まい・施設の定員数

(単位：人・床)



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査の利用者（10月審査分）【H14～】」による。

※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスを合算したもの。

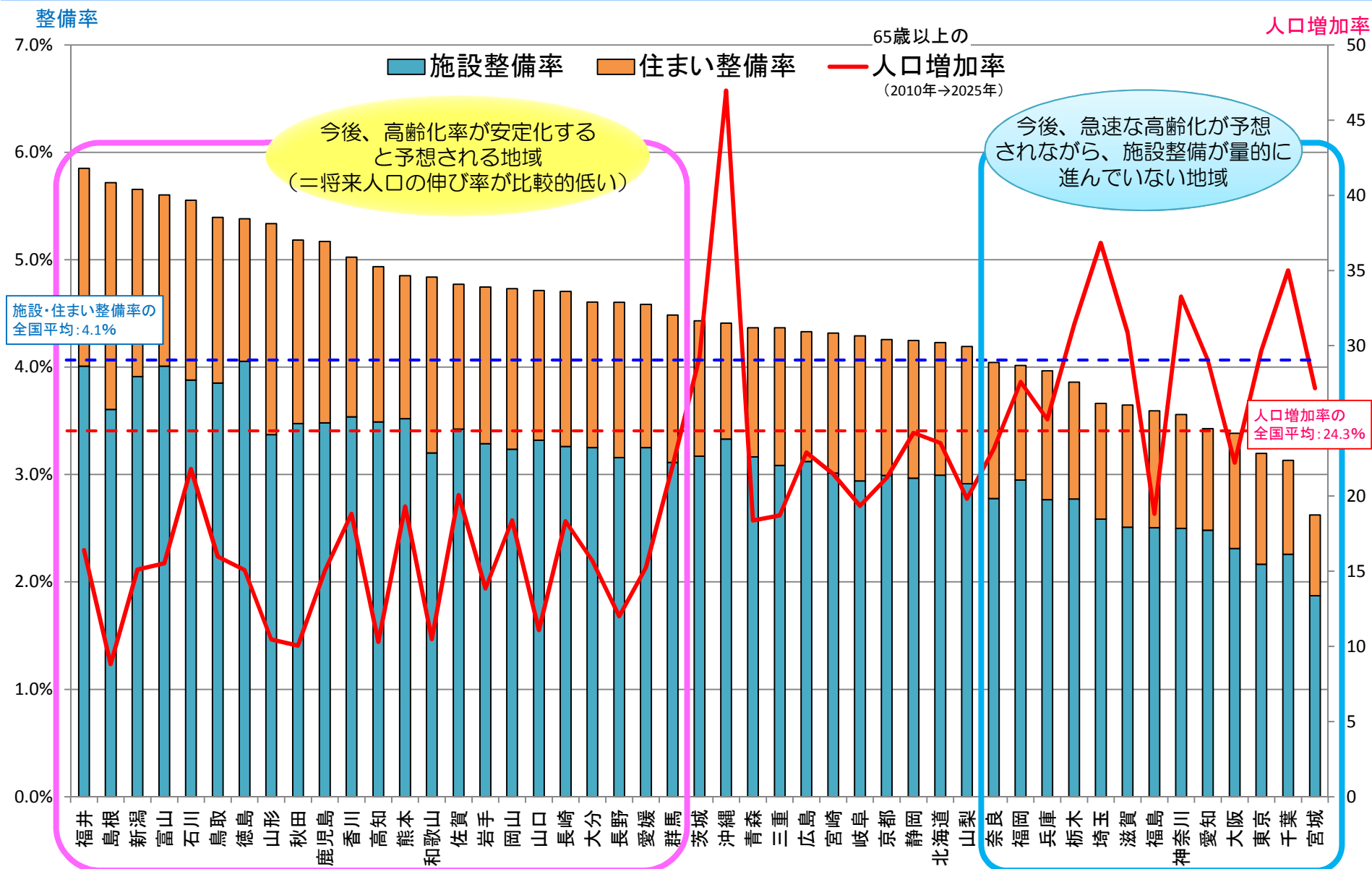
※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。

※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H23社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、H21以降は調査票の回収率から算出した推計値。

※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7/1時点）による。

※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。

65歳以上の高齢者向け施設・住まいの整備状況（都道府県別）



※1: 2010年の人口は国勢調査、2025年の人口は「日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」について(国立社会保障・人口問題研究所)による。

※2: 「施設整備率」とは、65歳以上人口に対する、「特別養護老人ホーム」、「介護老人保健施設」、「介護療養型医療施設」(H23介護サービス施設・事業所調査)の総数の割合。

※3: 「住まい整備率」とは、65歳以上人口に対する、「養護老人ホーム」、「軽費老人ホーム」(H23社会福祉施設等調査)、「有料老人ホーム」(H24.7厚生労働省調査)、「サービス付き高齢者向け住宅」(H25.4登録数)、「認知症高齢者グループホーム」(H23介護サービス施設・事業所調査)の総数の割合。

低所得高齢者の住まいと生活支援に関連する課題

地域の課題

I. 地域福祉の課題

- 少子高齢化、長引く不況、家族機能や地域社会の連帯の希薄化等により、多様で複合的な課題を抱え、現行制度の狭間にいる状態の方(※)が存在。
- ※ 精神・知的障害、虐待、触法、アルコール依存症、多重債務、ホームレス、家族関係絶縁状態等を抱えた高齢者等

II. 低所得高齢者が直面する課題

- 今後の65歳以上の単独世帯の増加や都市部での急速な高齢化を踏まえると、低所得高齢者の住まいの確保のみならず、家族の代替機能ともいえる生活支援が必要。



サービス提供者の課題

III. 社会福祉法人の抱える課題

- 効率化、サービスの質向上や低所得者支援等の地域貢献に資する事業に取り組まない法人が存在。

IV. 養護・軽費老人ホーム固有の課題

- 措置控えや認知度の低さ等により、利用が低調。老朽化。
- 蓄積してきた処遇困難者に対する相談機能、専門スキルの地域での発揮が不十分。

V. 特別養護老人ホーム固有の課題

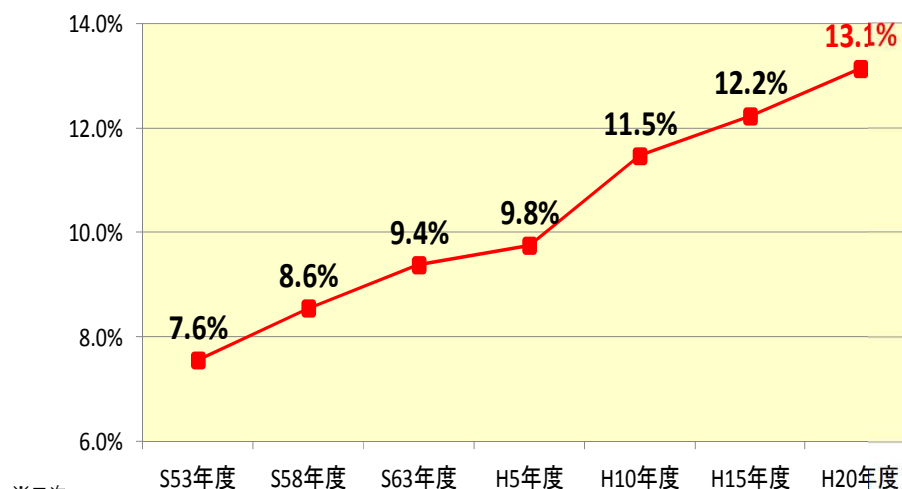
- 特養の重点化に併せ、当該軽度者向けの住まいの確保が必要。(→ IIと同様の課題に直面)
- 内部留保が過大なのではないかとの批判。
- 施設ノウハウを活用し、在宅支援サービス等を提供する地域の拠点としての機能の発揮も課題。



既存空家を活用した高齢者向け住まいに対する居住支援

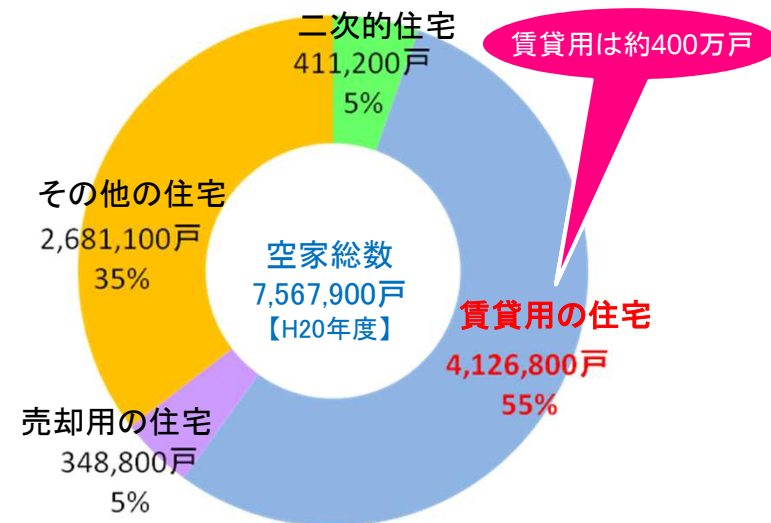
空家の実態

【空家率の推移】



※二次的住宅は、新築・中古を問わず、賃貸又は売却のために空き家になっている住宅
賃貸又は売却用の住宅: 新築・中古を問わず、賃貸又は売却のために空き家になっている住宅
その他の住宅: 上記の他に人が住んでいない住宅で、例えば、転勤・入院などのため居住世帯が長期にわたって不在の住宅や建て替えなどのために取り壊すことになっている住宅など

【空家の種類別内訳】



(出典) 住宅・土地統計調査 (総務省)

空家（学校などの空き建築物を含む）の活用により、低廉な家賃の住まいを前提とした居住支援を実現

居住支援のスキーム

・ 入居可能な空家（改修したものを含む）については、**マッチングによる入居支援**を実施

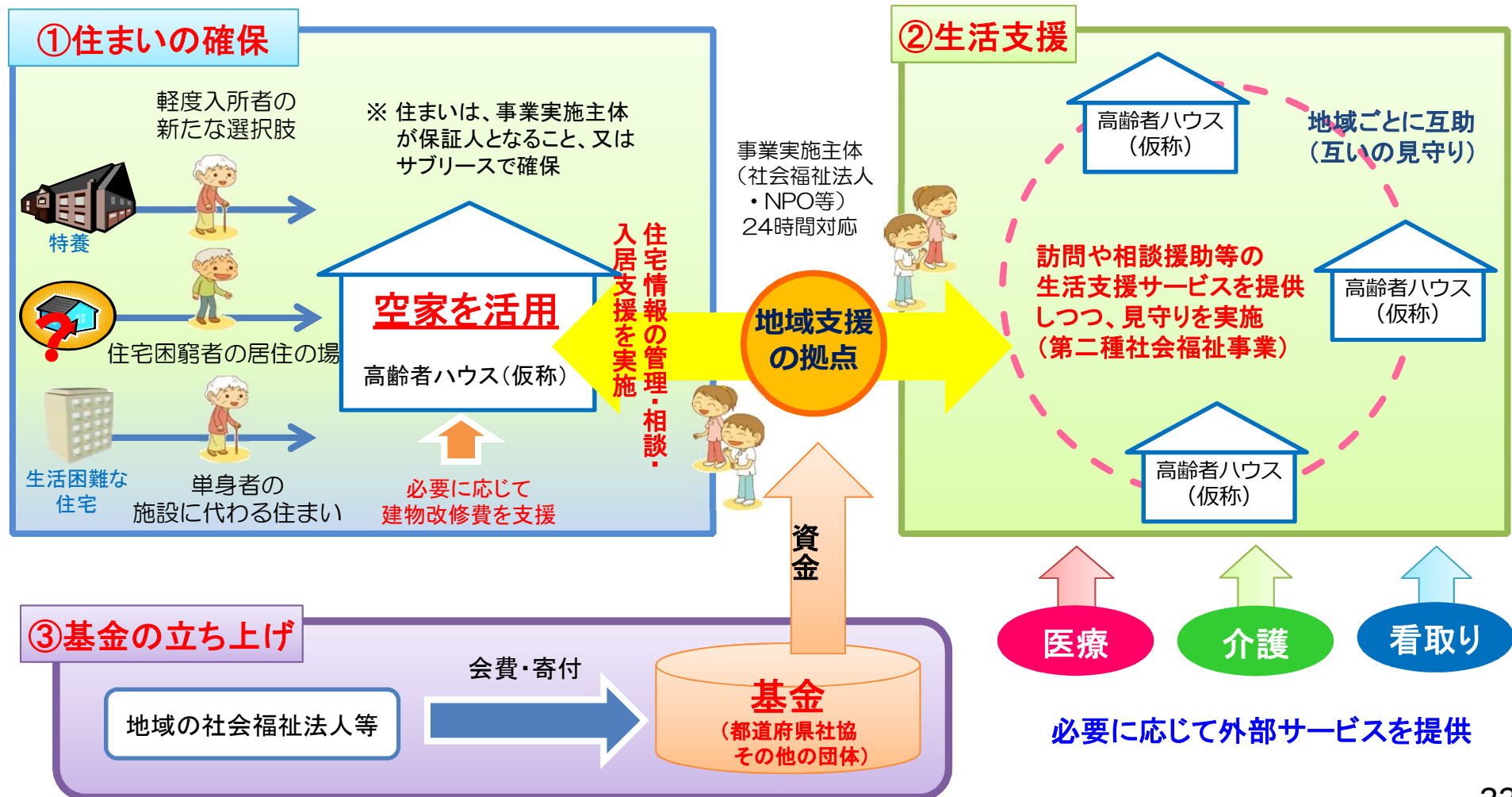
+

・ 設備の更新やバリアフリー化が必要な空家については、**改修等による住まいの確保支援**を実施

「低所得高齢者等住まい・生活支援事業」の概要

平成26年度
概算要求

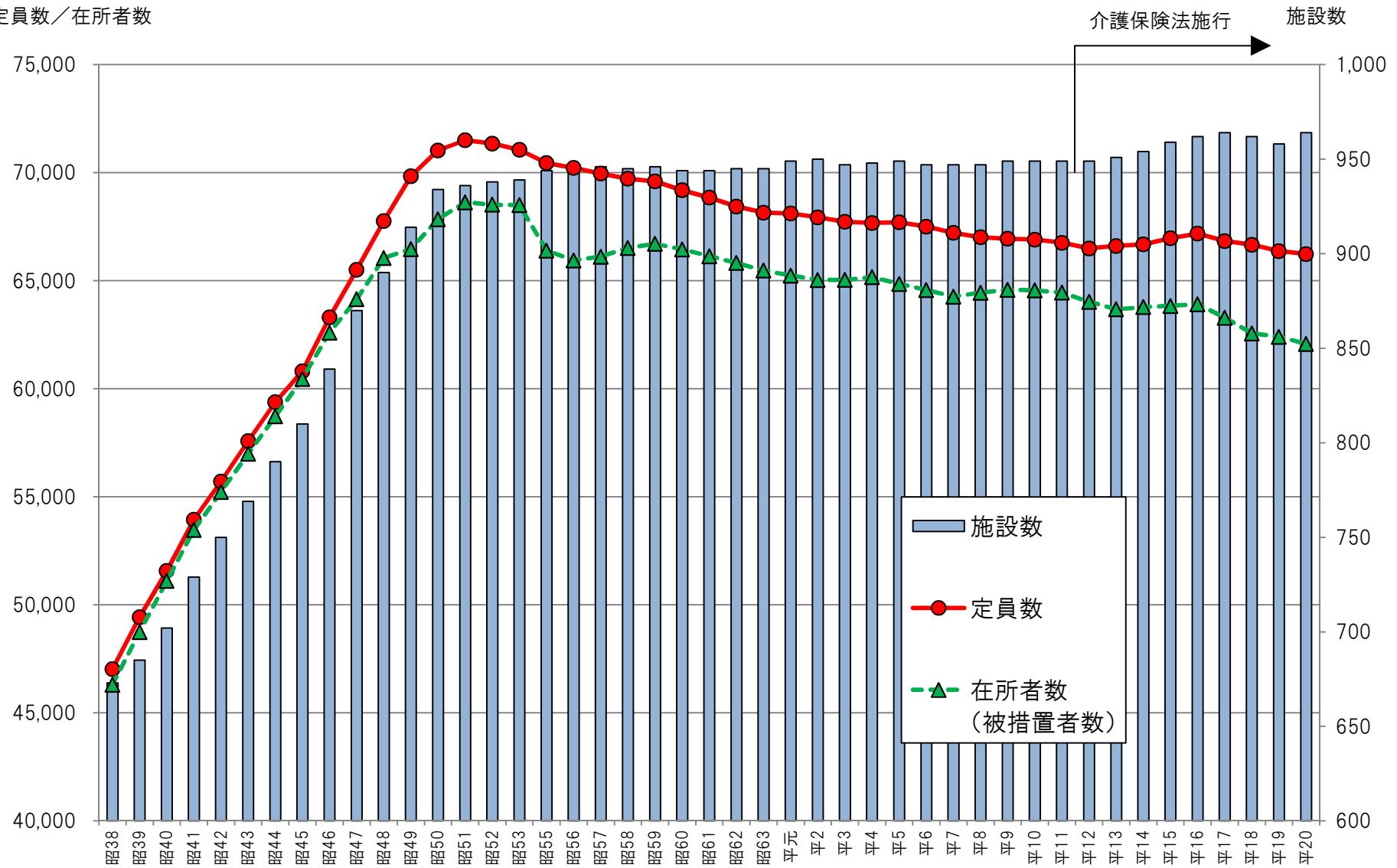
- 自立した生活を送ることが困難な低所得・低資産高齢者を対象に、社会福祉法人やNPO等が、
 - ①既存の空家等を活用した低廉な家賃の住まいの確保を支援するとともに、
 - ②日常的な相談等(生活支援)や見守りにより、高齢者が住み慣れた地域において継続的に安心して暮らせるような体制を整備することについて、国としても支援する。
- また、③これらの事業を実施するための基金の造成に係る立ち上げ支援も併せて行う。



養護老人ホームの施設数・定員数の推移

○ 養護老人ホームの施設数についてはほぼ横ばいとなっており、定員数・在所要者数については減少する傾向にある。

定員数／在所要者数

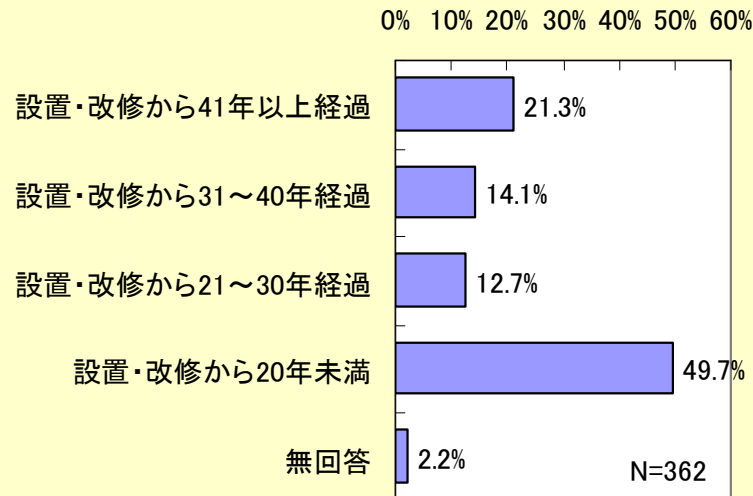


(出典)社会福祉施設等調査

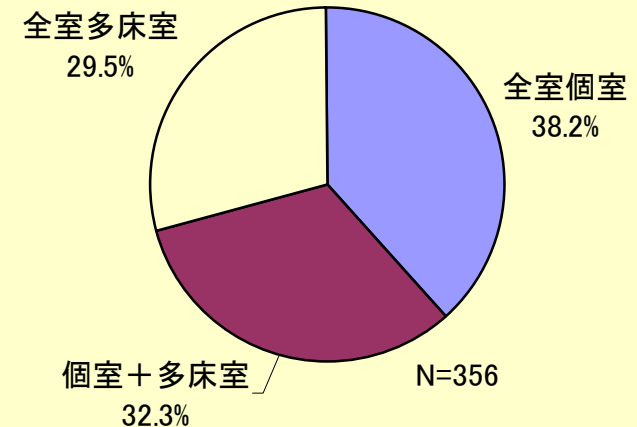
養護老人ホームの基本情報

1. 施設情報

設置・全面改修からの経過年

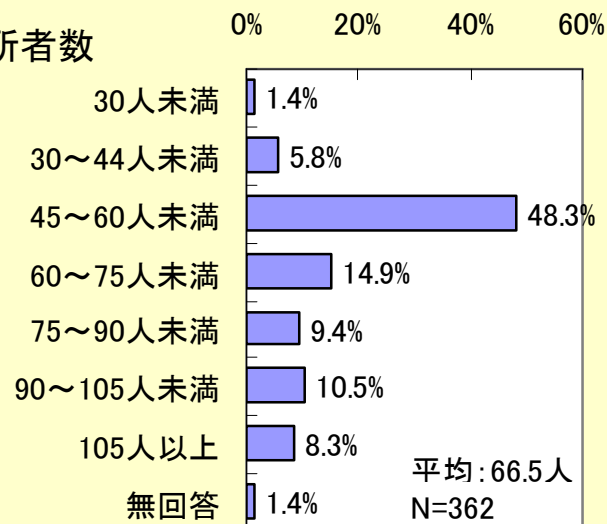


居室の状況

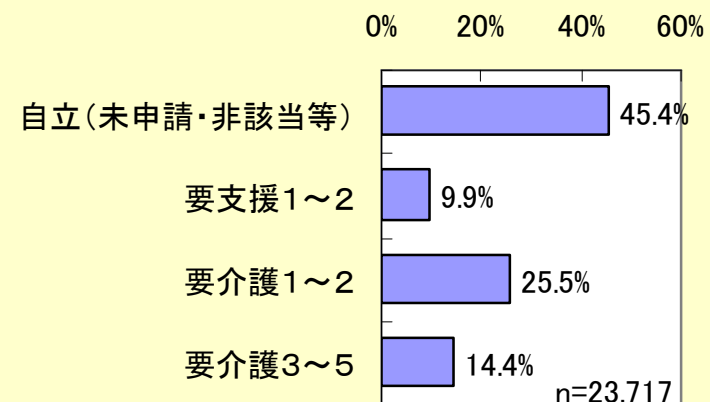


2. 入居者情報

入所者数

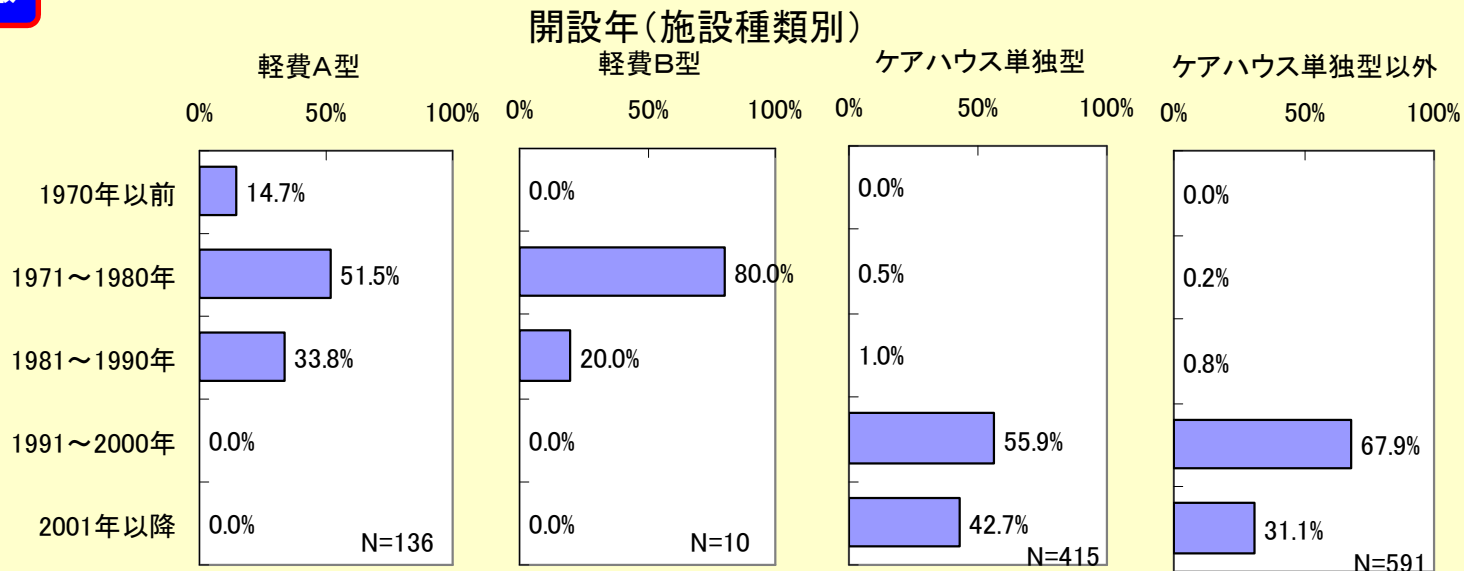


要介護認定状況



軽費老人ホームの基本情報

1. 施設情報

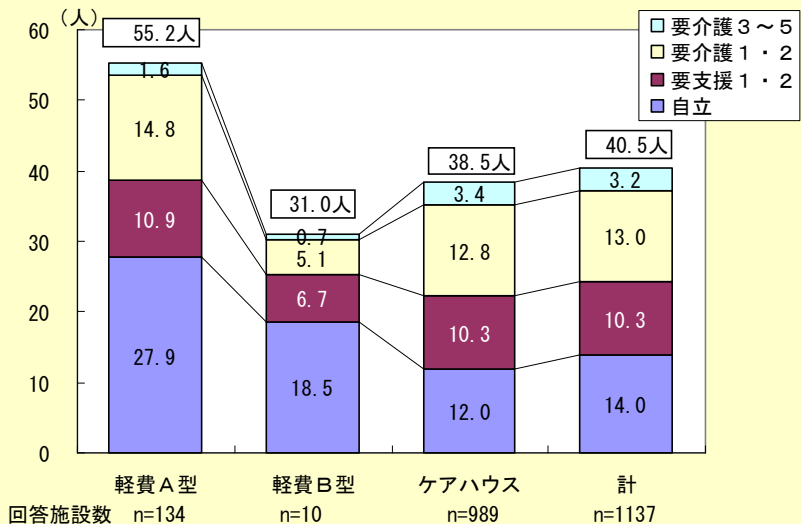


2. 入居者情報

定員、入所者数等

	軽費A型	軽費B型	ケアハウス
平均定員数	59.9	45.0	85.4
定員	8,381	450	40,710
入所人数	7,861	310	38,868
入所率	94.9%	67.7%	95.5%
施設数	140	10	1,007

施設種類別要介護度別平均入所者数



養護・軽費老人ホーム関係団体からのヒアリング結果

(ヒアリング期間 平成25年1～2月)

【目的】

- 養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては、平成18年度の制度改正(介護保険給付適用)以降、大きな見直しは行われていない。一方、高齢化の一層の進展や経済情勢の悪化により、低所得高齢者の増加も見込まれ、これらの者の住まいの確保が大きな課題となっている。
- こうした状況を踏まえ、厚労省高齢者支援課では、養護・軽費の現状、今後の検討課題等を把握するため、下記関係団体からのヒアリングを実施。今回のヒアリングで明らかになった主な課題等については、関係団体との間で共通認識を持ち、対応可能なものから検討を行うこととしている。

【ヒアリング団体】

全国軽費老人ホーム協議会、全国老人福祉施設協議会(養護部会・軽費部会)、全国社会福祉施設経営者協議会(養護)、全国盲老人福祉施設連絡協議会、東京都社会福祉協議会(養護)

【主な意見】

軽費老人ホームについて

- 大阪での地域貢献事業に参加している。軽費は社会の縮図(精神、アル中、DV、ホームレスなど様々な方が入居)であり、これに対応している職員はノウハウが豊富。特養では介護が主眼であり外には向いていない。このノウハウを地域で活かしたい。
- 軽費の認知度が低い。我々のPR不足もあるが、例えばケアマネが軽費を知らないケースもある。

養護老人ホームについて

- 地域差はあるが、措置控えは存在しており、定員割れしている施設もある。
- 近年、金銭管理の出来ない者、精神・知的・発達障害、アル中、住所不定者、触法など、他では受入できない処遇困難の方が増えている。我々としては、こうした方をお世話することが養護の本来の機能だと考えており、今後はもっと積極的に地域の福祉ニーズに応える機能を担っていきたい。
- 一般財源化以降、運営の窓口、整備の窓口が市町村と県でまちまちであり、どこに相談に行ったら良いのか。

共通

- 事務費単価の見直し、改築費用の助成をお願いしたい。県からの補助金がなくなっているところもある。

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法：公布 H23.4.28／施行H23.10.20）

1. 登録基準

（※有料老人ホームも登録可）

登録戸数：122,086戸
（平成25年8月31日現在）

《ハード》

- ・床面積は原則25㎡以上
- ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
- ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）

《サービス》

- ・サービスを提供すること（少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供）
[サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》

- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
- ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
- ・前払金に関して入居者保護が図られていること
（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

24時間対応の訪問看護・介護

「定期巡回随時対応サービス」の活用→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

3. 行政による指導監督

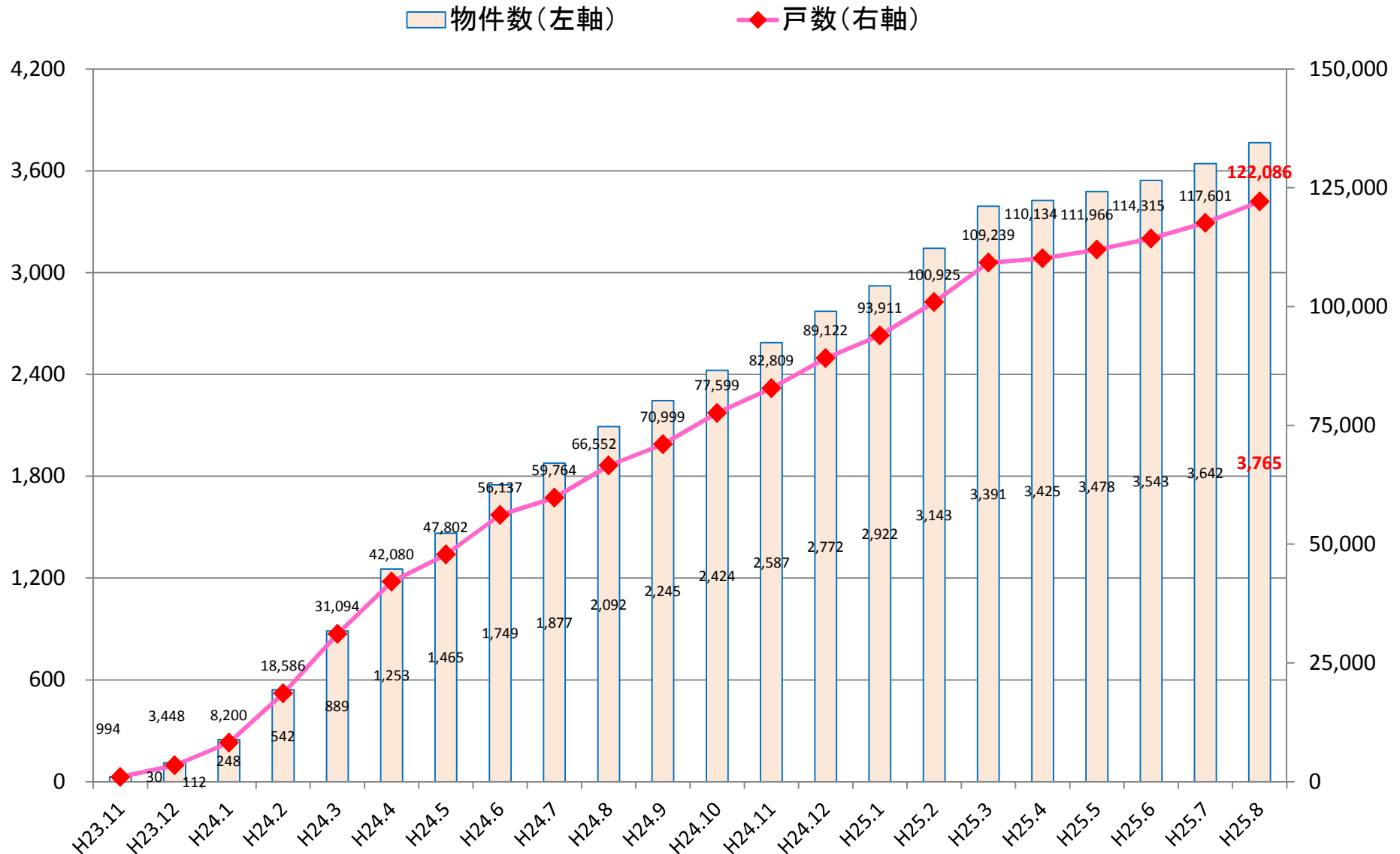
- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

【併設施設】
診療所、訪問看護ステーション、
ヘルプステーション、
デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

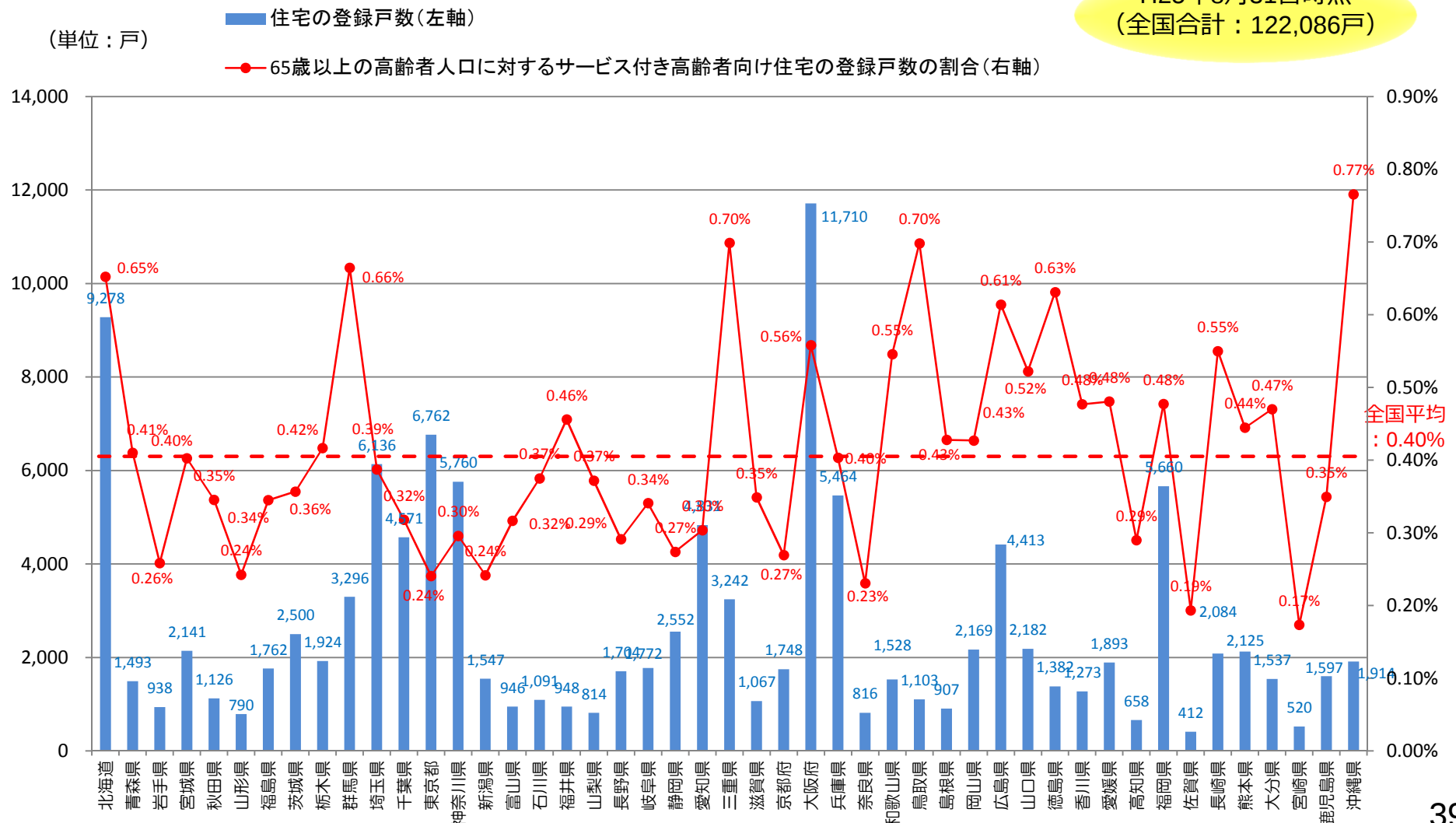
平成25年8月31日時点



サービス付き高齢者向け住宅の登録状況（都道府県別）

- 登録戸数が多いのは三大都市圏。それ以外の地域では、北海道・広島県・福岡県において突出している。
- 65歳以上の高齢者人口に対する住宅の供給割合は、東北地方・首都圏において全国平均を下回る傾向が見られる。

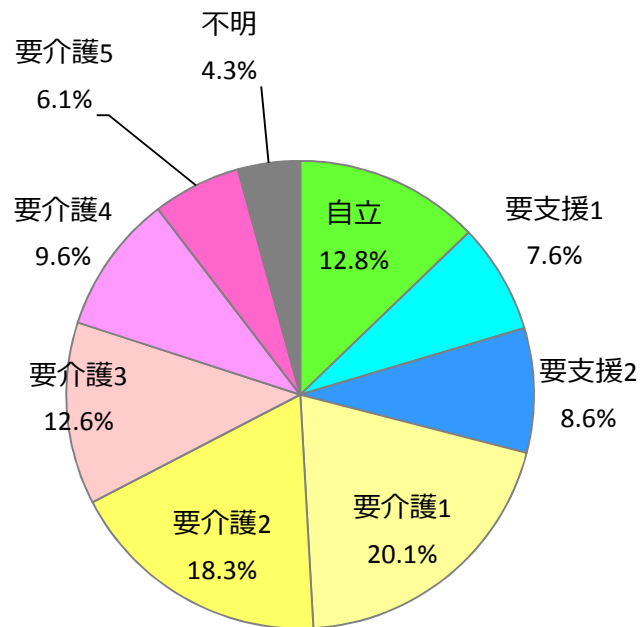
H25年8月31日時点
(全国合計：122,086戸)



サービス付き高齢者向け住宅の入居者①(平成24年8月)

- 入居者の要介護度等の範囲は『自立』も含めて幅広いが、比較的、『要支援』『要介護1・2』の入居者が多く、全体としての平均要介護度は1.8となっている。
- 一方で、開設からの期間が比較的短い住宅も多い中、『要介護4・5』の入居者も相当数認められることから、制度上は同じ「サービス付き高齢者向け住宅」であっても、個別の住宅によって機能が多様化しているものと考えられる。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、『自立』『Ⅰ』で約4割を占めている。ただし、アンケート上、入居者の日常生活自立度を把握していない事業者等が約4割ある。

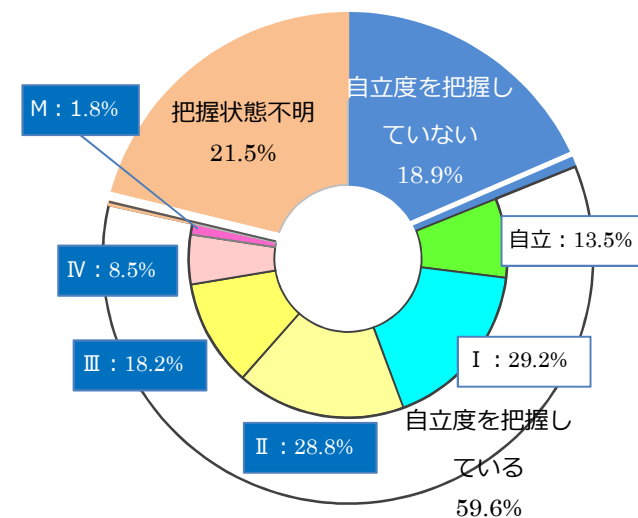
【要介護度等】(平均要介護度:1.8)



※入居者数(n=16,467)

【日常生活自立度】

※ 囲み枠内の割合は、「自立度を把握している入居者数(n=8,918)を100として算出したもの



※入居者数(n=14,964)

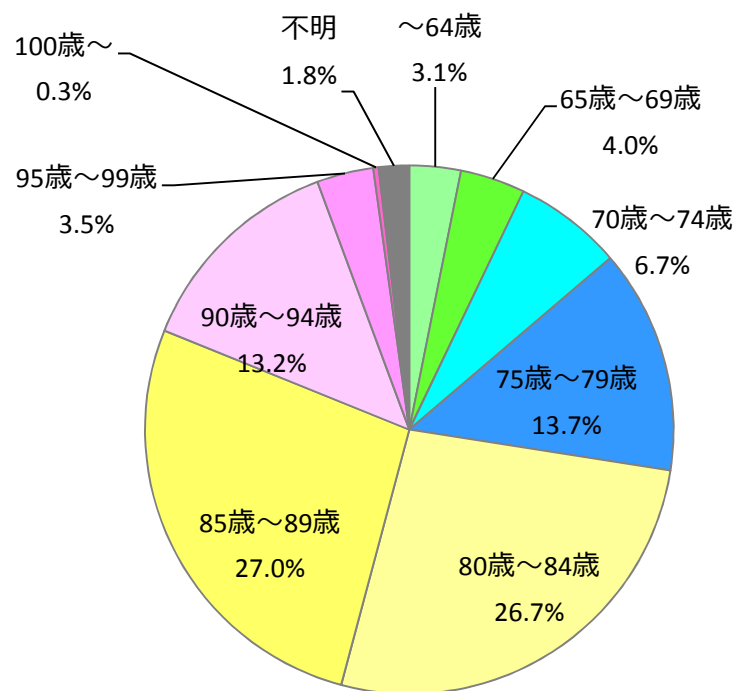
※ 平成24年8月31日時点(厚生労働省調べ)

サービス付き高齢者向け住宅の入居者②（平成24年8月）

○ 入居者の年齢については、**80代が最も多く、平均年齢は82.6歳**である。

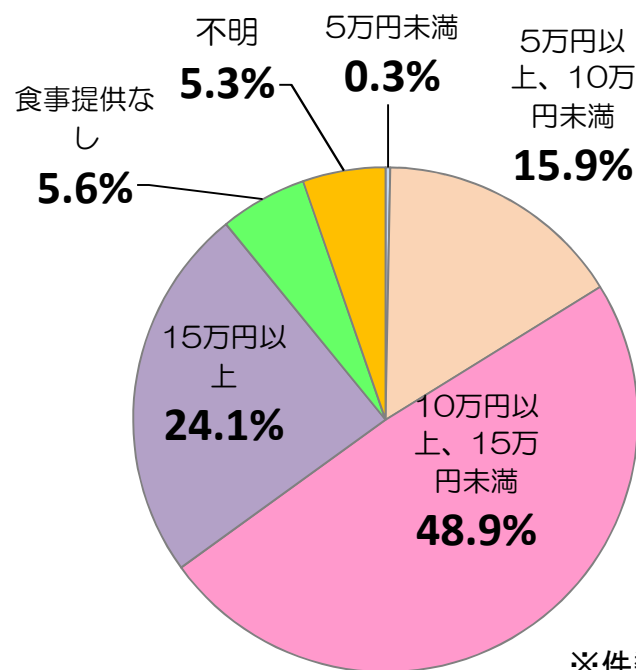
○ サービス付き高齢者向け住宅における月々の支払総額については、**10万円以上15万円未満が48.9%**で最も多い。また、その**平均金額は、131,615万円**となっている。

【年齢】（平均年齢：82.6歳）



※入居者数(n=16,010)

【月々の支払総額】



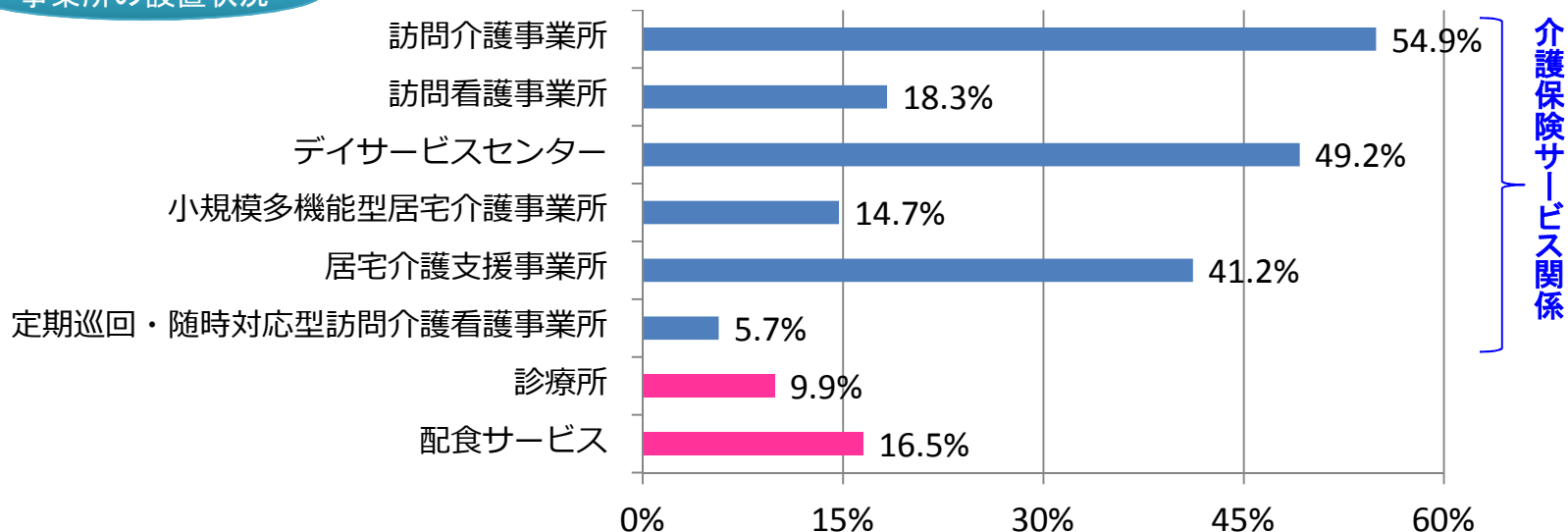
※件数(n=2,065)

※ 家賃、共益費、サービス費（食費を含む）の合計金額。
 ※ 食事の提供がない物件は除いて集計。

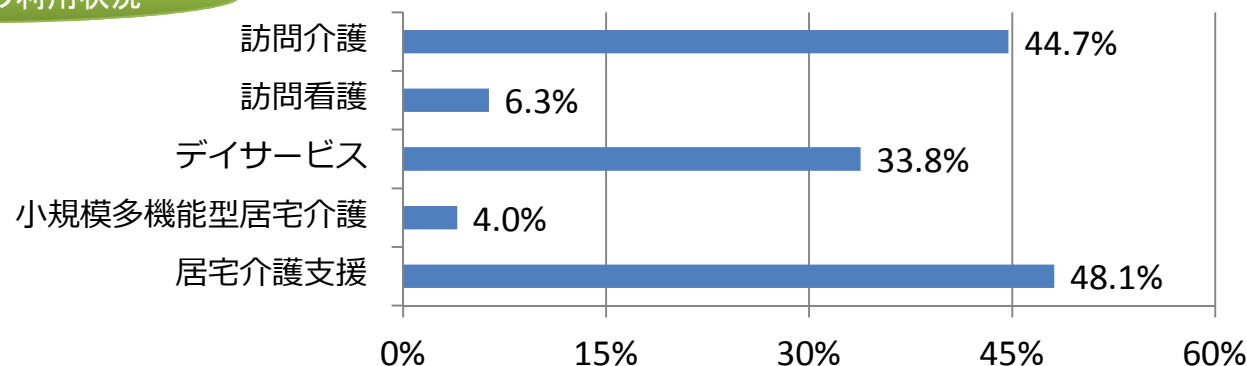
サービス付き高齢者向け住宅の併設施設(平成24年8月)

- 訪問介護事業所など、介護保険サービスの事業所を1つ以上併設している物件は81.7%(診療所・配食サービスは含まない)。
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者による介護保険サービスの利用状況については、「居宅介護支援」と「訪問介護」の利用率が特に高い。

事業所の設置状況



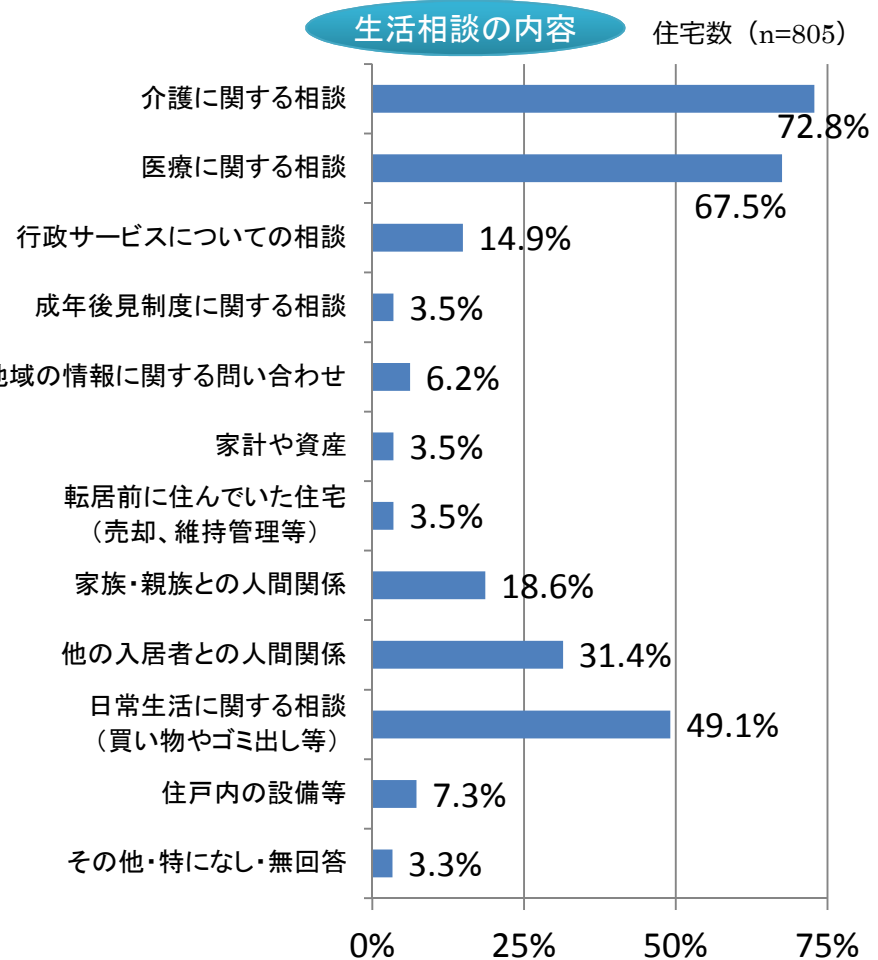
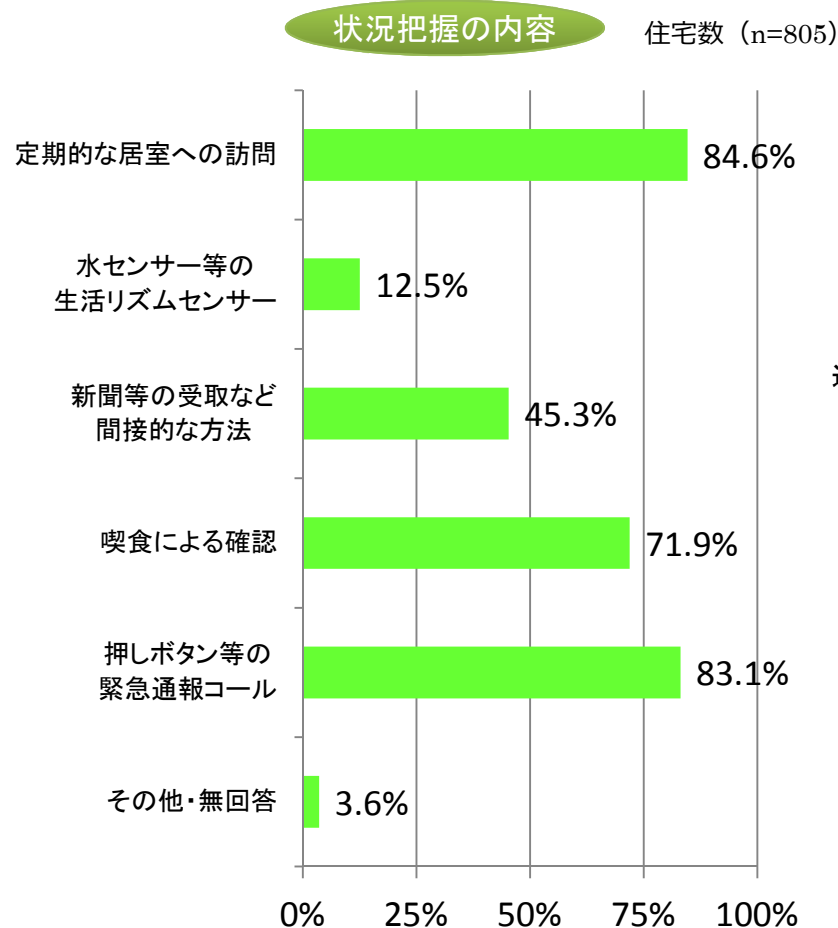
介護保険サービスの利用状況



※ 平成24年8月31日時点(厚生労働省調べ)

サービス付き高齢者向け住宅の状況把握等(平成24年8月)

- 状況把握に関しては、『居室への訪問』や『喫食状況による確認』(入居者から見て受動的な方法)や、『緊急通報装置』(入居者から見て能動的な方法)など、さまざまな取り組みが行われている。
- 生活相談に関しては、『介護に関する相談』・『医療に関する相談』などが最も多いが、『日常生活や人間関係に関わる相談』も一定の件数が確認できる。



※ 平成24年8月31日時点(厚生労働省調べ)

有料老人ホームの概要

1. 制度の目的

- 老人福祉法第29条第1項の規定に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。
- 設置に当たっては都道府県知事等への届出が必要。なお、設置主体は問わない（株式会社、社会福祉法人等）。

2. 有料老人ホームの定義

- 老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数可）を提供している施設。

①食事の提供



②介護（入浴・排泄・食事）



③洗濯・掃除等の家事



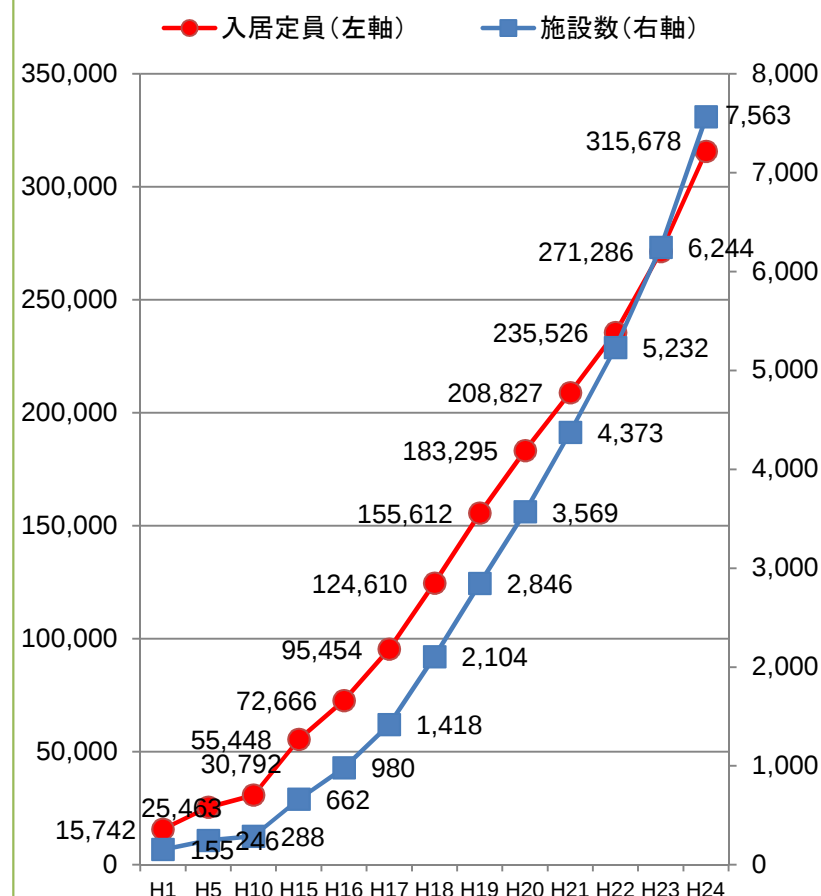
④健康管理

3. 提供する介護保険サービス

- 介護保険制度における「特定施設入居者生活介護」として、介護保険の給付対象に位置付けられている。ただし、設置の際の届出とは別に、一定の基準を満たした上で、都道府県知事の指定を受けなければならない。

※ 法令上の基準はないが、自治体の指導指針の標準モデルである「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では居室面積等の基準を定めている(例：個室で1人あたり13㎡以上等)

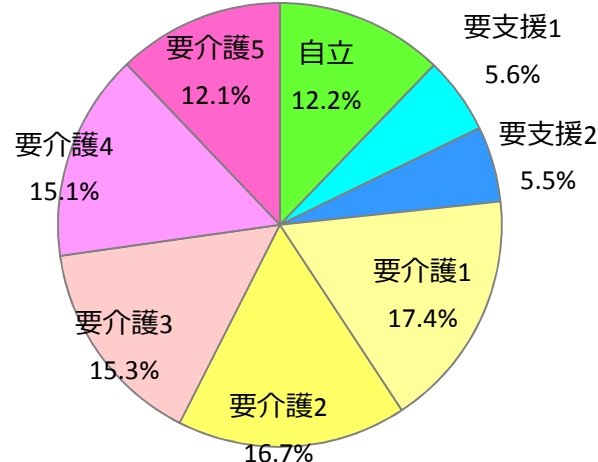
有料老人ホーム数の推移



有料老人ホームの入居者(平成24年7月)

- 入居者の要介護度等の範囲は『自立』も含めて幅広いが、『要介護1』から『要介護5』まで、いずれの階層もほぼ同じ割合であり、全体としての平均要介護度は2.2となっている。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、『自立』『Ⅰ』で約45%を占めている。ただし、アンケート上、入居者の日常生活自立度を把握していない事業者や無回答が約4割ある。
- 入居者の年齢については、80代が最も多く、平均年齢は84.0歳である。

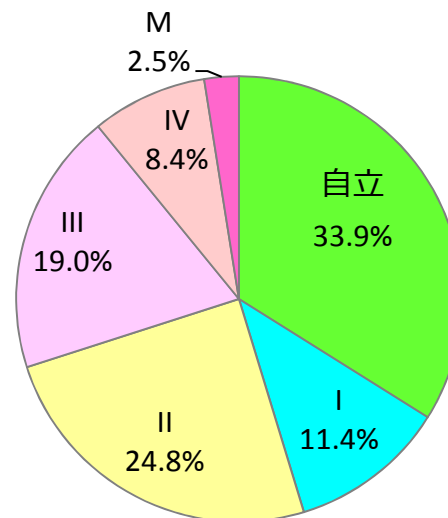
【要介護度等】
(平均要介護度:2.2)



※入居者数(n=175,494)

※経過的要介護(0.1%)は要介護2と合算

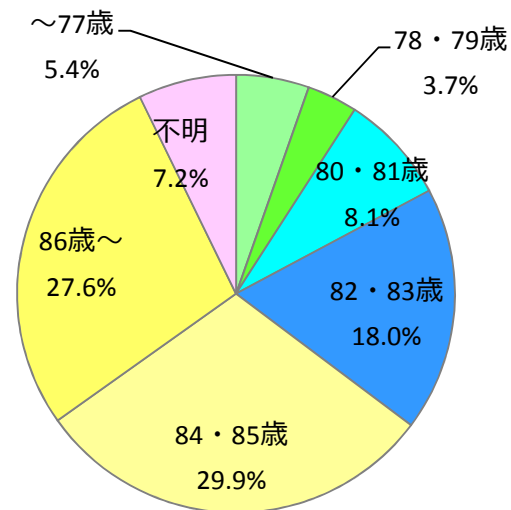
【日常生活自立度】



※入居者数(n=54,767)

※なお、入居者の日常生活自立度は把握していないというホームが12%、無回答のホームが24%(ホーム数n=1,858)

【年齢】
(平均年齢:84.0歳)



※ホーム件数(n=4,788)

有料老人ホームの利用者保護規定

H22消費者委員会の建議を受け
老人福祉法を改正

①短期間での契約解除の 場合の返還ルール

【従来】

○有料老人ホームは、設置運営標準指導指針において、90日以内の契約解除の場合に、実費相当額を除いて前払金を全額返還することを規定しているものの、老人福祉法には位置づけられていないため、この制度を設けていない事業者が存在している。



法第29条第8項

【内容】

○利用者保護の観点から、有料老人ホームへの入居後一定期間の契約終了の場合に、施行規則で定める返還方法に基づき、前払金を返還する契約を締結することを義務づける。

① 3月以内の場合

→ 前払金から実際の利用期間分の利用料を控除した額

② 想定居住期間内の場合

→ 契約終了から想定居住期間までの利用料に相当する額

②権利金等の受領禁止

【従来】

○前払金については、現在においても算定の基礎を書面で明示することとなっているが、家賃やサービス費用などとは異なり、権利金等は利用者にとって何に対する対価であるのかが不明確であるため、トラブルの原因の一つとなっている。



法第29条第6項

【内容】

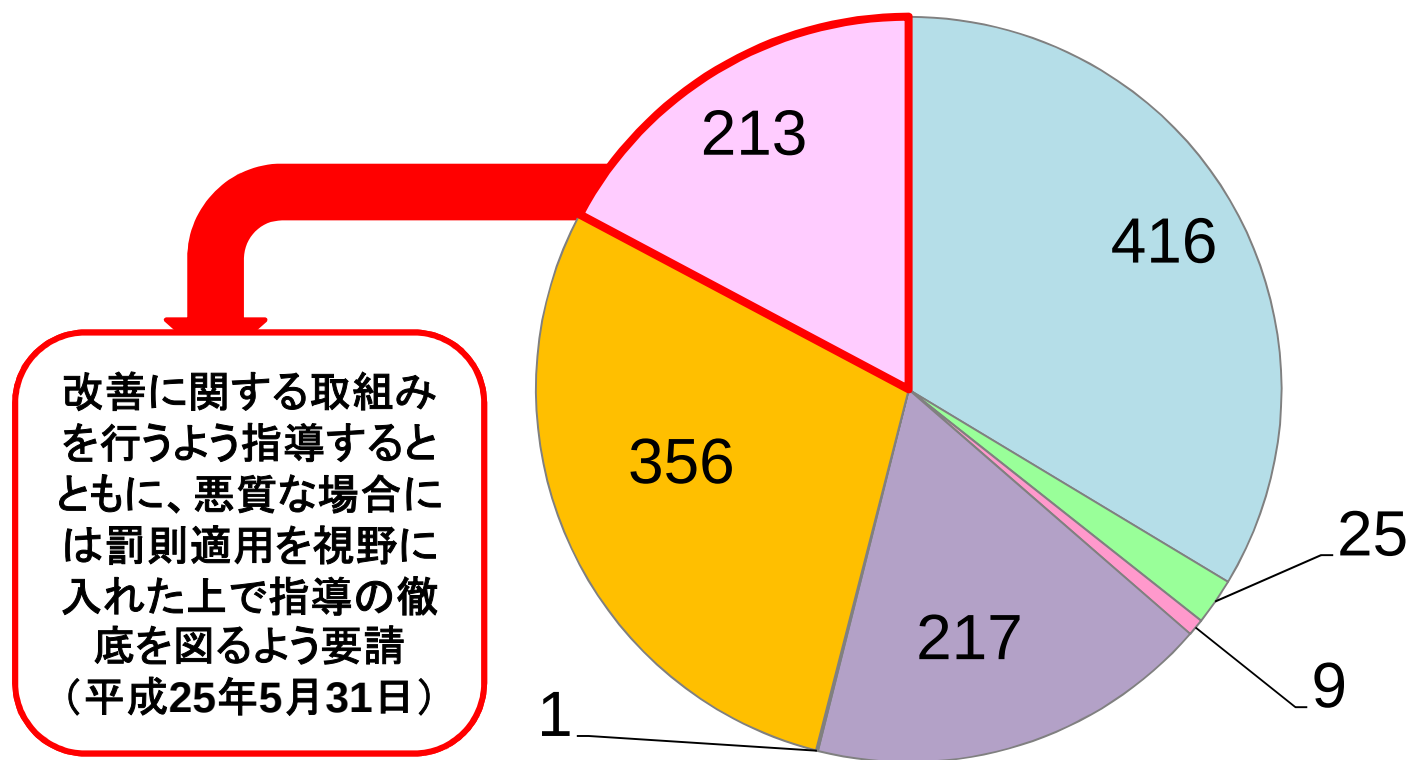
○利用者保護の観点から、家賃、介護等のサービス費用、敷金のみを受領可能とし、権利金等を受領しないことを事業者に義務づける。

事業者・消費者団体・地方公共団体
との協同のもと、
「高齢者向け住まいの選び方ガイドブック」を策定

有料老人ホームにおける前払金の保全措置の状況について

- 銀行等による連帯保証
- 保険会社による保証保険
- 一般社団・一般財団等による保全契約
- 前払金の保全措置を講じていない施設数

- 親会社による連帯保証
- 信託会社等による信託契約
- 全国有料老人ホーム協会による入居者基金



平成18年4月1日以降に設置された有料老人ホーム数※: 6,315件
うち前払金を徴収している施設数: **1,237件**

※地方公共団体において実態を把握できた未届有料老人ホームを含む。

高齢者向け住まいを選ぶための環境づくり

- サービス付き高齢者向け住宅については、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」により、全国の登録住宅に関する情報が公開されている。
- 有料老人ホームについては、「介護サービス情報公表システム」において、特定施設入居者生活介護事業所としての情報が公表されているのみであり、住宅型有料老人ホームについては、届出情報等を公表するシステムも存在しない。
- 「高齢者向け住まい」の選択に当たっては、統一的な公表項目などが定められているわけではないため、横断的な比較が難しく、消費者が自分のライフスタイルや介護ニーズに見合った住まいを選ぶ環境としては不十分。また、特定施設入居者生活介護事業所以外の場合については、介護保険サービス事業所等の情報（当該住宅周辺において提供される介護保険サービスの状況など）との連携も重要。

サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム



公開情報

- ・ 住宅名
- ・ 所在地
- ・ 家賃・サービス対価の概算
- ・ 専有面積
- ・ トイレ、浴室等の設備
- ・ 食事、介護等の提供 等

3. 介護老人保健施設・介護療養型医療施設について

現状・課題

<介護老人保健施設>

- 平成24年度介護報酬改定後、在宅復帰率・ベッド回転率の高い施設が増加傾向にあり、平均在所日数も総じて減少傾向にある。一方で、在宅復帰率・ベッド回転率が低く、平均在所日数が長期化している施設も存在している。
- 介護老人保健施設から居宅へ退所した者のうち、退所1ヶ月以降に居宅での生活を継続しているのは約7割であり、約1割はもとの老健施設に戻っている。
- 介護老人保健施設内での看取り件数は、老健施設全体としては他施設と比較して少ないものの、多くの看取りを行う施設も存在する等、ばらつきがある。

<介護療養型医療施設>

- 医療療養病床との機能分化が進んでおり、介護療養病床は日常的医療ケアを中心とする比較的医療の必要性の低い要介護高齢者が長期間療養している。
- 看取りやターミナルケアを行う件数は、介護保険三施設の中で最も多い。

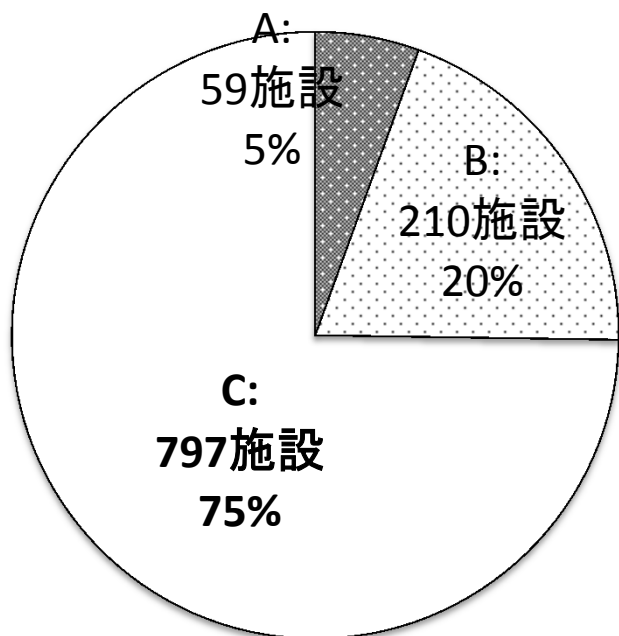
論点

- 地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、介護老人保健施設の在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能については、引き続き強化すべきではないか。
- 介護老人保健施設を退所したが、短期間で元の施設に戻るケースが一定程度存在することについて、その実態を更に把握するとともに、適切なケアを効率的に提供する観点から、今後どのような対応が求められるかを検討すべきではないか。
- 介護療養型医療施設は、日常的な医療的ケアを要する要介護高齢者の長期療養を担っており、看取りやターミナルケアの実施も相対的に多い。また、介護老人保健施設の一部も同様の機能を有している。
平成29年度末の介護療養病床の廃止も踏まえ、両施設が果たしているこれらの機能についてどう考えるか。

老健の在宅復帰率・ベッド回転率 ①

○ 介護老人保健施設は従来より医療機関と在宅との中間施設として位置づけられており、在宅復帰に取り組む施設も一定数ある一方で、在宅復帰率・ベッド回転率が低い施設も多い。

平成24年11月時点の報酬算定状況（対象老健施設 1,066施設）



A: 在宅強化型老健

（介護保険施設サービス費(I)(ii)または(iv)・ユニット型含む）

在宅復帰率が50%を超え、
毎月10%以上のベッドが回転している老健

B: 在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健
（ユニット型含む）

在宅復帰率が30%を超え、
毎月5%以上のベッドが回転している老健

C: A, B以外の老健

在宅復帰率が30%以下、
または毎月のベッド回転が5%未満の老健

在宅復帰率：在宅で介護を受けることになったもの / 6カ月間の退所者数

ベッド回転率：30.4 / 平均在所日数

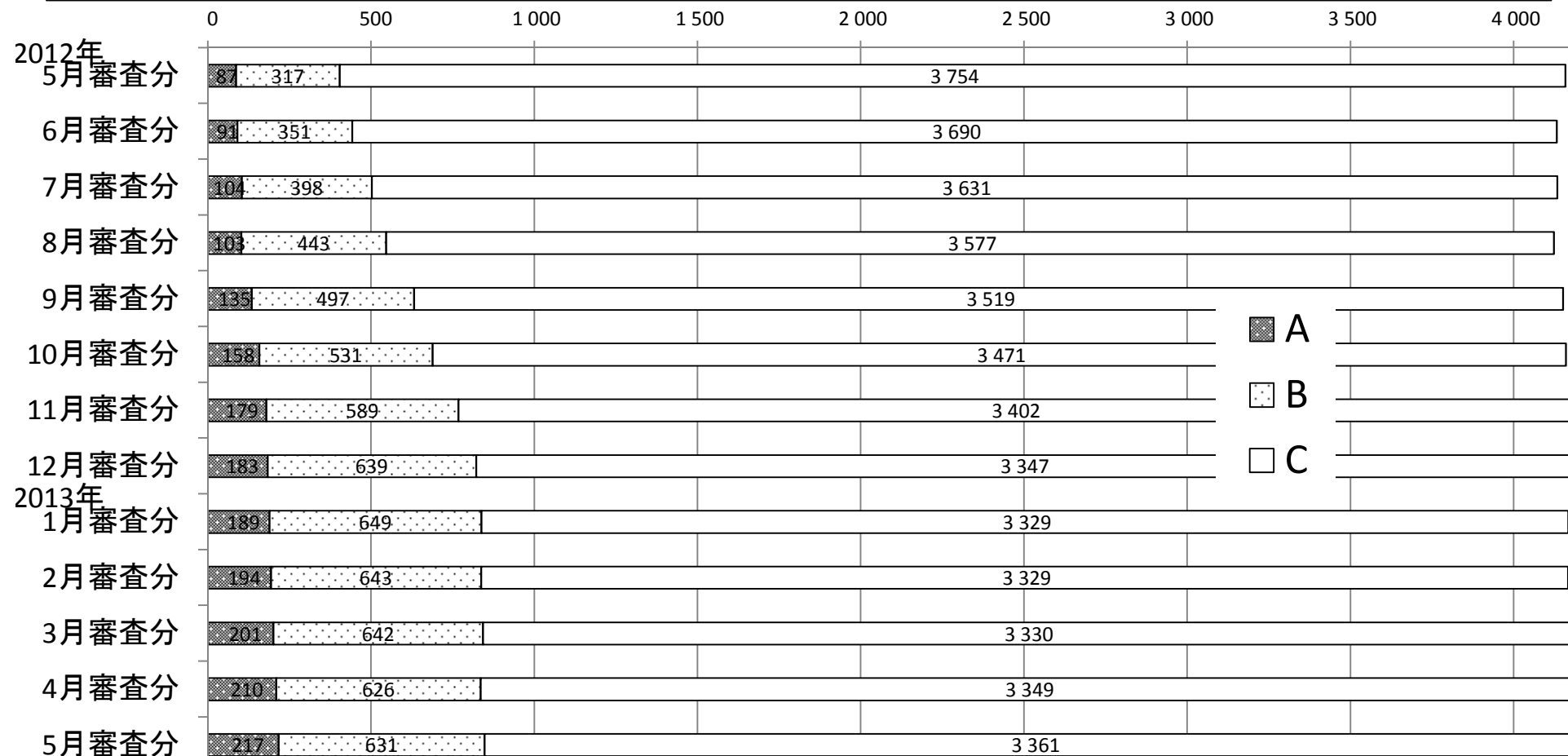
平均在所日数：3月間の在所者延日数 / {(3月間の新規入所者数+3ヶ月分の新規退所者数)/2}

平成24年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設等の在宅療養支援及び医療提供のあり方に関する調査研究事業」より

出典：第45回介護保険部会資料（平成25年6月6日）より

老健の在宅復帰率・ベッド回転率 ②

○ 平成24年度介護報酬改定以後、在宅復帰率・ベッド回転率の高い介護老人保健施設が増加している。



A: 在宅強化型老健(介護保険施設サービス費(I)(ii)または(iv)・ユニット型含む)

在宅復帰率が50%を超え、毎月10%以上のベッドが回転している老健

B: 在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健(ユニット型含む)

在宅復帰率が30%を超え、毎月5%以上のベッドが回転している老健

C: A, B以外の老健

在宅復帰率が30%以下、または毎月のベッド回転が5%未満の老健

介護給付費実態調査

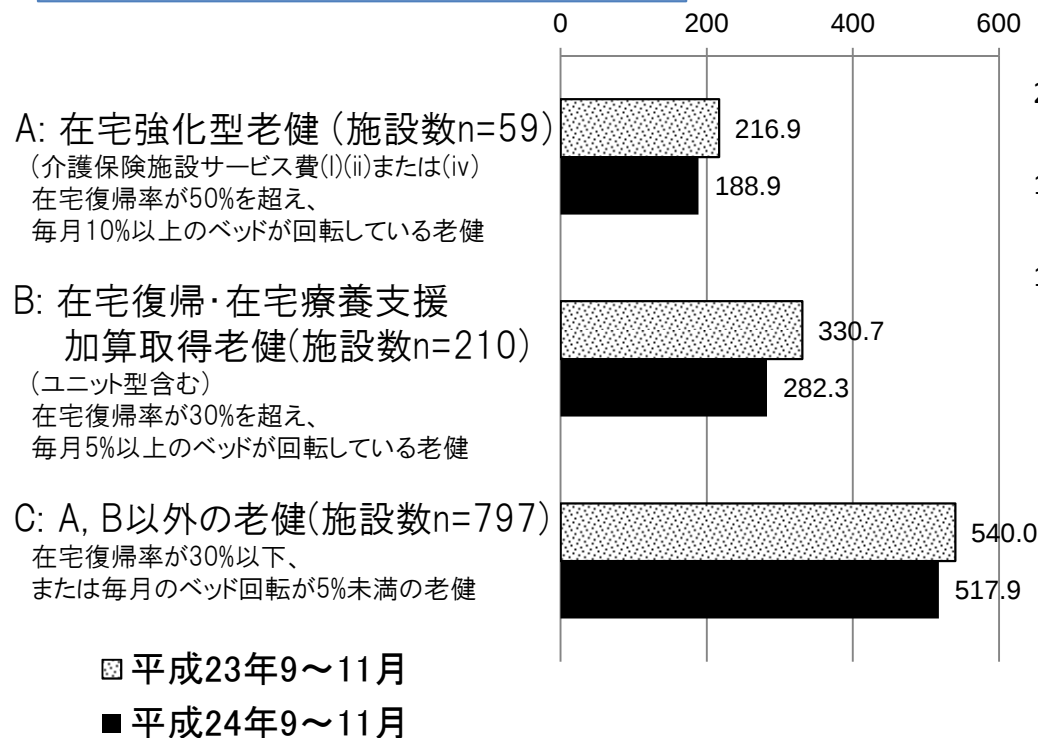
老健局老人保健課による特別集計 51

介護老人保健施設の平均在所日数

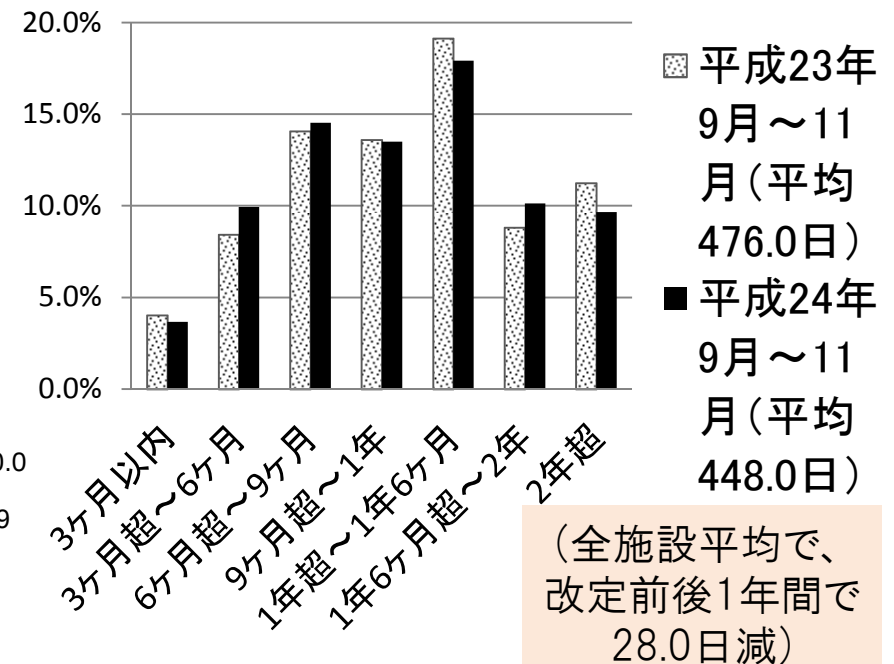
○ 在宅復帰率・ベッド回転率の高い老健施設、低い老健施設のいずれにおいても、平成24年度介護報酬改定前後で平均在所日数が減少している。

平成23年9月～11月および平成24年9月～11月の介護老人保健施設入所者の平均在所日数

A,B,C 施設別の平均在所日数



A,B,C 全施設 (n=846) の分布

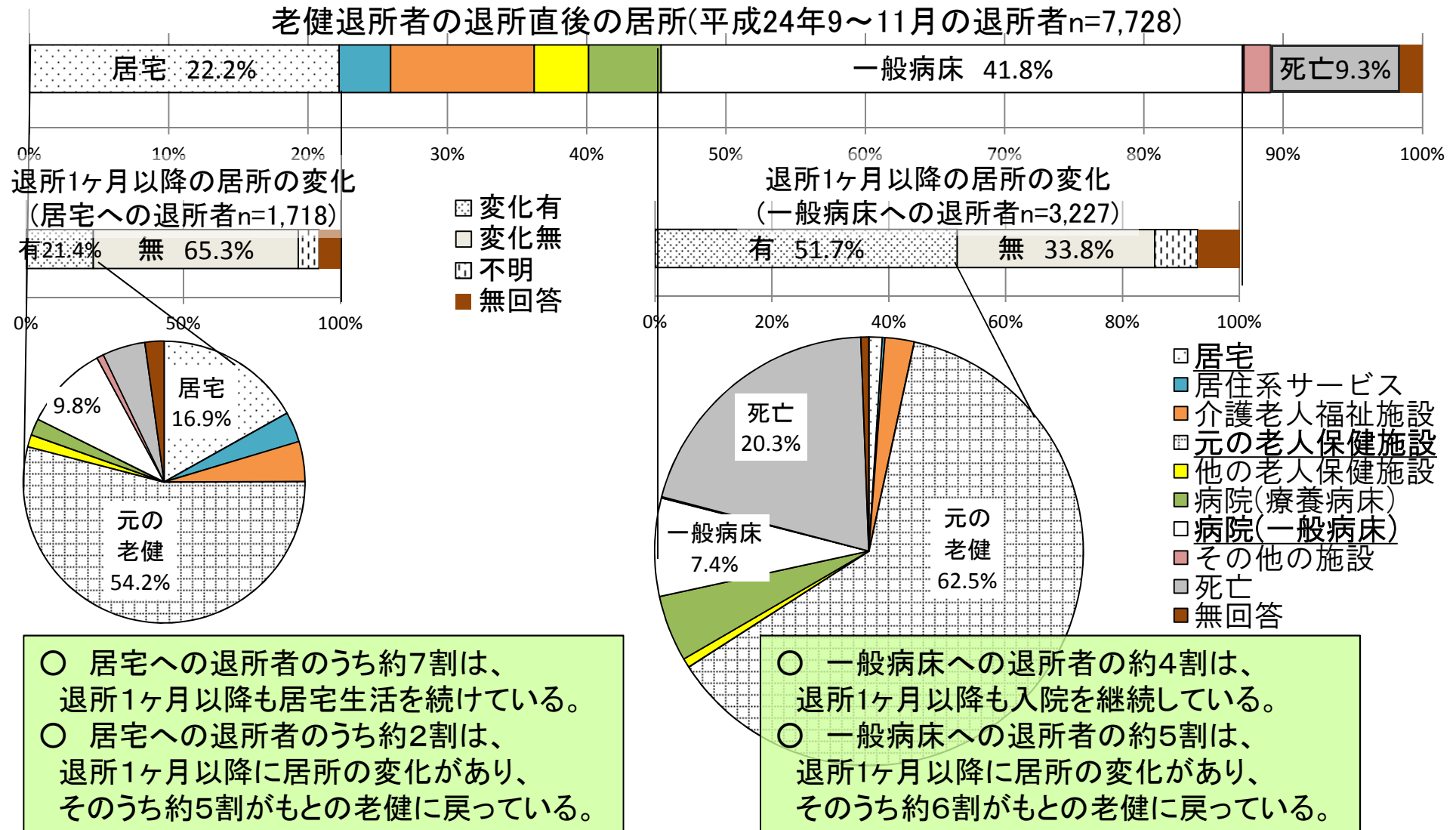


$$\text{平均在所日数} = \frac{\text{平成24年9月～11月における入所者延べ人数}}{(\text{平成24年9月～11月における入所者数} + \text{平成24年9月～11月における退所者数}) / 2}$$

平成24年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設等の在宅療養支援及び医療提供のあり方に関する調査研究事業」より

介護老人保健施設利用者の退所後の居所

○ 介護老人保健施設を退所した者のうち、居宅への退所者の割合は約2割、一般病床への退所者の割合は約4割である。



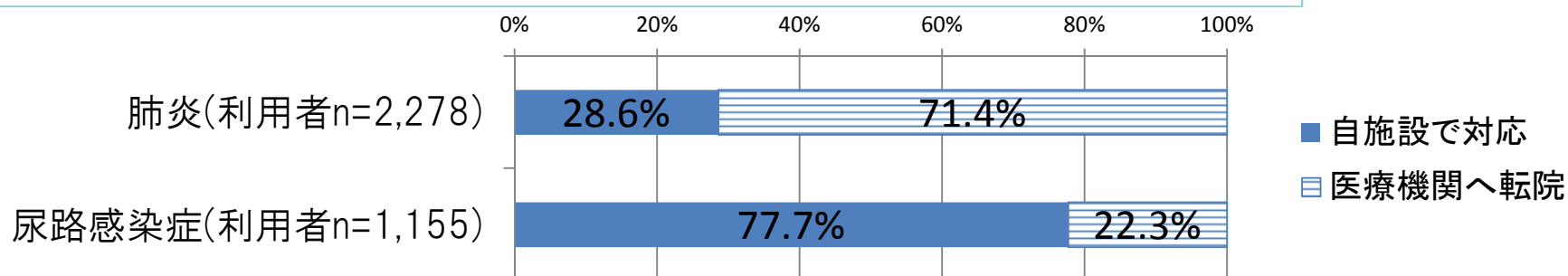
(参考) 介護老人保健施設での医療ニーズへの対応

○ 介護老人保健入所者の肺炎・尿路感染症に対して、施設内での対応は充実しつつあると考えられる。

平成20年10～11月の間に

肺炎と診断された入所者のうち71.4%が、医療機関へ転院していた。

尿路感染症と診断された入所者のうち22.3%が、医療機関へ転院していた。

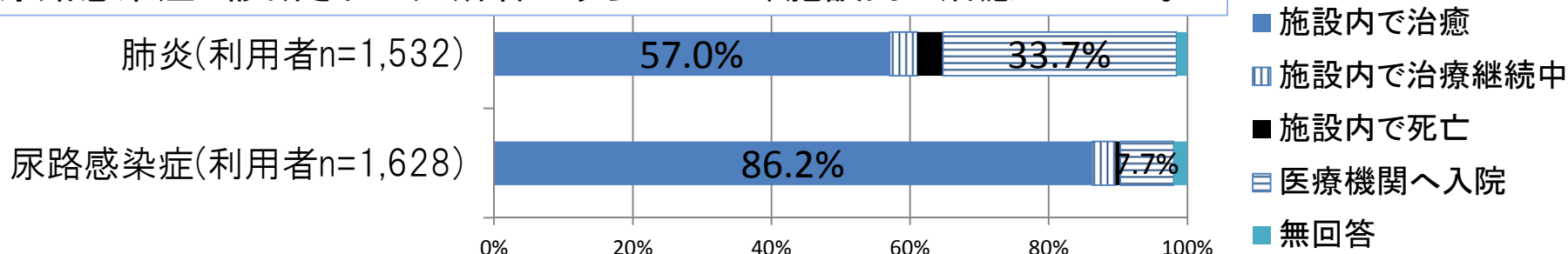


平成20年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」より

平成24年11月の間に

肺炎と診断された入所者のうち57.0%が、施設内で治癒していた。

尿路感染症と診断された入所者のうち86.2%が、施設内で治癒していた。

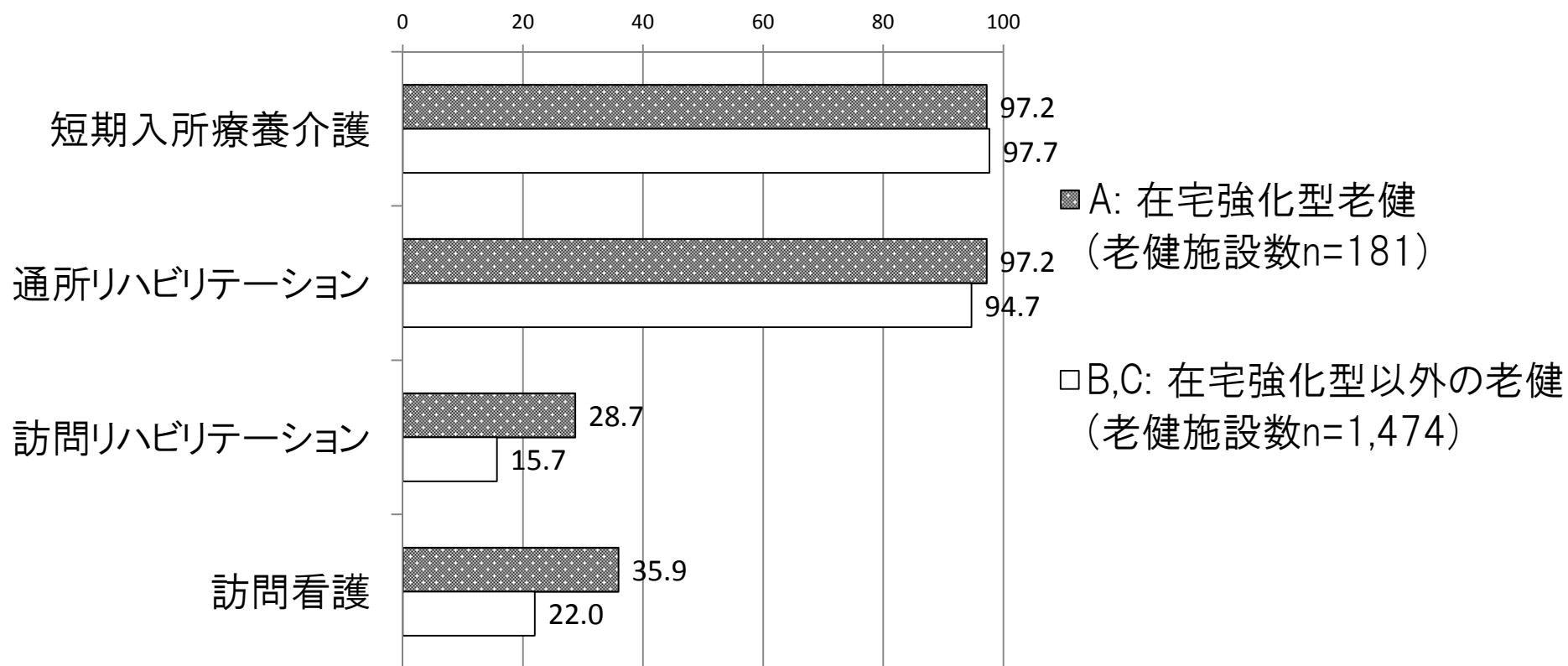


平成24年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設等の在宅療養支援及び医療提供のあり方に関する調査研究事業」より 54

(参考) 介護老人保健施設の居宅サービスの提供状況

- 9割以上の介護老人保健施設において、居宅への退所者に対して短期入所療養介護および通所リハビリテーションを継続して提供することが可能である。
- 在宅復帰機能の高い介護老人保健施設(A: 在宅強化型老健)では、訪問リハビリテーションや訪問看護を併せて提供している割合が高い。

医療系の居宅サービスを併せて提供する老健施設の割合(%)(平成23年7月時点,複数回答)



看取り・ターミナルケア

○ 介護療養型医療施設では他施設と比較して看取り・ターミナルケアの実施が多い。

100床あたり年間施設内死亡退所者数
(平成22年9月の退所者)施設内死亡による退所者／100床／年

介護療養型 医療施設 (退所者 n=3,411)	介護老人 保険施設 (退所者 n=15,759)	介護老人 福祉施設 (退所者 n=5,115)
22.8	5.7	7.4

平成22年度介護サービス施設・事業所調査より老人保健課推計

100床あたり年間ターミナルケア実施人数
(平成24年10～11月の調査基準日より遡って12ヶ月間に施行したケア)

医療療養病床 (施設n=152)	介護療養病床 (施設n=97)	介護療養型老健 (施設n=56)	従来型老健 (施設n=72)
47.1	23.3	7.3	3.9

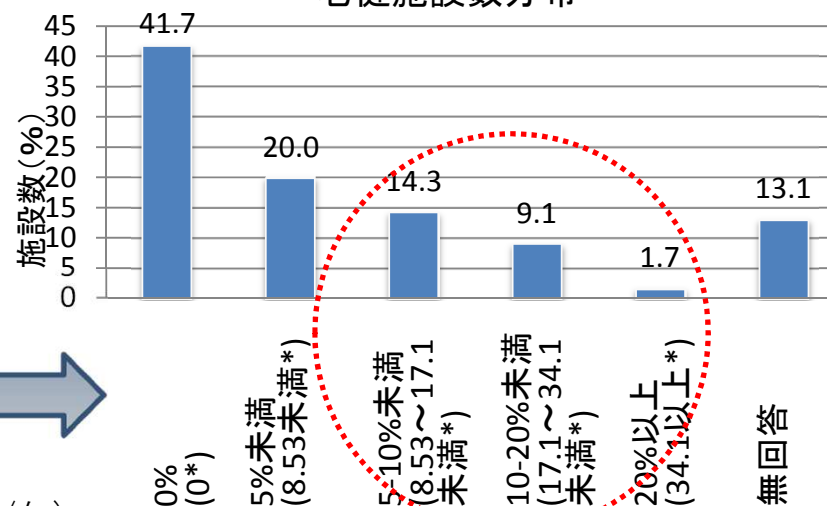
平成24年度老人保健健康増進等事業「療養病床から転換した
介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」より

○ 介護老人保健施設内での看取り件数は、老健施設全体としては他施設と比較して少ないものの、多くの看取りを行う施設も存在する等、ばらつきがある。

100床あたり年間看取り件数
(平成24年4～11月の退所者)看取り件数／100床／年

介護老人 福祉施設 (事業所n=261)	介護老人 保健施設 (事業所n=175)	特定施設 利用者 生活介護 (事業所 n=328)	(参考) 認知症対応型 共同生活介護 (事業所n=138)	(参考) 小規模 多機能型 居宅介護 (事業所 n=154)
9.9	5.8	6.0	4.8	1.2

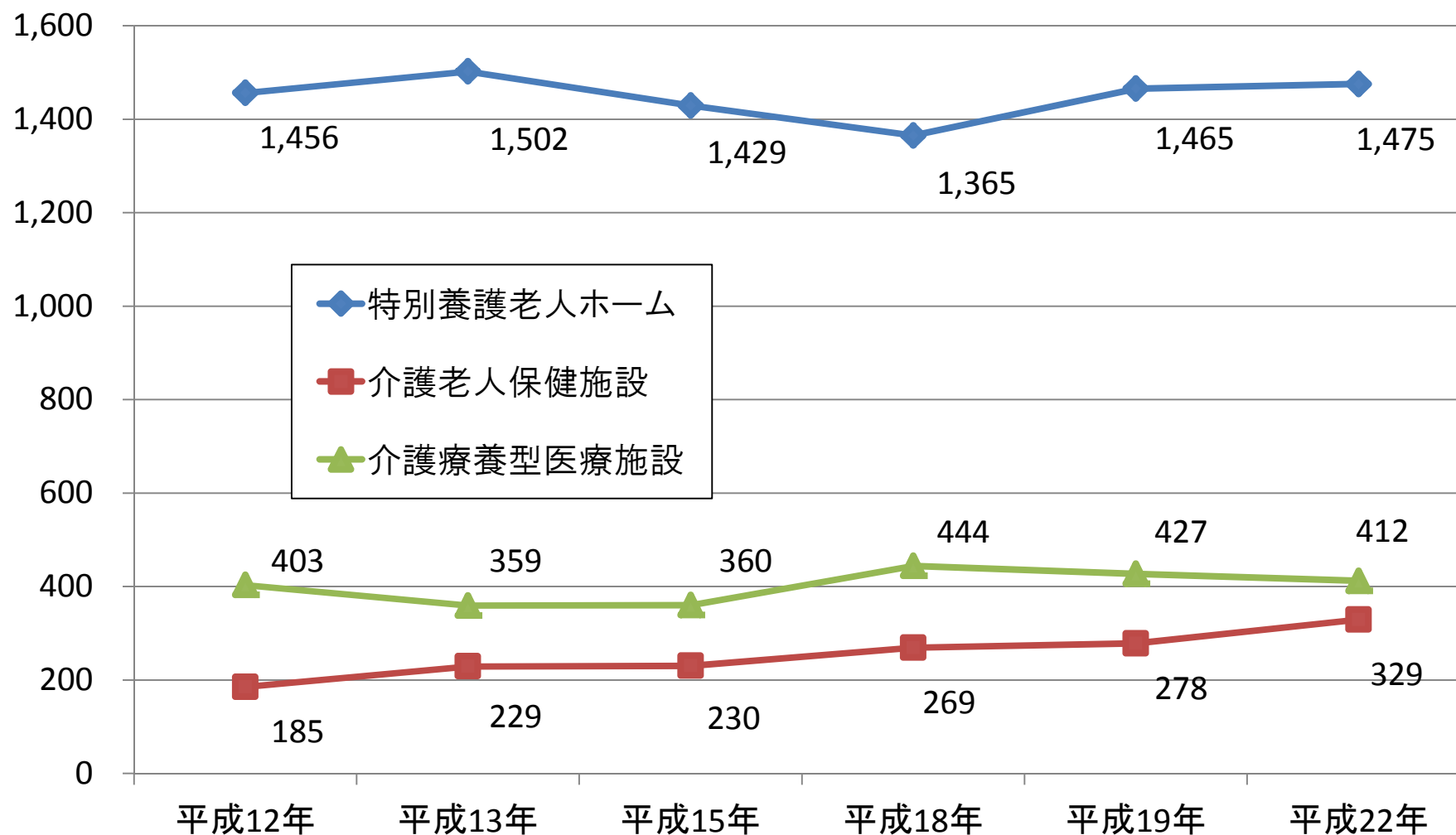
定員数に占める、調査期間内に看取りを行った件数(%)
老健施設数分布



*100床あたり年間看取り件数(件/100床/年)

平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」より老人保健課推計

(参考・再掲) 介護保険3施設の平均在所・在院日数



注: 平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

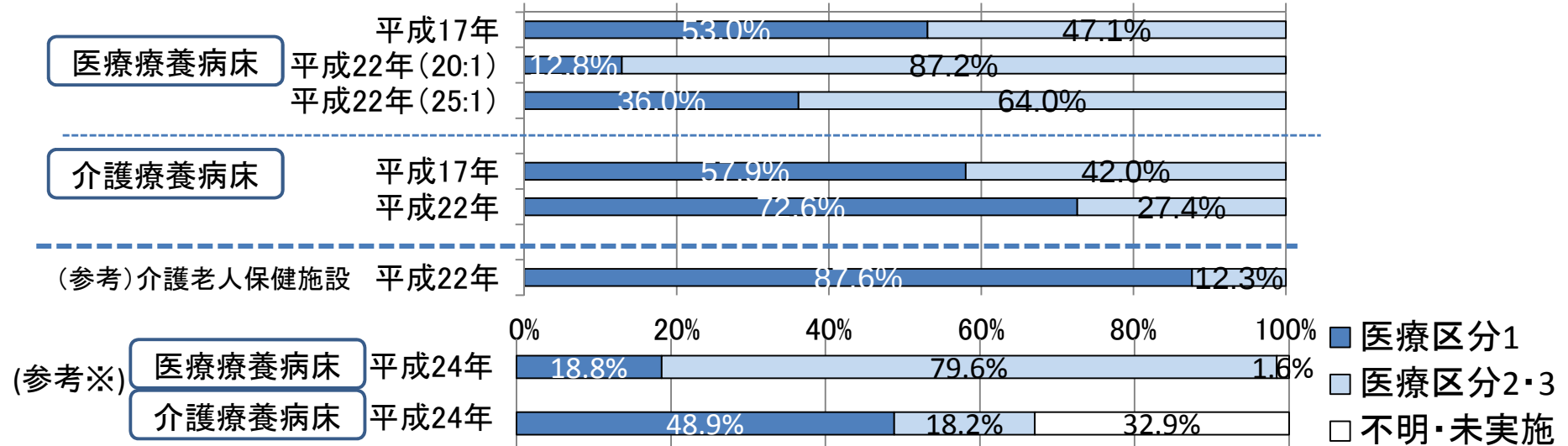
平均在所日数 = (在所日数がわかっている退所者の合計在所日数) / (在所日数がわかっている退所者の人数)

出典: 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

療養病床の機能分化・日常的医療ケア

○ 介護療養病床と医療療養病床の機能分化が進んでいる。

介護療養病床と医療療養病床における医療区分の分布(年次推移)



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」より
 ※平成24年度老人保健健康増進等事業「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」より

○ 介護療養型医療施設での日常的医療ケアの実施率は、介護老人保健施設より高い。

事業所内で実施している日常的医療ケア				
平成24年10～11月の調査基準日より遡って3ヶ月間に施行したケア(%)				
	医療療養病床 (利用者n=20,763)	介護療養病床 (利用者n=11,361)	介護療養型老健 (利用者n=4,377)	従来型老健 (利用者n=8,029)
喀痰吸引の実施	35.0	26.4	19.9	5.8
経管栄養の実施	35.0	37.0	29.1	7.7
膀胱留置カテーテル・導尿等 排尿時の処置の実施	15.4	10.4	6.3	3.4
24時間持続点滴の実施	15.4	10.8	2.8	2.0

平成24年度老人保健健康増進等事業「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」より

(参考) 平成24年度介護報酬改定 介護老人保健施設関連

- 平成24年度介護報酬改定では、介護老人保健施設について、
 - ・ 在宅復帰支援型の施設としての機能を強化する観点
 - ・ 入所者の医療ニーズに適切に対応する観点
 - ・ 施設における看取りの対応を適切に評価する観点
 から、各種改定が行われている。

【参考】介護老人保健施設の主な改定内容について

◆ 介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化

- 在宅復帰支援型の介護老人保健施設を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした報酬体系の見直し等を行う。

(1) 在宅復帰率及びベッドの回転率が高い施設をより評価した基本施設サービス費の創設

(2) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(新規) ⇒ 21単位/日

(3) 入所前に入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた計画を策定する場合を評価

入所前後訪問指導加算(新規) ⇒ 460単位/回<入所者1人につき1回を限度>

◆ 肺炎等への対応の強化

- 入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合の施設内での対応を評価する。

所定疾患施設療養費(新規) ⇒ 300単位/日<1回につき7日間を限度>

◆ ターミナルケアの評価の見直し

- 介護老人保健施設におけるターミナルケアについては、評価を見直す。

・ ターミナルケア加算	死亡日以前15～30日	200単位/日		死亡日以前4～30日	160単位/日
	死亡日以前14日まで	315単位/日		死亡日前日・前々日	820単位/日
				死亡日	1,650単位/日

社会保障審議会 介護保険部会（第48回）	大西委員 提出資料
平成25年9月18日	

平成25年9月18日

全国市長会介護保険対策特別委員会
 委員長 高松市長 大西秀人

本日の介護保険部会には、公務のため出席が叶わないことから、下記のとおり意見を提出させていただきます。

記

○小規模型通所介護を地域密着型サービスへ移行することについて

事業所数が増加している小規模の通所介護について、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置付けることについては、地域により態様が異なることや、事務量が増大することを考慮すると、市町村の実務者と十分協議したうえで、対応可能な市町村から実施できるようにするなど、現実的な対応が必要です。

○特別養護老人ホームの入所者を限定することについて

既入所者の継続入所について配慮することは必須です。また、特別養護老人ホームへの入所を要介護3以上に限定することについては、市町村における施設サービスや居宅サービスの整備状況が様々であることから、全国一律に実施することは困難です。地域の実態を十分検証する必要があります。

社会保障審議会 介護保険部会（第 48 回）	勝田委員 提出資料
平成 25 年 9 月 18 日	

第 48 回社会保障審議会介護保険部会（9 月 18 日） 発言要旨および意見・質問

委員：公益社団法人 認知症の人と家族の会 勝田 登志子

意見 1：在宅サービス「2 定期巡回・随時対応サービスについて」

地域包括ケアの目玉として導入されたが遅々として進んでいないのはなぜか、在宅介護のニーズにマッチしていないのではないかと、本来ならば住み慣れた地域で安心して介護が継続されることだが、実際の利用者はサービス付高齢者住宅の入居者が多いという現実がある。市区町村の事業者指定が進まず、利用者が増えない理由については実態を精査した上で、「論点」を整理する必要があると考える。

意見 2：施設サービス「1 特別養護老人ホーム」について

2P「論点」「特別養護老人ホームへの入所を要介護 3 以上に限定するべきではないか」については反対。現行でも「入所基準」があり重度優先が実施されている。3Pにあるように 2011 年度の利用者の平均介護度は 3.89。わざわざ「要介護 3 以上」と限定する必要はない。待機者 42 万人と、希望しても利用できない人たちが多数存在している。「論点」では「軽度の要介護者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が必要」としているが「施設サービスの提供」と「住まいの確保」とは別問題である。

質問 1：今年 4 月 9 日に公表された総務省「高齢者の社会的孤立の防止対策等に関する行政評価・監視」

勧告では、定期巡回・随時対応サービスのモデル事業として実施された「24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス事業」が「事業実績が低調な例」として挙げられている。2013 年度地域介護・福祉交換整備推進交付金では「定期巡回・随時対応サービス事業所の立ち上げの際に必要な情報通信機器の購入経費」として 1 事業所 1,000 万円という予算が示されているが、現在までの利用状況はどうか、2009 年度の「ケアコール端末などの方策について」検証が必要と考えるが事務方はこの勧告についてどのように考えるか。

質問 2 在宅サービスの「総論」の「現状と課題」について

1P「毎日必要に応じて複数回利用者と接することが可能なサービス」と「生活支援サービス」の普及が必要とあるが、具体的なサービス内容とは何なのか、また、「生活支援サービス」は介護保険制度の給付なのか地域支援事業なのか、それ以外なのか確認したい。

質問 3 在宅介護についての全国実態調査をおこなうべき

昨今の独居や高齢者のみ世帯、認知症や地域間格差も大きい。市町村まかせにせず、2025 年にむけて早急に実態調査を行い、ニーズにあった対応をすべきと考えるがどうか。

質問 4 在宅サービス「1 通所介護について」

7P この 8 年間で約 2.5 倍に増えた小規模型事業所を地域密着型サービスに位置付け直す「論点」が出されているが、市区町村指定に見直すメリットとデメリットはなにか

在宅サービス・施設サービスの体制整備に関する意見書

平成 25 年 9 月 18 日
社会保障審議会介護保険部会
委員 齊藤 訓子
(日本看護協会常任理事)

1. 訪問看護の体制整備と人材確保策の強化

(1) 「基幹型訪問看護ステーション」(仮称) の設置

全国約 6,800 ある訪問看護ステーションのうち、半数近くは看護職員 5 人未満の小規模事業所であり、少人数での夜間・緊急対応や人材育成に困難を来しています。今後は、訪問看護ステーション間の連携・協力体制を整備するとともに、役割分担を進めていくことが課題となります。地域の大規模な訪問看護ステーションが「基幹型訪問看護ステーション」(仮称) として、小規模事業所に対して夜間緊急時・重度者対応の支援や人材育成の機能を担うことにより、地域全体で訪問看護提供体制を底上げする仕組みをつくるべきと考えます。

(2) 訪問看護の人材確保策の強化

訪問看護職員は就業看護職員の約 2%、約 3 万人にとどまっています。2025 年には訪問看護利用者が約 51 万人と見込まれており、ニーズに見合う提供体制を整えるには、今後、訪問看護に従事する看護職員を年間 2,000 人規模で増やしていく必要があります。

職能団体としても、多様な人材の参入を促進するための教育カリキュラムの整備等を進めてまいりますが、今後は関連団体や事業者の自助努力のみではなく、国策として、全国規模で訪問看護の人材確保策を展開すべきです。

2. 複合型サービスの普及推進

(1) 複合型サービスの趣旨の理解促進

平成 24 年に創設された複合型サービスに関しては、サービスの趣旨に対する市町村の理解に差があり、開設を希望する事業者がいても申請が認められないケースや、複合型サービスの運営基準等がない所謂ローカルルールを設けているケースが見られます。

複合型サービスを含めた地域密着型サービスについては、今後市町村の地域包括ケアにおいて整備が必須となることを鑑み、好事例の紹介等を通じてサービスの趣旨を市町村に普及し、理解を深めることが必要です。

（２）都市部における複合型サービスの開設・運営支援

今後、高齢者人口が急激に増加する大都市部では、自宅周辺で利用できる地域密着型サービスの整備がいつそう求められる反面、地価や賃料が高いため、複合型サービス等の新規開設が進みづらい現状にあります。

複合型サービスの整備に地域差がある現状をふまえ、ニーズが大きい地域においては、サービスの安全性が担保される範囲で、登録定員の上限や宿泊サービス定員の規制を緩和するとともに、個室の空き室を登録定員以外の人ができるよう、基準の見直しを検討すべきと考えます。

また、既存の住宅資源を地域密着型サービスに活用できるよう、空き家や空き建物の取得・賃借に対する費用助成や、介護サービス事業者と土地・建物所有者のマッチング事業など、住宅政策と連動した介護基盤の整備が求められます。

３．特別養護老人ホームの医療提供体制の見直し

社会保障制度改革国民会議の報告書において、今後の特別養護老人ホーム（以下；特養）は、中重度者対応に重点化することが求められています。

既に特養の入居者は高齢化・重度化が進んでおり、医療ニーズの高い入居者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題となっています。今後さらに中重度者対応を強化するのであれば、現状の特養における医療提供体制の再構築が必須となります。

とくに夜間・緊急時の看護体制や、外部の医療サービスの導入について、現在厚生労働省で実施されている調査研究事業等の結果をふまえて検討し、特養が「終の棲家」の役割を担うための体制整備に着手すべきだと考えます。

社会保障審議会 介護保険部会（第 48 回）	齊藤正身委員 提出資料
平成 25 年 9 月 18 日	

平成 25 年 9 月 18 日

第 48 回 社会保障審議会 介護保険部会 提出資料

（医）真正会 齊藤正身

1. 通所介護について

◆ 通所介護における「個別機能訓練」について

通所介護における個別機能訓練加算には 2 種類あり、
直接対応がなくとも機能訓練指導員*配置下での機能訓練で算定できるⅠ（42 単位）と、
個別を含む小集団の直接的な機能訓練で算定できるⅡ（50 単位）があり、
両方の人員要件を満たすことで同時算定もできる（92 単位）。

*機能訓練指導員：PT、OT、ST、看護職員、柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師

（なお、Ⅰの機能訓練に内容の制限はないが、Ⅱは生活機能の維持・向上を図り、利用者が居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的として実施するもので、身体機能の維持回復を図るものではない。

→ 詳細は参考資料を参照

◆ 通所リハにおける個別リハビリテーション加算について

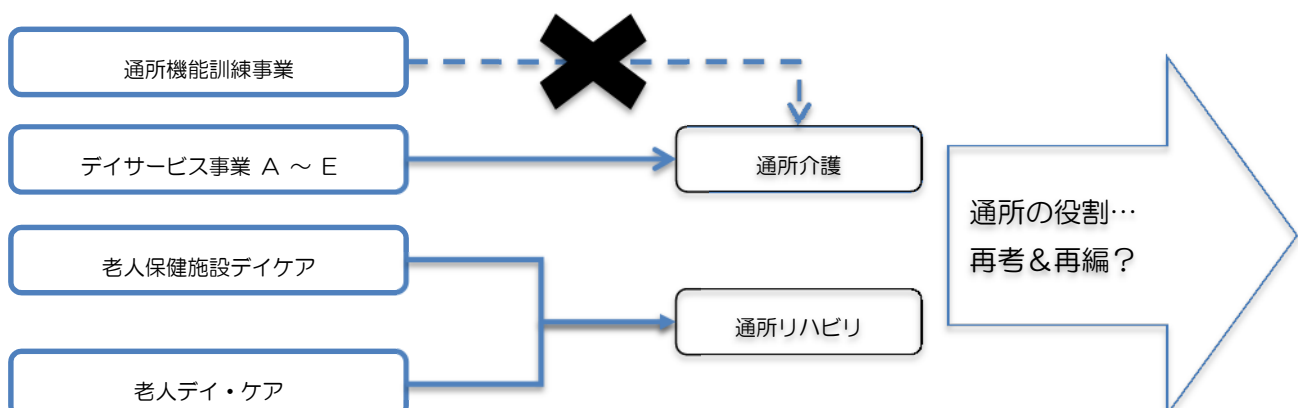
通所リハにおける個別リハ加算（80 単位）は、医師をはじめとする多職種協働で行う PDCA サイクルを前提に、リハ専門職が個別対応で 20 分以上対応した場合の評価。

◆ 各々の要件が満たされれば、

通所介護での個別機能訓練加算（92 単位）は、
 通所リハでの個別リハ加算（80 単位）を上回ることになる…。

2. 通所系サービスの今後を考えると…

介護保険制度導入により



<参考資料>

個別機能訓練加算Ⅰ(42単位/日)	個別機能訓練加算Ⅱ(50単位/日)
通所介護を行う時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、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(以下「理学療法士等」)を一名以上配置。	専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、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(以下「理学療法士等」)を一名以上配置。
機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、<u>利用者ごとに作成された個別機能訓練計画</u>に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。 個別機能訓練計画の作成及び実施において利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう<u>複数の種類の機能訓練の項目を準備</u>し、その項目の選択に当たっては、利用者の<u>生活意欲が増進されるよう利用者を援助</u>し、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。	機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、<u>利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画</u>を作成していること。 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、<u>理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。</u>
個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る機能訓練は、<u>提供時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を一名以上配置して行う</u>。この場合、例えば一週間のうち、月曜日から金曜日は常勤の理学療法士等が配置され、それ以外の曜日に非常勤の理学療法士等だけが配置されている場合は、非常勤の理学療法士等だけが配置されている曜日については、当該加算の対象とはならない。 (個別機能訓練加算(Ⅱ)の要件に該当している場合は、その算定対象となる。) なお、通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。	個別機能訓練加算(Ⅱ)に係る機能訓練は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を一名以上配置して行う。この場合、例えば、一週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる。 なお、通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。
個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る機能訓練の項目の選択については、機能訓練指導員等が、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者の選択を援助し、利用者が選択した項目ごとにグループに分かれて活動することで、心身の状況に応じた機能訓練が適切に提供されることが要件となる。また、機能訓練指導員等は、利用者の心身の状態を勘案し、項目の選択について必要な援助を行わなければならない。	個別機能訓練加算(Ⅱ)に係る機能訓練は、<u>身体機能そのものの回復を主たる目的とする訓練ではなく、残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、利用者が居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的として実施するものである。</u> 具体的には、適切なアセスメントを経て利用者の<u>ADL及びIADLの状況を把握し、日常生活における生活機能の維持・向上に関する目標(一人で入浴が出来るようになる等)を設定</u>のうえ、当該目標を達成するための訓練を実施すること。 目標については、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。 個別機能訓練加算(Ⅱ)に係る機能訓練は、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された<u>五人程度以下の小集団(個別対応含む)</u>に対して機能訓練指導員が直接行うこととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とすること。実施時間については、個別機能訓練計画に定めた訓練内容の実施に必要な一回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定すること。 また、生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、計画的・継続的に行う必要があることから、概ね週一回以上実施することを目安とする。

平成 25 年 9 月 18 日

第 48 回社会保障審議会介護保険部会

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

1. 「特別養護老人ホームの入所を要介護 3 以上に限定する」 ことについて

特養ホームでは、都道府県・指定都市ごとに行政と当該老人福祉施設協議会が協議して「入所判定基準」（要介護度、介護者、住環境・待機期間などの状況）を策定し、それに基づき客観的入所判定を行っています。その結果、重度者優先の入所判定が進んでおり、各施設の平均要介護度も年々、重度化している実態にあることは周知のとおりです。

こうした経過、実態を踏まえ、特養ホームに係る施設介護サービス費の支給対象の見直しについて、以下のように考えます。

- ① 軽度要介護者（要介護 1・2）の入所については、特養ホームが老人福祉法に基づく施設であることから、地域の事情によりセーフティネットとしての役割を果たすべく、相応の判断があって行われているものです。

今後も老人福祉法に基づく重要な公的社会資源として、特養ホームが有する福祉機能を確保するために、入所判定は事業者の主体性に任せるべきです。

したがって、一律に重度要介護者のみに入所制限することは、介護保険法第2条3に定める選択の自由にそぐわないものでもあることから、強く反対するところであり、実態に応じた裁量的施策を講じるよう検討を求めます。

- ② 現行の要介護認定の判定基準では、「身体介護」と「認知症」が一律に軽度要介護者の区分で取り扱われることから、軽度要介護者には、B P S D等認知症の精神症状に問題を有するケース（常時見守りを必要とする者、家族等の虐待からの保護を要する者など）が多々含まれています。

そうしたケースでは、軽度要介護であっても多面的かつ専門的支援を必要とすることは、これまでの緊急措置入所の実績からも明らかであり、要介護 3 以上に入所制限することは、最も支援を必要とする時期の認知症の人（いわゆる動ける認知症の人）にとって大きな不利益となります。

サービスの選択肢を著しく損なうことから反対であり、①と同様に、実態に応じた裁量的施策の検討を求めます。

（別紙「特別養護老人ホームに入所する軽度要介護者に関する状況調査（H25.1）」参照）

〔軽度要介護者が入所している主な理由〕

- 介護者不在・介護困難、住居問題等
- 認知症の B P S D その他の理由による判断力の低下・喪失
- 虐待・介護放棄等の措置入所
- 行政から期間を限定した緊急入所依頼（措置ではない）を受ける

- ③ 入所基準について、特養ホームのみを重度に制限することは、他の介護保険施設や在宅給付のカテゴリーにありながらも実態として入所施設であるグループホームとの整合性にも矛盾が生じると考えます。介護保険サービス体系の在り方からきちんとした検証を行うべきであります。

また、認知症の精神症状に問題を有する軽度要介護者が特養ホームではなく、グループホームに入居した場合、介護給付費は月額で3～4万円増加することになり、効率性からみても矛盾する結果となります。

(参考) 特養ホームとグループホームの1月あたり基準費用額

要介護度	特養ホーム（ユニット）	グループホーム（2ユニット以上）
1	204, 290円/月	244, 590円/月
2	225, 990円/月	256, 370円/月

- ④ 特養ホームにおける重度入所者の増加とともに、終の棲家として看取りを行うことのできる体制強化は喫緊の課題であります。

しかし看取りニーズに対して、特養ホームの運営基準上の医療体制は「健康管理」のまま置き去りになっているのが実態です。

特養ホームにおける看取り介護の体制強化を図る上で、医療ニーズに対応した特養ホームの医療・看護のあり方、運営体制・報酬体系などを検討すべきです。

- ⑤ 「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第43条2では、ユニットの運営基準について、「入居者の日常生活における家事を、入居者が、その心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援しなければならない」としています。この規定が求める入所者の生活状態と「中重度者への重点化」がもたらす生活状態には大きな乖離があります。

「ユニット型・地域密着型」の居住型施設に求める運営基準では、人材確保が困難な中、中重度者への重点化に対応することは困難であり、実態に則した整理が必要です。

(参考) 軽度要介護者の入所状況（H24.8 審査）

		平均 要介護度	要介護1	要介護2	1・2計
特養ホーム	地域密着型	3.71	3.8%	11.1%	14.9%
	従来型	3.94	2.7%	7.7%	10.4%
	ユニット型	3.75	3.7%	10.9%	14.6%
	合計	3.88	3.0%	8.8%	11.8%
グループホーム		2.78	18.0%	25.6%	43.6%

2. 特養ホーム多床室におけるプライバシー確保について

- 国民年金（月平均 5.5 万円）のみの世帯層が 2,850 万人と言われる中で、ユニット型個室（利用料 13 万円以上）への施設入所は現実的に不可能であり、これらのケースが劣悪な「居住施設型貧困ビジネス」の温床となっているのが現状です。
- 特養ホーム入所待機者のうち、要介護度 4～5 の重度要介護者は約 7 万人とされており、サービス提供の面においても幅広い介護ニーズに対応できる基盤整備が求められています。
- 介護現場の取り組みとして、複数定員の「多床室（利用料約 8 万円）」では、家具調間仕切りによるプライバシー確保などが進められており、改築や新築時から居住性・採光面などに工夫した取り組みも増えています。
しかし、現状の「準ユニットケア加算」は、家具調間仕切りを認めていません。大切なことは、各施設における個別ケアの推進とともにプライバシーに配慮した居住空間をいかに確保するかの創意工夫にあります。こうした努力を正しく評価するとともに、柔軟な施設整備を推進すべきと考えます。

3. 軽度の要介護者を含めた低所得高齢者の住まいの確保について

・・・養護老人ホーム、軽費老人ホームの在り方に関連して

- 特養ホームの重度重点化への対応策とは、まったく別の次元として本来の老人福祉施策の課題として低所得高齢者の住まいの確保について言及します。
- 養護老人ホームは、低所得であることと併せ、「金銭管理の出来ない者、精神・知的・発達障害、アル中、住所不定者、触法など、地域での一人暮らしが困難なケース」を従来から受け入れております。これが措置権の市町村委譲に伴い、いわゆる「措置控え」ともあいまって「行き場のない」状況、貧困ビジネスの犠牲者となっているのが実態です。
- 軽費老人ホームについても、A型は低所得者対応型であり、その存続が望まれているにもかかわらず、ケアハウス転換しか認めないなどの行政指導により建替えもできず老朽化の一途にあるのが実態です。
- サービス付き高齢者住宅の爆発的な急増とその内容に問題が生じているなか、こうした老人福祉施設サービスが十分に機能できない状況に置かれている政策的な隘路についても、地域包括ケアにおける生活支援の強化という観点から再構築を図るべきと考えます。

社会保障審議会 介護保険部会（第48回）	結城委員 提出資料
平成25年9月18日	

平成25年9月18日（水）

社会保障審議会介護保険部会

結城 康博
（淑徳大学教授）

今回の審議にあたって、以下のとおり私見と事務局への質問を述べさせていただきたい。

（私見）

1. 在宅系サービスについて

①混合介護（保険サービスと保険外サービス）

介護保険サービスは「準市場（疑似的市場）」であり、「純市場（完全市場）」ではない。そのため「供給が過度な需要を生む」といった無駄な保険給付が生じることが不適切である。ゆえに「混合介護」を否定するつもりはないが、不適切なビジネス体系に陥る危険性も否定できないため、詳細を分析しながら場合によっては何らかの規制を考えるべきである。

②お泊りデイサービス（通称）について

「お泊りデイサービス」の中には質の悪いサービスがあるため、法定外部分といえども保険給付と併用する場合、「宿泊」部分については全国一律の規定を設けるべきである。

③小規模デイの指定権限の移行について

一部を除き市町村の現場力低下は否めないため、段階的に権限を委譲していくという意味で十分な経過措置を設けるべきである。

④定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの問題は普及啓発の視点も重要だが、根本的な問題は他にも多々あるため、別途、検討会を設けて再構築を図るべきである。

⑤福祉用具

保険給付として福祉用具貸与のみしか利用していないケースは、ケアマネジャー有資格者の福祉用具専門相談員に業務を移譲することも検討すべきである。

⑥介護分野における看護師不足について

訪問看護師を中心に介護分野の看護師不足は深刻であるため、医療と介護における公正な看護師配置施策を考えないと、根本的な問題解決にはいたらない。

2. 施設系サービスについて

①特養の入所申込要件と居室形態について

入所申込要件を中重度に特化していく議論は、要介護認定の結果に一部地域間格差が見られることから、変更するならば「要介護2～」とすべきである。なお、原則、新設特養の居室は個室としながらも、状況に応じて一部プライバシーに配慮しながら多床室も増やすべきである（柵による間仕切りなど）。

②高齢者向け住まいについて

サービス付高齢者住宅において、重度の方が安心して暮らしていくには、「生活支援員」の責務に、現行の規定よりも介護的業務の要素をさらに加えるべきと考える。なお、サービス付高齢者住宅ではないが、看板上「高齢者住宅」といったビジネスモデルが一部に見られ、サービスの質や不適正な介護保険給付が懸念される。

また、住宅型有料老人ホームの一部に、モラル的に問題があるサービス体系が見られる。その他も含め、詳細を検証しながら「住まい」との絡みで何らかの対応が必要と考える。

③介護型療養病床について

医療的ニーズを伴う要介護高齢者が増えており、それらの受皿不足を考えて介護型療養病床の廃止時期を延期すべきではないか。

（事務局への質問）

Q1：保険給付と絡む保険外サービス自体に何らかの規制を設けることは法的に可能か否か？

以上