

都道府県別 有料老人ホーム数、定員数、在所者数

(社会福祉施設等調査 平成12年10月)

	施設数	定員	在所者
全国	350	37,467	26,616
北海道	15	1,273	913
青森	1	32	7
岩手	-	-	-
宮城	2	150	53
秋田	1	24	23
山形	-	-	-
福島	3	297	213
茨城	10	761	524
栃木	3	126	78
群馬	11	960	686
埼玉	13	1,270	994
千葉	36	5,586	4,002
東京都	48	5,039	3,896
神奈川県	56	6,017	4,280
新潟	4	303	74
富山	-	-	-
石川	1	173	103
福井	4	292	164
山梨	3	279	162
長野	3	180	148
岐阜	-	-	-
静岡県	18	3,042	2,337
愛知県	12	882	678
三重	3	133	86
滋賀	4	629	444
京都	9	1,298	715
大阪	14	1,101	796
兵庫県	23	3,451	2,513
奈良	4	791	688
和歌山	3	200	109
鳥取	2	67	41
島根	2	40	27
岡山	4	319	100
広島	3	324	200
山口	3	177	49
徳島	-	-	-
香川県	3	126	47
愛媛	5	358	274
高知県	-	-	-
福岡	11	1,164	920
佐賀	1	12	3
長崎	1	24	7
熊本	2	80	54
大分	4	221	106
宮崎	1	30	10
鹿児島	3	136	92
沖縄	1	100	-

指定都市・中核市再掲

	施設数	定員	在所者
札幌市	9	1,022	782
仙台市	-	-	-
千葉市	6	476	312
横浜市	-	-	-
川崎市	5	426	288
名古屋市	5	314	201
京都市	6	599	468
大阪市	4	139	94
神戸市	9	1,255	1,071
広島市	2	250	171
北九州市	3	402	348
福岡市	2	390	328
旭川市	-	-	-
秋田市	-	-	-
郡山市	-	-	-
いわき市	1	143	104
宇都宮市	-	-	-
新潟市	2	257	57
富山市	-	-	-
金沢市	1	173	103
長野市	2	100	88
岐阜市	-	-	-
静岡市	1	34	30
浜松市	1	40	34
豊橋市	-	-	-
豊田市	1	88	74
堺市	2	115	104
姫路市	3	432	314
和歌山市	-	-	-
岡山市	1	86	21
福山市	-	-	-
高松市	1	70	25
高松市	3	222	182
高知市	-	-	-
長崎市	-	-	-
熊本市	2	80	54
大分市	-	-	-
宮崎市	-	-	-
鹿児島市	-	-	-

有料老人ホームの現状について

1 定義（老人福祉法 第29条）

- ・「常時10人以上を入所させ、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（有料老人ホームは、住居の機能とサービス提供の機能を併せもった民間施設）」

2 契約形態

(1) 終身利用権型

入居一時金を支払い、専用居室及び共用部分についての終身の利用権を取得する施設

(2) 賃貸型

家賃相当額を月々の利用料に含めて支払い賃貸する施設

3 入居一時金等の額

（入居一時金、月額利用料ともに、当該金額を徴収していないホーム等を除く）

入居一時金	月額利用料(管理費+費)
500～5,000万円程度	平均16.0万円程度

4 現状

(1) ホーム数の推移

	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年
施設数総数	228	244	261	265	275	280	286	288	303	349
入居定員(人)	21,825	24,276	26,120	26,776	27,750	29,222	30,148	30,792	34,024	36,855
入居者数(人)	16,692	18,217	18,686	19,073	19,770	20,618	21,316	21,643	24,182	26,204

- (注) 1. 平成3年度～平成11年度は、厚生省老人福祉振興課調（各年の7月1日（ただし平成10年度は4月1日）現在）
 2. 平成12年度は、厚生省振興課調（平成12年7月1日現在）

(2) 有料老人ホームに対する行政の関与のあり方

有料老人ホームについては、民間の創意工夫を損なわないよう、許認可制等の過度な参入規制による事前届出制の下での行政指導と民間の自主的な取組という2つの柱により、サービスの質の確保を図るととしている。

ア 老人福祉法に基づく事前届出

イ 各都道府県の有料老人ホーム設置運営指導指針による行政指導

ウ (社)全国有料老人ホーム協会による自主的な取り組み

(3) 主な設備基準（有料老人ホーム設置運営標準指導指針）

○介護居室の基準 1室の定員 4人以下

1人あたりの床面積 個室13㎡以上、相部屋9㎡以上

○廊下の幅の基準 片側に居室の場合 1.8m 両側に居室の場合 2.7m

ケアハウス(平成12年社会福祉施設等調査(12.10.1))

① 施設の状況

施設数 1,160施設 (うち 特定施設 46施設)

経営主体別施設数

公営	社会福祉事業団	社会福祉法人	医療法人	社団	財団	株式会社	その他の法人	個人	その他
23	14	1,114	8	0	0	0	1	0	0

(注) その他の法人には厚生連、農業協同組合、消費生活協同組合、簡易保険郵便年金福祉事業団が含まれる。

② 年次推移

施設数

平成2年	平成7年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	対前年増減率(%)
3	261	450	623	794	985	1,160	17.8%

定員

平成2年	平成7年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	対前年増減率(%)
150	10,706	18,180	24,479	31,228	38,444	45,672	18.8%

在所者数

平成2年	平成7年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	対前年増減率(%)
113	8,616	14,628	20,180	26,146	33,843	40,990	21.1%

③ 利用の状況

	施設数	定員		在所者数		利用率	要介護者等数	
		1施設当たり平均定員	1施設当たり平均入所者数	1施設当たり平均要介護者等数				
全体	1,160	45,272	39.0	40,990	35.3	90.5%	14,367	12.4
特定施設	46	1,741	37.8	1,631	35.5	93.7%	823	17.9
非特定施設	1,114	43,531	39.1	39,359	35.3	90.4%	13,544	12.2

定員別施設数

	10～19人	20～30人	31～50人	51～70人	71～100人	101人～
全体	219	355	466	64	47	9
特定施設	6	17	17	4	2	0
非特定施設	213	338	449	60	45	9

④ 在所者の状況

在所者数(実数)

【特定施設 (46施設)】

在所者	要介護認定を受けていない人	自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護者割合	平均要介護度
1,631	386	422	253	378	107	38	14	33	50.5%	1.24
100.0%	23.7%	25.9%	15.5%	23.2%	6.6%	2.3%	0.9%	2.0%		

在所者数(実数)

【非特定施設 (1,114施設)】

在所者	要介護認定を受けていない人	自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護者割合	平均要介護度
39,359	20,502	5,313	4,129	6,458	1,964	595	267	131	34.4%	1.14
100.0%	52.1%	13.5%	10.5%	16.4%	5.0%	1.5%	0.7%	0.3%		

⑤ 従事者の状況

【特定施設 (46施設)】

従事者数(実数)

	機能回復訓練指導員	寮母	医師	保健婦(士)	看護婦(士)	介助員	栄養士	調理員	事務員
専任	1	119	0	0	26	28	17	69	19
兼任	7	9	1	0	10	6	5	7	3

定員100人当たり従事者数(実数)

	機能回復訓練指導員	寮母	医師	保健婦(士)	看護婦(士)	介助員	栄養士	調理員	事務員
専任	0.06	6.84	0.00	0.00	1.49	1.61	0.98	3.96	1.09
兼任	0.40	0.52	0.06	0.00	0.57	0.34	0.29	0.40	0.17

看護・介護職員(保健婦(士)・看護婦(士)、寮母・介助員)実数1人当たり入所者数、同実数1人当たり要介護者等数

入所者数	要介護者等数
8.24	4.16

【非特定施設 (1,114施設)】

従事者数(実数)

	機能回復訓練指導員	寮母	医師	保健婦(士)	看護婦(士)	介助員	栄養士	調理員	事務員
専任	6	2,021	7	3	76	94	449	1,245	439
兼任	13	111	30	2	52	24	168	264	162

定員100人当たり従事者数(実数)

	機能回復訓練指導員	寮母	医師	保健婦(士)	看護婦(士)	介助員	栄養士	調理員	事務員
専任	0.01	4.64	0.02	0.01	0.17	0.22	1.03	2.86	1.01
兼任	0.03	0.25	0.07	0.00	0.12	0.06	0.39	0.61	0.37

看護・介護職員(保健婦(士)・看護婦(士)、寮母・介助員)実数1人当たり入所者数、同実数1人当たり要介護者等数

入所者数	要介護者等数
16.52	5.68

(注) 専任・兼任とも実数であり、常勤換算していない。専任とは施設の通常の勤務時間すべてを勤務している場合をいい、兼任とは半日勤務、隔日勤務、週1日勤務等の場合や他の施設にも勤務するなど、他にも収入および時間的拘束の伴う仕事をもっている場合をいう。

⑥ 業務(給食)の外部委託の状況

【特定施設 (46施設)】

全部委託	一部委託	委託していない
21	0	25
45.7%	0.0%	54.3%

【非特定施設 (1,114施設)】

全部委託	一部委託	委託していない
531	27	556
47.7%	2.4%	49.9%

⑦ 介護機器の状況

【特定施設 (46施設)】

特殊浴槽				電動ギャジベッド				徘徊等防止設備		
導入している		導入していない		導入している		導入していない		導入	導入していない	
総数	台数(台)	導入予定あり	導入予定なし	総数	台数(台)	導入予定あり	導入予定なし		導入予定あり	導入予定なし
13	18	1	32	13	322	0	33	8	0	38
28.3%	1.4台/施設	2.2%	69.6%	28.3%	24.8台/施設	0.0%	71.7%	17.4%	0.0%	82.6%

【非特定施設 (1,114施設)】

特殊浴槽				電動ギャジベッド				徘徊等防止設備		
導入している		導入していない		導入している		導入していない		導入	導入していない	
総数	台数(台)	導入予定あり	導入予定なし	総数	台数(台)	導入予定あり	導入予定なし		導入予定あり	導入予定なし
137	188	4	973	153	3,375	7	954	55	22	1,037
12.3%	1.4台/施設	0.4%	87.3%	13.7%	22.1台/施設	0.6%	85.6%	4.9%	2.0%	93.1%

⑧ 退所理由・在所期間別の退所状況 (過去1年間の退所者数割合)

【特定施設 (46施設)】

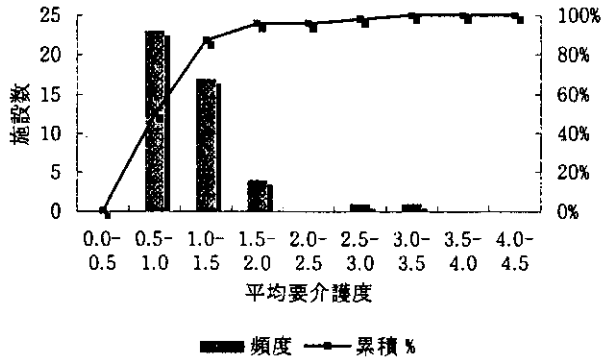
	計	1年未満	1～3年	3～5年	5～10年	10年以上
計	100.0%	37.7%	42.7%	16.2%	3.4%	0.0%
家庭復帰	24.0%	12.8%	10.3%	0.6%	0.3%	0.0%
他の社会福祉施設等へ転所	21.5%	5.3%	10.6%	4.4%	1.2%	0.0%
介護老人保健施設へ転所	14.3%	4.0%	8.4%	1.2%	0.6%	0.0%
入院	20.6%	9.0%	5.0%	6.2%	0.3%	0.0%
死亡	17.8%	5.9%	8.1%	2.8%	0.9%	0.0%
その他	1.9%	0.6%	0.3%	0.9%	0.0%	0.0%

【非特定施設 (1,114施設)】

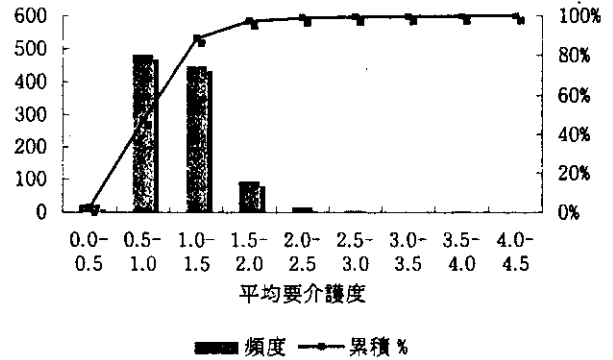
	計	1年未満	1～3年	3～5年	5～10年	10年以上
計	100.0%	39.4%	39.3%	15.6%	5.7%	0.0%
家庭復帰	27.3%	13.3%	10.1%	3.3%	0.7%	0.0%
他の社会福祉施設等へ転所	17.2%	5.8%	7.3%	3.1%	1.1%	0.0%
介護老人保健施設へ転所	11.6%	4.2%	4.6%	1.9%	0.9%	0.0%
入院	22.0%	9.1%	8.5%	3.0%	1.3%	0.0%
死亡	19.3%	5.9%	7.8%	4.0%	1.6%	0.0%
その他	2.6%	1.2%	1.0%	0.3%	0.2%	0.0%

(平成12年社会福祉施設等調査 12年10月)

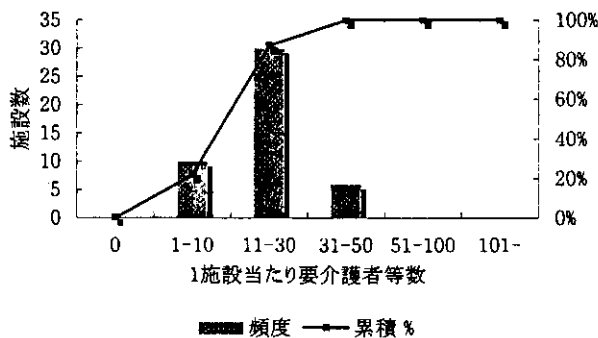
ケアハウス(特定施設 46施設)の在所者のうち
要介護者等の平均要介護度



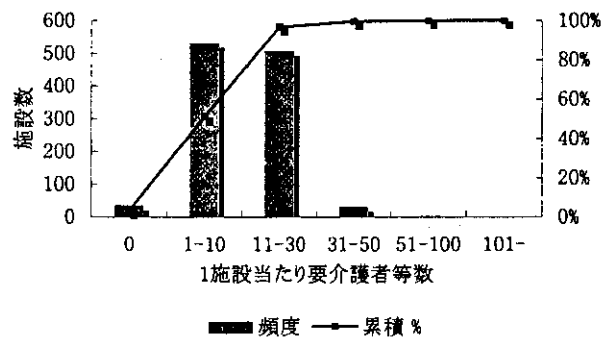
ケアハウス(非特定施設 1,078施設)の在所者のうち
要介護者等の平均要介護度



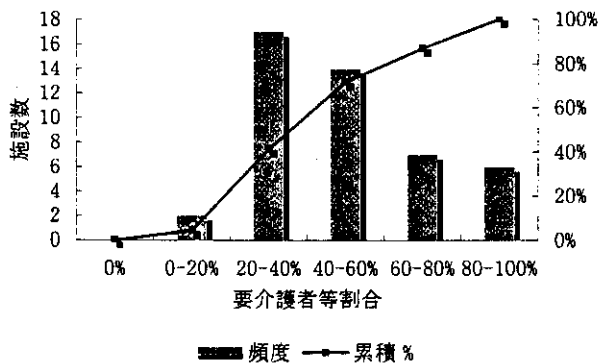
ケアハウス(特定施設 46施設)の
1施設当たり要介護者等数
(平均 17.9人)



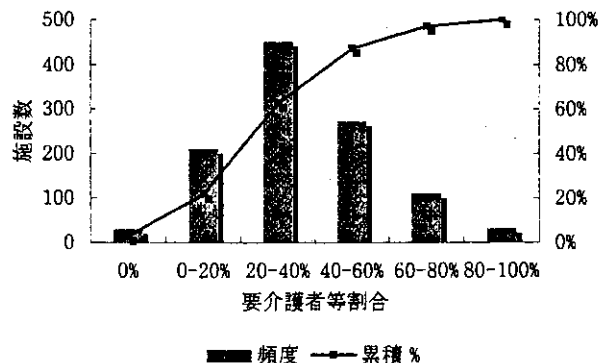
ケアハウス(非特定施設 1,114施設)の
1施設当たり要介護者等数
(平均 12.2人)



ケアハウス(特定施設 46施設)の
在所者に占める要介護者等の割合



ケアハウス(非特定施設 1,108施設)の
在所者に占める要介護者等の割合



都道府県別 ケアハウス数、定員数、在所者数

(社会福祉施設等調査 平成12年10月)

	施設数	定員	在所者
全 国	1,160	45,272	40,990
北海道	50	2,392	2,293
青森	10	295	273
岩手	12	448	416
宮城	18	559	541
秋田	27	559	526
山形	7	315	305
福島	20	667	638
茨城	40	1,385	1,251
栃木	16	623	509
群馬	41	1,226	1,132
埼玉	52	2,496	2,257
千葉	57	2,219	2,120
東京都	13	608	582
神奈川県	25	867	846
新潟	28	1,132	1,004
富山	6	350	343
石川	8	550	518
福井	7	305	253
山梨	10	500	464
長野	13	536	493
岐阜	21	614	545
静岡県	20	953	935
愛知県	65	2,520	2,340
三重	16	680	652
滋賀	13	305	292
京都	36	1,264	1,099
大阪府	76	3,140	2,798
兵庫県	65	2,336	2,099
奈良	22	763	682
和歌山	7	262	239
鳥取	10	400	367
島根	9	412	311
岡山	48	1,850	1,592
広島	44	1,376	1,290
山口	17	940	892
徳島	20	750	570
香川	19	850	689
愛媛	30	910	803
高知	6	360	269
福岡	56	2,490	2,241
佐賀	21	700	602
長崎	21	1,020	865
熊本	22	895	762
大分	9	530	500
宮崎	12	380	351
鹿児島	13	440	352
沖縄	2	100	89

指定都市・中核市再掲

	施設数	定員	在所者
札幌市	11	690	686
仙台市	8	294	290
千葉市	8	380	334
横浜市	4	156	148
川崎市	1	50	50
名古屋市	13	345	342
京都市	7	350	347
大阪市	15	535	462
神戸市	5	252	240
広島市	3	210	203
北九州市	9	425	371
福岡市	12	696	666
旭川市	4	205	202
秋田市	4	145	145
郡山市	3	105	103
いわき市	4	150	140
宇都宮市	6	200	193
新潟市	7	299	289
富山市	1	100	100
金沢市	2	300	294
長野市	3	104	98
岐阜市	5	140	135
静岡市	4	270	262
浜松市	5	280	279
豊橋市	5	135	127
豊田市	2	100	100
堺市	8	345	313
姫路市	7	255	224
和歌山市	5	191	174
岡山市	17	704	584
福山市	5	210	207
高松市	6	180	161
松山市	6	230	216
高知市	4	280	196
長崎市	8	400	367
熊本市	11	445	346
大分市	3	180	177
宮崎市	4	150	142
鹿児島市	6	220	184

ケアハウスの概要

1 利用者

- (1) 自炊ができない程度の身体機能の低下等が認められる者又は高齢等のため独立して生活するには不安が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者。
- (2) 原則として60歳以上の者。ただし、60歳以上の配偶者とともに利用する者については、この限りではない。

2 サービス機能

- (1) 入所者に対する助言・相談、食事、入浴、緊急時の対応。
- (2) 介護を必要とする場合は、ホームヘルプサービスなどの介護保険サービスにより対応。
- (3) 「特定施設入所者生活介護」の指定を受けた場合には、特別養護老人ホームと同等の介護サービスを提供。

3 施設規模等

- (1) 入所定員 20 人以上（特別養護老人ホーム等に併設の場合には 10 人以上）。
- (2) 個室又は夫婦部屋。

4 人員配置：[設置形態、定員数等に応じて変動] * () 書きは非常勤職員であり再掲。

- (1) 単独設置、特定施設入所者生活介護の指定を受けていない場合の配置基準の例

定員	施設長	事務員	栄養士	調理員等	生活相談員	介護職員	総数
50人	1人		1人	4人(2)	1人	2人	9人(2)
100人	1人	1人	1人	4人(2)	1人	3人	11人(2)

- (2) 単独設置、特定施設入所者生活介護の指定を受けている場合の配置基準の例

定員	施設長	事務員	栄養士	調理員等	総数	
50人	1人		1人	4人(2)	6人(2)	}
100人	1人	1人	1人	4人(2)	7人(2)	

左記に加え、下記(A)(B)のいずれかに応じた配置が必要。

特定施設入所者生活介護の提供を受けていない入居者(A)の数に対応した配置

(A)の数	介護職員
20人	1人
50人	2人
100人	3人

特定施設入所者生活介護の提供を受けている入居者(B)の数に対応した配置

介護保険の運営基準に基づく配置(例)

(B) : 看護・介護職員の割合
(要介護者) 3 : 1
(要支援者) 10 : 1
(B) : 生活相談員の割合
100 : 1

5 入居者の費用負担：[50人定員（単独設置）、大都市の場合の例：月額]

特定施設入所者生活介護の指定	指定を受けていない施設	指定を受けた施設
① 生活費 (食材料費、光熱水費等に相当する部分)	<u>45,310円</u> (* 地区別冬季加算あり)	
② 事務費 (職員人件費等に相当する部分)	<u>10,000円～74,300円</u> * 収入に応じて変動：最高額からの不足分については公費（「事務費補助金」）で補填。	特定施設入所者生活介護の提供を受けない入居者の場合(定員の半分(25人)と仮定) <u>10,000円～64,000円</u> * 収入に応じて変動：最高額からの不足分については公費（「事務費補助金」）で補填。 特定施設入所者生活介護の提供を受ける入居者の場合 <u>10,000円～41,200円</u> * 収入に応じて変動：最高額からの不足分については公費（「事務費補助金」）で補填。 +介護保険サービスの利用者1割自己負担
③ 管理費 (施設建設費用等のうち公的補助対象部分を除いた設置者自己負担に相当する部分)	<u>1万円～5万円程度</u> を徴収している場合が多い。	

- (1) ①、②：平成13年4月1日現在の額。各施設の判断で上記よりも少ない額を徴収することも可能。
- (2) ②について、全施設の入居者の平均負担額は約2.3万円。
- (3) ③の支払方法は、分割払い、一括払い、両者の併用払いの3種類があるが、「1万円～5万円」は、入居者が月々の支払いを行っている場合の概ねの支払額である。
- (4) 上記の他、利用者個人の使用に属する光熱水費等を必要に応じて徴収可能。

6 設置・運営者及び公的補助の扱い

- (1) 都道府県、市町村、社会福祉法人に加えて、都道府県知事等から許可を受けた法人がケアハウスを設置・運営することができ、「事務費補助金」(上記5表②)に基づく助成を受けることができる。
- * 負担割合：国1/3、都道府県・指定都市・中核市2/3(設置・運営者が社会福祉法人の場合)
- (2) 都道府県、市町村、社会福祉法人に対して施設整備費補助を実施。
- * 負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/4、設置者1/4
- * 都道府県・市町村以外の法人については、PFI制度を用いて市町村等が整備する施設を、PFI事業者として選定された上で賃借して運営することが可能。

7 その他

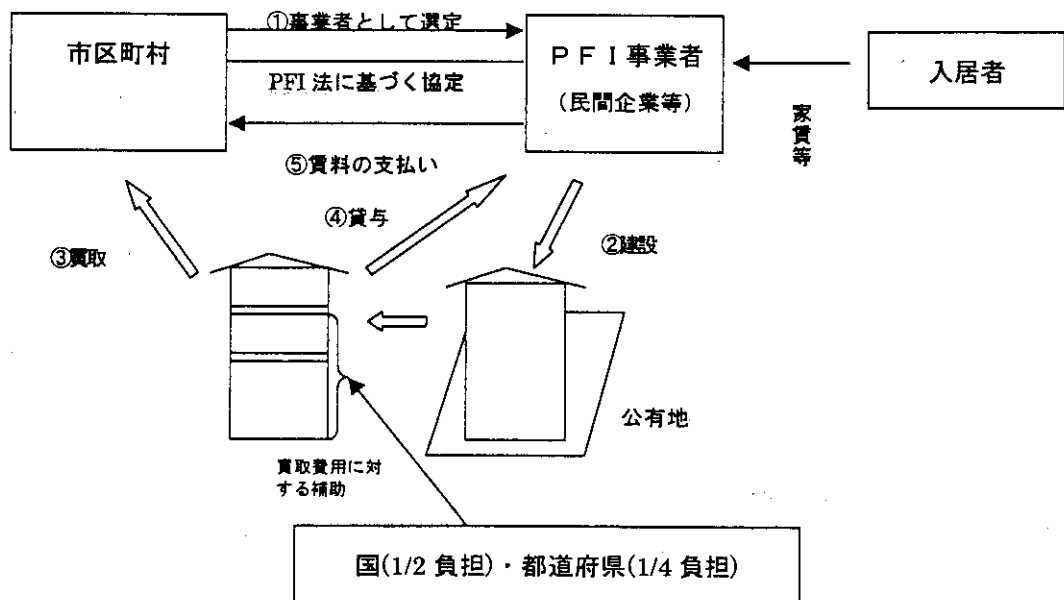
本年1月より、10人程度ずつの単位で入居者が談話室等として使用可能なスペースを整備(ユニット型)した上で特定施設入所者生活介護の指定を受けるタイプのケアハウスについて、設備基準の緩和等を行ったところである。

P F I 制度を活用した公設民営型ケアハウスの整備促進について

(平成13年度第1次補正予算において措置済)

- 介護基盤整備の一環として、都市部等で介護サービス提供体制を備えたケアハウスの設置が促進されるよう所要の方策を講ずる。
- 具体的には、民間企業等にもケアハウスの設置・運営の途を開き（社会福祉法上の都道府県知事許可が必要）、P F I 法に基づく選定を受けた事業者が公設民営型ケアハウスの運営を行う場合、新たにその施設整備費について国庫補助の対象とする。

[イメージ図]



介護サービスの提供等に関する事項を盛り込んだP F I 協定の下、地方自治体がP F I 事業者の建設した施設を買い取った上でこれを当該事業者に貸与し、運営させる場合、その買取費用を新たに国庫補助の対象とするもの。

事業者団体ヒアリング 実施団体一覧

(計 11 団体)

(社) シルバーサービス振興会

日本在宅サービス事業者協会

全国社会福祉協議会 地域福祉推進委員会

日本生活協同組合連合会

全国農業協同組合中央会

NPO法人市民互助団体全国協議会

(社) 日本福祉用具供給協会

全国福祉用具製造事業者協議会

全国痴呆性高齢者グループホーム協会

特定施設事業者連絡協議会

(財) 全国福祉輸送サービス協会

社会保障審議会 第5回介護給付費分科会議事録

1 日時及び場所

平成14年2月13日(水) 10時から12時
厚生労働省 省議室

2 出席委員

西尾、井形、青柳、喜多、木下、木村、京極、見坊、笹森、田中(滋)、田中(雅)、
中村、橋本、樋口、堀江、村上、矢野、山口、山崎、山本の各委員
新井、鈴木の各参考人
岡委員、下村委員、澄田委員は欠席

3 議題

(1) 介護報酬について

(介護老人保健施設、短期入所生活介護・短期入所療養介護、その他)

(2) その他

- 資料1に沿って、介護老人保健施設、短期入所生活介護・短期入所療養介護、その他の報酬体系を考える視点等について、福本企画官より説明。
- 「国民にとってよりよい介護保険制度の実現を目指す立場から」について、山口委員より説明。

(山本委員)

6か月を超えて入院している患者の自己負担を増やすという議論が中医協でされているが、自己負担増に耐えられずに退院した人が、施設も含めて、全部介護保険に転換するのはおかしい。市町村側も受け入れが非常に難しくなり、混乱してしまう。病状等を十分検討して、特定療養費化の対象患者の基準をつくるべき。

長期入院の特定療養費化については、介護で受け入れやすいように、自己負担額や実施時期等について、中医協で十分検討していただくとともに、事務局は保険局と十分調整してほしい。

療養病床をそのまま介護保険に持ってこられると市町村は大変困るので、事業者の指定権限を持つ都道府県は、転換型老健の指定に当たっては、市町村の意見を十分に聞いていただきたい。介護タクシーについても、県は指定だけして、実施の責任は市町村が負っている。

(中村委員)

介護保険3施設の入所者の退所先を比較すると、介護老人福祉施設から34.9%、介護老人保健施設から38.2%、介護療養型医療施設から33.1%と、医療機能のあるなしに関係なく、退所後の行き先が医療機関となっている。その流れからすると、安易な転換型老健の導入は介護保険の命取りになりかねない。介護保険は、従来介護サービスだけに絞って少ない掛け金となっているわけだから、この際、医療療養型と介護療養型の整理整頓を完全にしてほしい。

なぜ介護療養型ではなく老健への転換なのか教えてほしい。介護療養型を縮小させていって2施設体系の方向に持っていくというなら分かるが、やはり医療保険から介護保険への5万床・40万円、約2,000億円の費用転嫁ではないか。

(外口老人保健課長)

医療保険適用療養病床に入院している患者のうち、入院医療のニーズが低く患者側の事情により入院を継続している者、いわゆる、患者調査や医療経済研究機構調査で約4割を占める受け皿が整えば退院可能な者、あるいは、容態急変の可能性が低く施設や在宅でケアできる者に対して診療報酬の特定療養費化が検討されているが、そういった方々の本来あるべき行き先としては、医療ニーズの必要な介護療養型を含む病院よりも、老健、特養、ケアハウス、グループホーム等の方が適切であると思う。

また、受け皿の施設は半年や1年で急に建てることはできないので、まずは特例を提言して、それから次のステップへ進めていく必要があると考えている。

(中村委員)

介護療養型と転換型老健、さらに医療と介護の整合性や機能分担について、もう少し明確化してほしい。また、実際の医療必要度の問題とデータがあまり一致していないので、もう一度精査して、安易な流れに持ってこないようにしてほしい。

(木下委員)

療養病床に入院する必要のない者を在宅で受け入れるというなら分かるが、直接老健でという議論はすっきりしない。本来は、在宅で見ることができるよう、在宅支援のサービスを充実させるべき。

費用面でお金がかかるから介護療養型医療施設はけしからんという話ではなく、利用者の特性を考えて、どういうサービスが必要で、どういうスタッフがいる施設がいいのか、あるいは在宅で暮らせるのか、それには費用がいくらかかって、それを誰が負担するのか、といった議論した上で、療養病床への入院が適当かどうか判断すべき。

(京極委員)

転換型老健については、もう少し検討の余地がある。

東京都の苦情処理委員会では、老健の保険外負担の苦情が非常に多い。これは介

護保険の制度の問題なのか、老健側の対応の問題なのか、教えていただきたい。

老健は看護婦が中心で、介護職員は無資格者も多いが、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等を、相談業務等も含めて、もっと積極的に活用すべき。

(山口委員)

施設によって様々であり、老健に限らず対応があまり適切でないケースはあろうかと思う。老健は歴史がまだ浅いので、そういった苦情が出たのかもしれないが、そういったことがないように研修等を通じて最大限の努力をしているところ。

介護の質の観点からは、ケアワーカーは当然有資格者が望ましいが、養成校を卒業するだけで国家試験なしで資格が与えられる介護福祉士の国家資格には少し疑問がある。国家試験を必要とすることと、現在2年間の養成期間を看護婦の養成校の教育レベルまでもっていくことを、国の方をお願いしたい。

(木村委員)

財団法人日本公衆衛生協会の地域リハビリテーション懇談会の報告書にもリハビリの必要性が書かれている。病院や老健から在宅に復帰するときに、個別のリハビリのプログラムを伝達することにより、その方の残存能力を生かした生活につなげていくことができるから、その間の連携を加算で評価してはどうか。

訪問リハの実効率が非常に低い理由としては、専門性が高い個別プログラムのリハビリが少ないことと、訪問リハの拠点が整備されていないことが考えられる。

(青柳委員)

山口委員から提出された資料によれば、老健の在宅復帰率低下の要因は医療機関でも同じであり、長期入院への対応としての転換型老健はある意味においては、あまり根拠がなく短絡的な考え方ではないか。

老健の在所日数が大幅に増えた理由は、逡減制の廃止以外には何があるのか。

老健にどこから入所してきているかのデータと、医療機関へ戻った人はどういうニーズで戻っているのかの分析を教えてください。

老健の在所が長期化し医療ニーズが専門化・高度化する中で、50名定員施設で0.5人の医師の配置で専門的な医療行為ができるか疑問。専門的な医療へのアクセスを阻害する要因はできるだけ取り払うべきであり、入院基本料の水準を少し下げ、老健施設が提供する医療行為のポジティブリストを縮小した上で、専門的な医療を医療保険上認めるということも考えられる。ただし、これには診療報酬上の対応が必要であり、診療報酬と介護報酬の改定が年度を違えて行われる中で、どう整合性を図るのか。

(喜多委員)

施設の規模によって固定経費についてスケールメリットが働くので、規模別の報酬を検討すべきではないか。

老健が在宅復帰の拠点であるというのはその通りであるが、都市部においては空

き地が少なく人口が密集しており、老健の整備は難しい。

医療療養型、介護療養型、老健の境界・機能分担を国民に明快にする必要があるが、いずれにしても、介護保険の中で医療費を負担するのは反対。

(井形委員)

制度導入時に、保険料を払うことによるサービスの選択については、ケアマネを含め強くPRしてきたが、どういう状態の人がどの施設に向いているというPRは不足している。施設のあり方を明示するようにして、自由な選択権と合理的な選択が両立する方法を考える必要がある。

(矢野委員)

老健の在所期間が伸びている原因の調査・分析を行うべき。山口委員提出資料では、在宅復帰の阻害要因として家庭の事情が指摘されているが、在宅サービスと施設サービスの給付のバランスが適切かどうかといった視点も必要。

(田中(雅)委員)

要介護度別の在所日数を示した資料と、制度導入時から現在までの間に在所者の方の要介護度がどれくらい改善したかを示したデータを出してほしい。

(鈴木参考人)

中医協における長期入院の特定療養費化の議論では、所得との関係についてはあまり議論されていないが、低所得者に対する支援は福祉の問題ではないか。

健保組合の老健では要介護度が高い方が増えており、介護職員を増やす必要があるため、採算は悪くなっている。したがって、要介護度が重度の方の報酬をある程度上げて、軽度の方を抑える見直しが必要ではないか。

転換型老健は、現実的なやり方であり進めるべきである。

(橋本委員)

平均7日の利用というサービスの特性もあり、ショートステイについてのクレームは東京都では平均の3倍である。

施設サービスの30日間の初期加算がショートステイにないのはどうしてか。

(福本企画官)

資料1の23ページにあるとおり、ショートステイはそもそも短期間の入所であり、施設に長期間入所されている方に比べて手間がかかることから、施設サービスの単位数に、食事分と30単位の初期加算分をオンした報酬設定となっている。

(樋口委員)

ショートステイについては、歩けなくなった、体重が減った、褥瘡ができた、言語能力が落ちた等の苦情が非常に多い。家族にとっては、ショートステイのおかげ

で在宅で介護できるという面もあるので、ショートステイのあり方について、単独型・空床利用型・併設型のどれがいいのか、どういう苦情があるのか、本人にとっていいのか・家族にとっていいのかを含め、研究していただきたい。

(村上委員)

介護の目的は自立支援だが、現在の在宅介護は自立支援につながっていない。現行の要介護認定においては施設のタイムスタディを在宅に準用しているため、見守りの時間が認定でカウントされないことが一因となり、ヘルパーが待たずに手伝ってしまい、かえって自立支援を妨げている。在宅サービスにおける自立支援には、見守り機能が非常に重要であり、見直しに当たっては、この点を十分に留意すべき。

(中村委員)

在宅復帰をしたい人にとっては、やはり夜間が不安であるので、退所後2～3か月などの一定期間、支給限度額をアップさせることによって、在宅復帰を誘導できるのではないかと。

短期入所生活介護と短期入所療養介護の整合性を分かりやすく整理し直すべき。

(田中(雅)委員)

特養よりも老健の方が現行報酬設定時の平均要介護度が低いのに、報酬が高くなっているのはどういうことか。

支給限度額を超えている利用者は、経済的ゆとりがあるから限度額を超えて利用しているとは言えない。要介護5でも在宅で暮らせるように支える仕組みが介護保険であったと思うが、このままではお金のいる人だけが在宅で暮らせるということになりかねない。このことに対して対策を考えるべきではないかと。

(福本企画官)

特養と老健の報酬差については、老健では医療行為を行うという施設の機能の違い、医師、看護婦等の職種及び人件費の違い、医薬品等の物件費の違いを反映して差がついているものであり、制度導入前の措置費と施設療養費の差を基本的にそのまま移行させている。

(山崎委員)

老健の運営基準では、3か月ごとに退所判定することになっているが、実態として、行政・現場はどのように対応しているのか。

転換型老健はいかかなものかと思う。長期入院の特定療養費化の対象となると言われている5万人が、社会的入院であれば在宅に行くべきであるし、老健の入所者よりも訪問看護の対象の方が平均要介護度が高く、医療依存度も高いというデータもある。転換型老健をつくっても5年後には改修費用がかかるため、ダブルの投資であり、社会的コストが高い。

ショートステイは同じ要介護度でも23種類もの様々な報酬設定となっていて、

利用者には分かりにくい。また、ショートステイに関わっている実際のマンパワーについて、専従・兼務、夜勤体制等の職員配置がどうなっているのか、示していただきたい。

支給限度額についての今回のデータはあまり議論の材料にならない。単品ケアプランが49%あり、また、訪問看護は医療保険にも請求できるので、限度額超の利用者が本当に2%程度か疑問。施設から在宅へソフトランディングするための支給限度額の初期加算など、給付費ベースでもう少し在宅に手厚く給付するべき。

(矢野委員)

平均利用率が約40%、限度額超の利用者が約2%というデータからすると、利用率を高めるためにはどうしたらいいかの議論が先で、支給限度額そのものを変更する状況にはない。

(山本委員)

ショートステイの利用率を教えてください。私のところのショートステイは、10床中多くても3床しか利用しておらず、1週間利用して帰るショートステイはあまり効果がなく、無駄も多いということである。それよりも、デイサービスを強化した方が効率的。

制度導入時より施設入所者の要介護度は重くなっており、その分収入も増えているのに、施設の内容や設備は全然変わらない。施設の経営状況の公開と実態調査が必要。

私のところは利用率が高い方であるが、それでもまだまだ低い。介護サービスの区分を整理統合して介護を受けやすくすることが大事。例えば、訪問介護については、身体と家事を分ける必要はなく、要介護度別に時間単位で報酬を設定すべき。1週間単位で区切って、その都度本人の希望を聞いてプランを立てた方が、より効果的でヘルパーもやりやすい。利用を希望する時間は朝10時などの特定の時間に集中しているが、時間単位にすることによって対応できる。施設についても時間単位でやる必要がある。施設は24時間態勢だと言われるが、職員が誰かいても寝ている時間はあるわけだから、常時介護しているということはない。

要介護認定は顔を見ないでペーパーのみで判定しており、マンネリ化しているので、調査・検証が必要。

介護費用を上げる方向だけの議論は止めてほしい。むしろ、療養病床の報酬など下げるための議論が合理的である。

(田中(滋)委員)

限度額超の1.5%の利用者の属性として、生活にゆとりがある方が多いのは当然であるが、ゆとりがないために限度額近く使ってそれ以下で我慢している15%の方が、どういう状態にあるのか別途調査する必要がある。難病や障害の方の場合に限度額近くまで利用されていると聞くと、そういう方に対しては介護保険だけで生活を支えるのは無理なので、限度額の引き上げではなく、医療や社会福祉制度との組

み合わせが上手くできるように支援することが必要。

老健への転換推進自体はいいが、基準の特例を認められた転換型によって老健全体の評判を下げないことが必要。

(笹森委員)

利用率が100%近くの家族の会の会員の意見を訊くと、そこで我慢しているかどうかのデータはないが、限度額超の自己負担が重いという意見よりも、必要な望ましいサービスがないからそれ以上利用しないという意見が多い。したがって、在宅復帰のために限度額を加算するというよりは、どこでも公平に受けたいサービスが受けられるように基盤整備を進めることによって、利用率を上げることが必要。

(喜多委員)

支給限度額については、基本的に次期改定では引き上げる必要はない。

(見坊委員)

以前資料要求した措置の実施状況について回答がない。約2割、50万人の方は介護保険に不満を持っており、低所得で利用したくても利用できない人、介護放棄や虐待を受けている人を救済するには、老人福祉法に基づく市町村による措置の活用が必要。介護保険でカバーしきれない周辺の問題を解決できて初めて介護保険制度もいい制度になるので、市町村における措置の実情を把握していただきたい。

(木村委員)

要介護者の自立支援を目指すケアマネが、要介護度が下がると収入が減る事業者との間で板挟みにあって困っているという話を聞く。このままでは、自立支援に向けたケアプランの作成が進まない。したがって、要介護度別の報酬設定に異論はないが、要介護度が下がった場合の自立支援を加算で評価するか、ケアマネを事業者から独立した形で位置づけるか、などの組み替えが必要。

(京極委員)

施設からの退所時・退院時の相談加算をもう少し手厚くして、きちんとした退所・退院計画をつくるようにすべき。

個室・ユニット新型特養について、自己負担を基本としつつ低所得者に配慮すると、高所得者と低所得者しか個室に入れられないという矛盾が起きる。将来全部個室になったときに介護保険のカバレッジが個室にかからないようではいけないので、財政状況が厳しい現段階では仕方ないかもしれないが、将来的にはホテルコストの一部に公費を導入して、介護保険でカバーしていくことも考えるべきではないか。

(樋口委員)

支給限度額に対する利用率を上げるには、サービス内容の問題もあるが、退所時に限らない緊急・救急・初動時の限度額加算による介護保険の救急車の機能があつ

てもいいのではないか。

お金がある人が多く利用しているようであるが、要介護5になると、一人暮らしの属性も影響が大きい。社会的属性で区別しないのが介護保険の特徴であるが、限度額を少し超えた場合には、自己負担を超過額の50%にするなどの考え方があっていいのではないか。

老健の特徴は、そこで死なない施設であると思うが、3か月ごとの退所判定は入所者や家族にとってはつらいので、在宅復帰を言うならば、どこに受け皿があるかを考えなければいけない。

(橋本委員)

社会保障費全体の中で現実的な議論をすれば、現状では、支給限度額は今のままでいい。その前に、施設から在宅へ利用者をシフトさせていくことと、限度額一杯までのサービス利用の奨励が必要。

医療保険から介護保険に余分なサービスを持ってこないでいただきたい。

ショートステイは特養や老健並みの報酬ではやっていけないので、もっと手厚い配慮が必要である。

(外口老人保健課長)

第6回は、3月25日(月)の16時30分からで、議題は、介護報酬の各論として、痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)、福祉用具貸与・購入、住宅改修、特定施設入所者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス)、その他を予定している。

(西尾分科会長)

本日はこれをもって閉会とする。