

## 社会保障審議会介護給付費分科会(第60回)議事次第

日時：平成20年11月28日(金)

午後2時から午後5時まで

於：航空会館7階 大ホール

### 議 題

1. 平成21年度介護報酬改定について(施設系サービス)
2. その他

## 第4期計画期間における65才以上の者の介護保険料基準額の推計値について

約4,270円（介護報酬改定率及び緊急特別対策込みの推計値）（11月第3週時点暫定値）

介護報酬改定率及び介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策の軽減分による影響を、3年平均で約70円と見込んでいる。

※65才以上の者（第1号被保険者）1人あたり全国平均（月額・加重平均）

※上記保険料額は、各保険者における第4期介護保険事業計画策定途中の保険料基準額の推計値の平均であり、今後変動しうるものである。

（参考）

過去の第1号保険料基準額（月額・加重平均）

- ・第1期（平成12～14年）：2,911円
- ・第2期（平成15～17年）：3,293円
- ・第3期（平成18～20年）：4,090円

〔今後のスケジュール〕

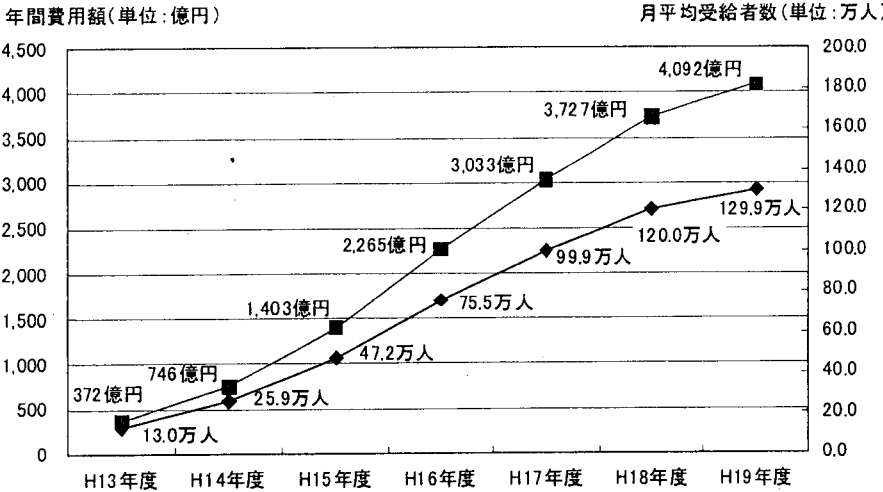
- 各市町村において、今後さらに給付費の見込み等を精査し、保険料基準額を算出。
- 算出された保険料基準額は、2～3月の市町村議会において条例として決定される予定。
- 当該保険料基準額を集計し、4月頃に最終的な全国平均額を公表予定。

# 認知症対応型共同生活介護について

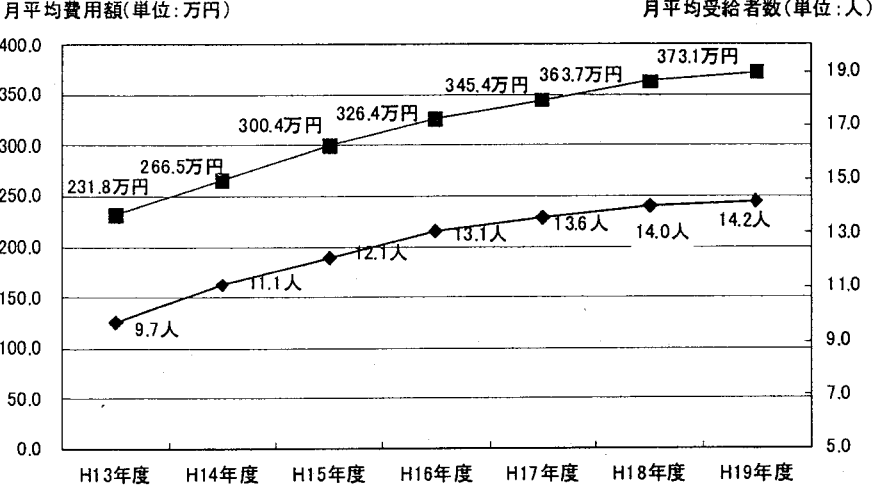
## I 認知症対応型共同生活介護の現状と課題

- 【認知症対応型共同生活介護の利用状況①】**
- 認知症対応型共同生活介護(予防含む)の費用額(平成19年度)は、4,092億円であり、介護サービス全体の費用額の約6%である。
  - 費用額及び受給者数(予防含む)は、増加を続けているが、平成18年度以降、増加幅は縮小している。
  - 1事業所当たり費用額・受給者数(予防含む)は、増加傾向で推移している。

認知症対応型共同生活介護(予防含む)年間費用額・月平均受給者数



1事業所当たり認知症対応型共同生活介護(予防含む)月平均費用額・月平均受給者数

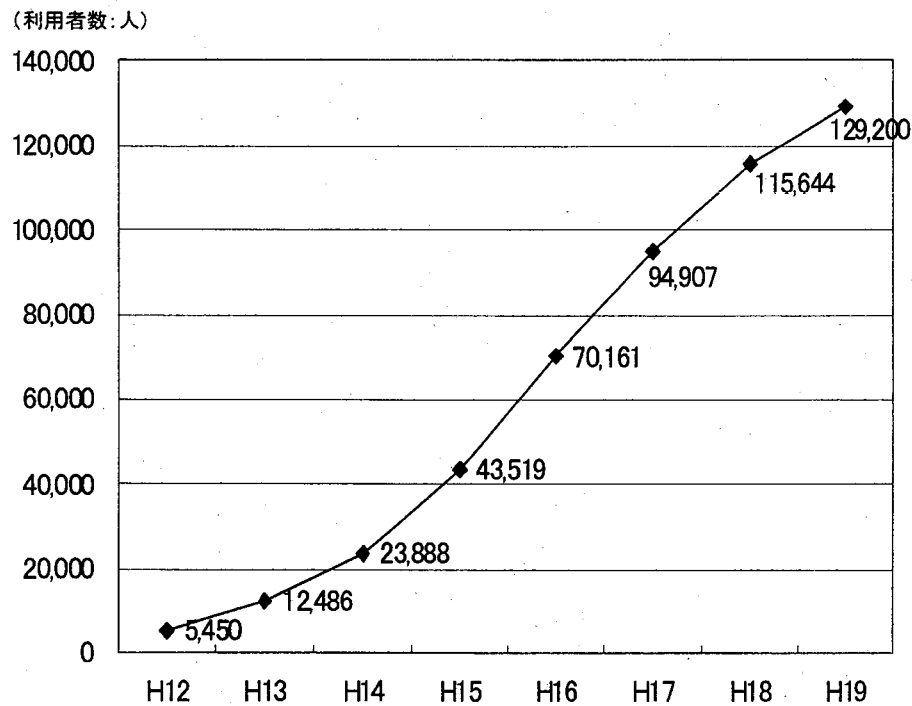


(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」

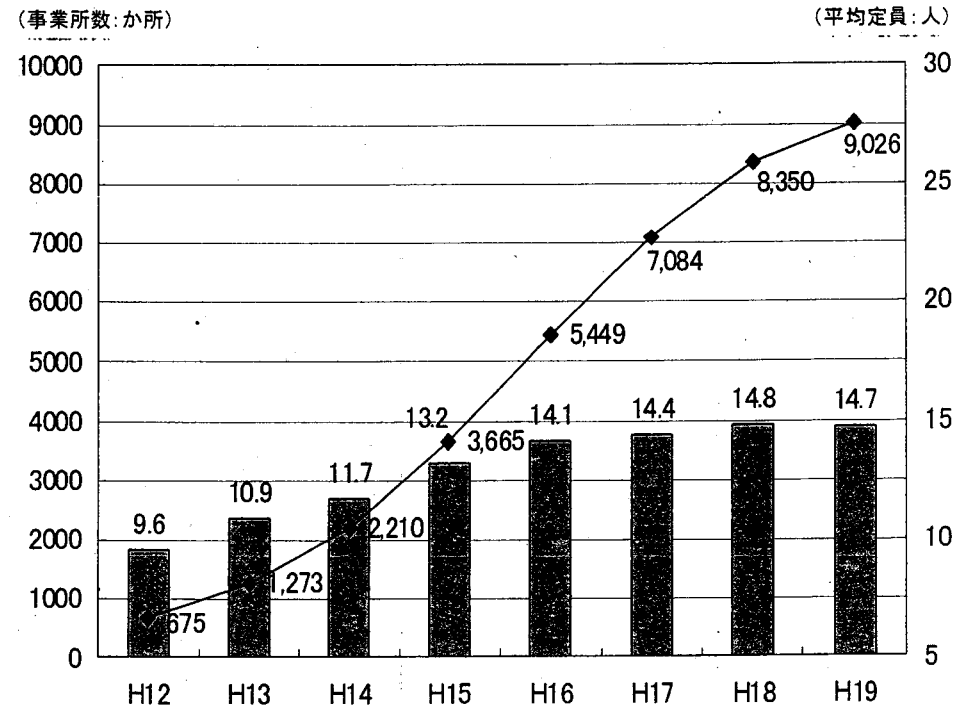
## 【認知症対応型共同生活介護の利用状況②】

- 事業所数及び利用者数は、介護保険制度の創設以降、増加を続けているが、平成18年度以降、事業所数の増加幅は縮小している。
- 1事業所当たりの平均定員は14.7人(平成19年度)であり、約半数の事業所で共同生活住居(ユニット)数が2となっている。

認知症対応型共同生活介護(予防含む)利用者数



認知症対応型共同生活介護事業所数及び1事業所当たり平均定員

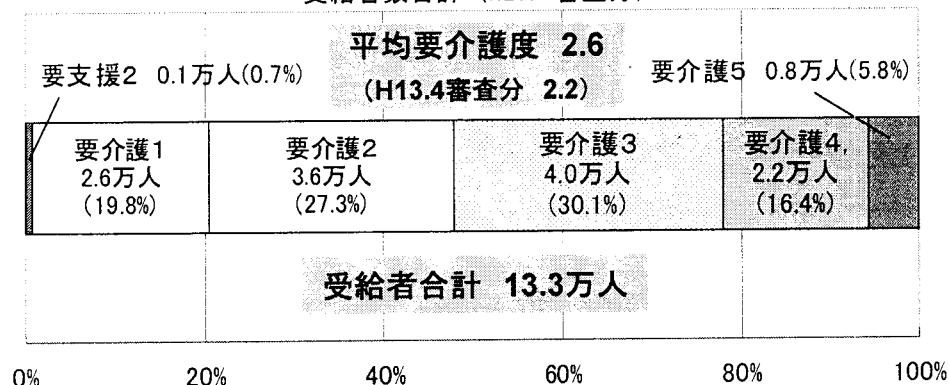


(資料出所)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(H19のみ認知症対策推進室調べ)

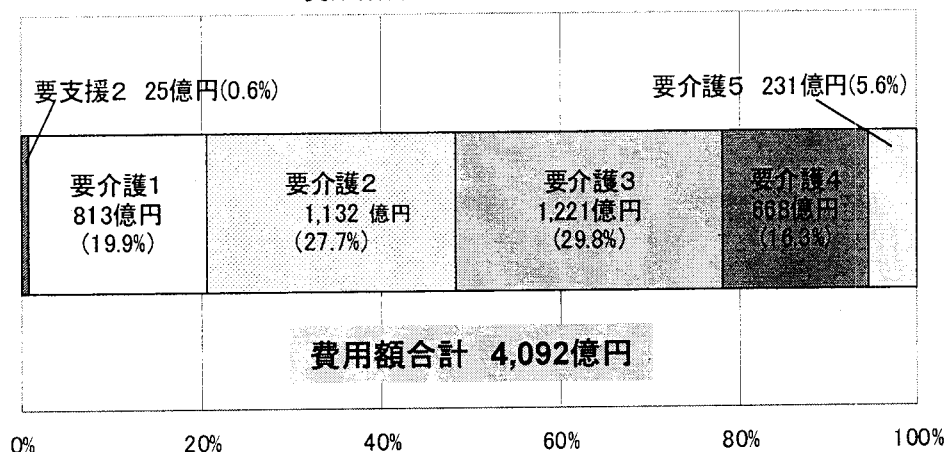
### 【認知症対応型共同生活介護の利用状況③】

- 認知症対応型共同生活介護(予防含む)の受給者数は、13.3万人(平成20年4月審査分)であり、介護サービス全体の受給者の約4%である。
- 要介護1～3の受給者により、受給者数及び費用額の約8割を占め、平均要介護度は2.6である。

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護  
受給者数合計 (H20.4審査分)



認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護  
費用額合計 (平成19年度)



要介護度別受給者1人当たり費用額 (H20.4審査分)

平均費用額	24.4万円
要支援1	-
要支援2	24.5万円
平均費用額	26.8万円
経過的要介護	-
要介護1	25.9万円
要介護2	26.5万円
要介護3	27.0万円
要介護4	27.4万円
要介護5	27.8万円

(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」

## 【平成20年度介護事業経営実態調査における状況①】

### ○収支差率について

- ・ 二極化している。(▲20%未満が20.1%、+25%以上が13.1%)
- ・ 平均収支差率は2ユニットが高い。
- ・ 収支差率の分布について、1ユニットの事業所数は収支差率が高くなるに伴いおおむね減少していくのに対し、2ユニットの事業所数は収支差率が高くなるに伴いおおむね増加していく傾向にあり、25%以上が突出して多い。
- ・ 平均利用定員並びに平均収支差率が増加している。

### 認知症対応型共同生活介護(予防含む)における調査結果概要

#### 【ユニット毎の収支状況】

(千円)

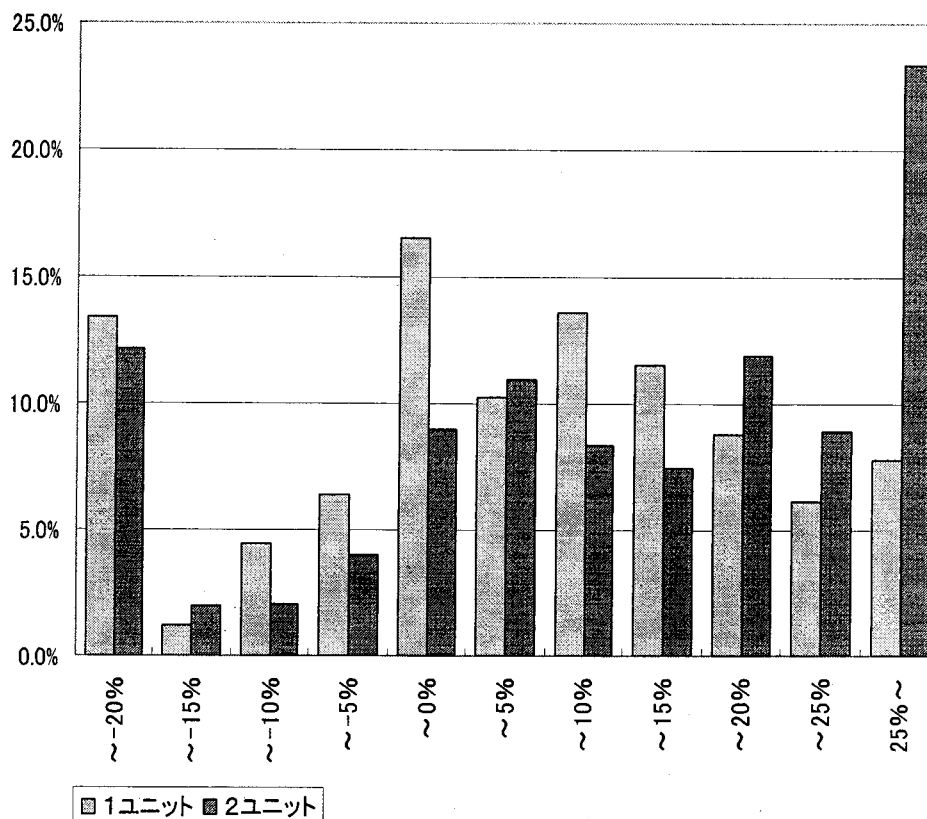
平成20年調査	1ユニット (9人以下) 3,722か所(41.2%)		2ユニット (10人~18人) 4,646か所(51.5%)	
	収入(補助あり)	3,101		6,120
支出	3,038		5,519	
うち給与費	1,922	62.0%	3,531	57.7%
差引	63	<b>2.0%</b>	601	<b>9.8%</b>

※3ユニット以上(経過措置)は658か所(7.3%)  
(箇所数の出典は、平成19年10月老健局調べ)

#### 【収支差率、利用定員の推移】

	平成17年調査	平成20年調査	
平均収支差率	7.60%	9.70%	2.1p増
平均利用定員	13.3人	15.5人	16.5p増

### 認知症対応型共同生活介護(予防含む)における収支差率の分布



## 【平成20年度介護事業経営実態調査における状況②】

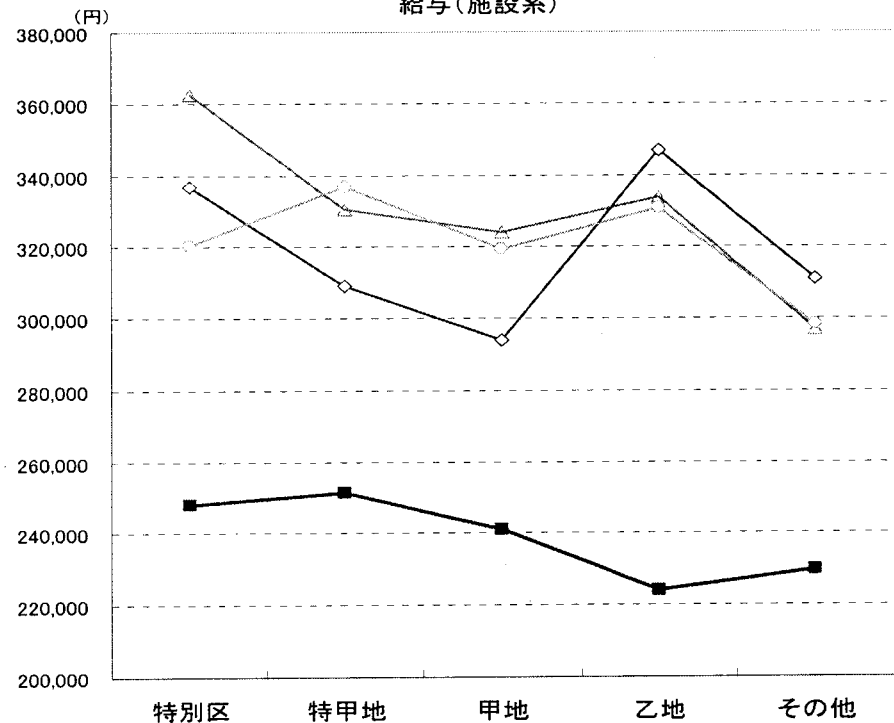
○看護、介護職員1人当たり給与、勤務状況等について

- ・平均給与は増加している。
- ・平均給与における介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設との比較では、全ての地域で4万円～12万円程度低い。
- ・職員一人当たり利用者数は変わっていない。
- ・常勤職員の割合は増加している。

認知症対応型共同生活介護(予防含む)における調査結果

	平成17年調査		平成20年調査	
	給与	利用者数	給与	割合
看護・介護職員1人当たり給与	208,014円		232,370円	11.7%増
職員1人当たり利用者数	1.3人		1.3人	±0%
常勤職員割合	78.5%		79.4%	0.9p増

サービス別地域別の看護・介護職員1人当たり(常勤換算)給与(施設系)



—◇— 介護老人福祉施設  
 —△— 介護老人保健施設  
 - - - 介護療養型医療施設(病院)  
 —■— 認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)

注) 給与は、平成20年3月分及び平成19年度中に支払われた賞与を12で割ったものを含む。

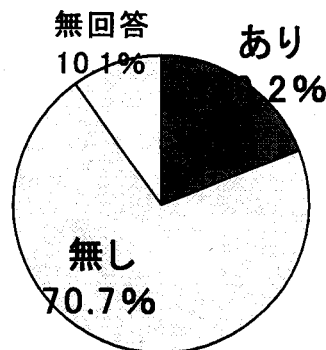
## 【その他の状況】

- 退居の状況について
  - ・ 認知症対応型共同生活介護(予防含む)1ユニット当たり年間平均3.7人が退居している。
  - ・ 施設入所や入院のための退居が多いが、自宅復帰や死亡による退居も一定割合存在する。
  - ・ 死亡による退居者のうち、約48%が事業所内での看取りによる。
- 看取りについて
  - ・ 約19%の事業所が、看取りケアの経験がある。
- 地域への相談支援について
  - ・ 約23%の事業所が、相談支援を実施した経験がある。

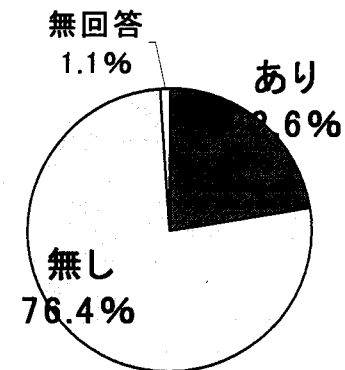
認知症対応型共同生活介護(予防含む)における退居者の状況

退居先及び退居理由	自宅	3施設	3施設以外	入院	死亡		その他	退居者計
						うち看取り		
退居先の割合(%)	8.9	23.8	5.9	41.7	17.8	8.5	2.0	100
1ユニット当たり退居者数	0.3	0.9	0.2	1.5	0.6	0.3	0.1	3.7

認知症対応型共同生活介護(予防含む)における看取りケアの経験の有無



認知症対応型共同生活介護(予防含む)における相談支援の実施経験の有無



(出典:2008年3月「認知症グループホーム事業実態調査」、2008年9月「認知症グループホーム緊急実態調査」  
NPO法人認知症グループホーム協会)



## Ⅱ これまでの指摘等の概要

### 介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム報告

(平成19年12月10日)

#### 3 今後の検討課題について

##### (1) 各事業に共通する事項について

##### ② キャリアアップについて

- 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討する必要があるのではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

### 介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成20年5月20日 参議院厚生労働委員会)

三、次期介護報酬改定に当たっては、介護従事者等の処遇の改善に資するための措置を講ずること。なお、地域差の実態を踏まえ、必要な見直しを検討すること。また、サービス提供責任者等の処遇に配慮するとともに、介護福祉士等の専門性を重視し、有資格者の評価の在り方について検討を行うこと。

### Ⅲ 認知症対応型共同生活介護に関する論点

#### 【基本的な考え方】

認知症対応型共同生活介護（予防含む）における報酬・基準については、以下の基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。

- 1 認知症ケアの質の向上・高度化への評価
- 2 利用者の重度化対応や地域における相談支援に対する取組みの評価
- 3 安定的な運営を可能にすること

#### 【具体的な論点】

##### 1 認知症ケアの質の向上・高度化への評価

① 認知症ケアの高度化や職員の加配によるケアの充実を求めつつ、認知症ケアの質の向上を図ることを評価する必要があるのではないか。

② 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

##### 2 利用者の重度化対応や地域における相談支援に対する取組みの評価

① 看取り対応に関する評価のあり方

現在、認知症対応型共同生活介護（予防含む）においては、医療連携体制加算により重度化に対応できる体制を評価しているが、重度化の進行に伴い看取り対応も増加することが考えられることから、看取り対応の評価について検討する必要があるのではないか。

② 退居時の相談支援に関する評価の在り方

現在、一部の事業所が認知症ケアの相談支援等に取り組んでいることや、在宅復帰する利用者が一定割合存在することを踏まえ、今後更に認知症対応型共同生活介護（予防含む）を地域資源として定着させる対策の一環として認知症ケアの相談支援活動を促進するため、本人等の希望により認知症対応型共同生活介護（予防含む）から在宅へ退居する者に対して、退居後のサービス利用に関する相談支援を行う場合に評価することとしてはどうか。

3 安定的な運営を可能にすること

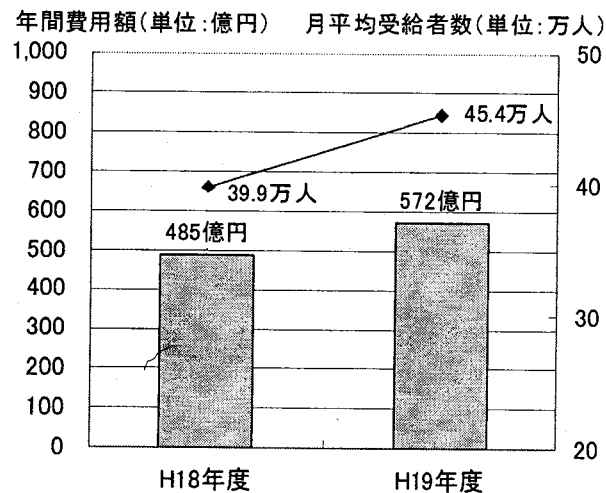
1ユニットの平均収支差率は2.0%と運営が厳しいことなど、安定的な運営を可能にするための報酬の在り方について検討する必要があるのではないか。

# 認知症対応型通所介護について

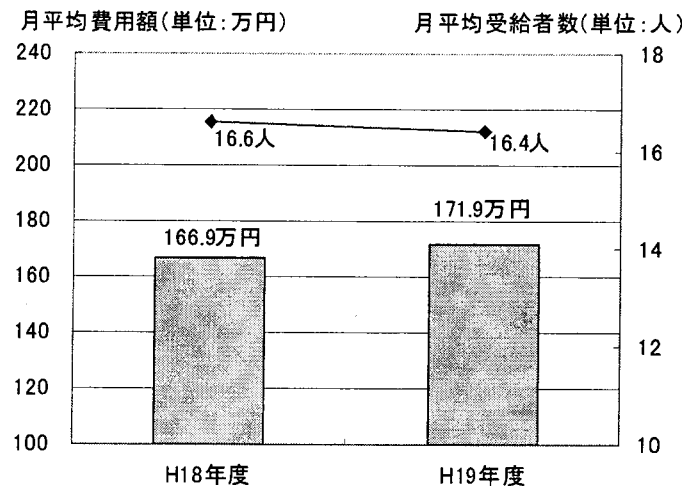
## I 認知症対応型通所介護の現状と課題

- 【認知症対応型通所介護の利用状況①】**
- 認知症対応型通所介護(予防含む)の費用額(平成19年度)は、572億円であり、介護サービス全体の費用額の1%未満である。
  - 費用額及び受給者数(予防含む)は、平成18年度と比較して増加している。
  - 1事業所当たりで見ると、平成18年度と比較して、月平均費用額は増加傾向、月平均受給者数は横ばいである。

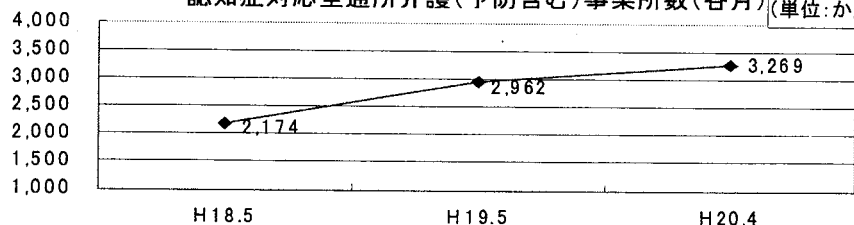
認知症対応型通所介護(予防含む)年間費用額・月平均受給者数



1事業所当たり認知症対応型通所介護(予防含む)月平均費用額・月平均受給者数



認知症対応型通所介護(予防含む)事業所数(各月)(単位:か所)

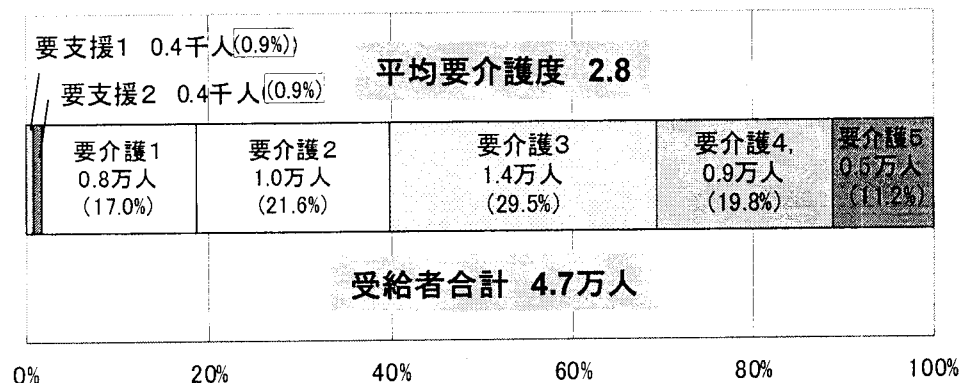


(出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」)

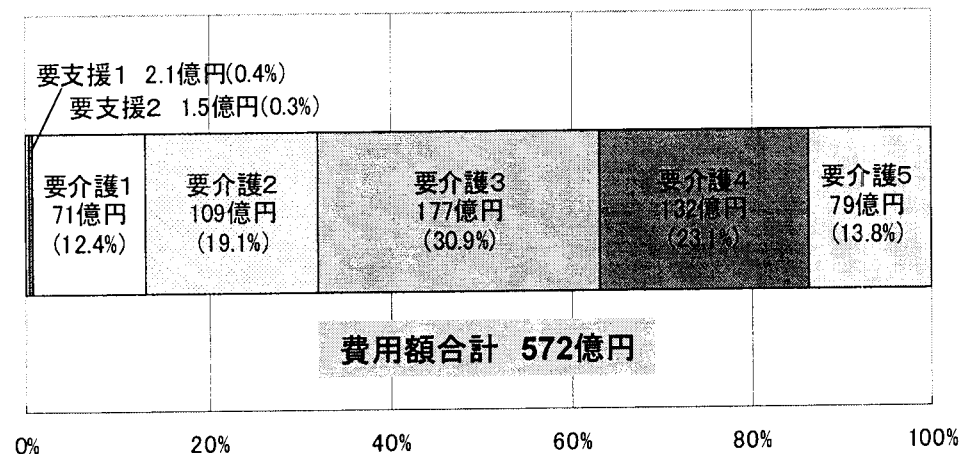
## 【認知症対応型通所介護の利用状況②】

- 認知症対応型通所介護(予防含む)の受給者数は、4.7万人(平成20年4月審査分)であり、介護サービス全体の受給者の1%未満である。
- 要介護度別に見ると、ほぼ全ての受給者が要介護者であり、平均要介護度は2.8である。

認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護  
受給者数合計 (H20.4審査分)



認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護  
費用額合計 (平成19年度)



要介護度別受給者1人当たり費用額 (H20.4審査分)

平均費用額	4.2万円
要支援1	3.3万円
要支援2	5.2万円
平均費用額	10.8万円
経過的要介護	5.4万円
要介護1	7.9万円
要介護2	9.5万円
要介護3	11.6万円
要介護4	12.5万円
要介護5	12.8万円

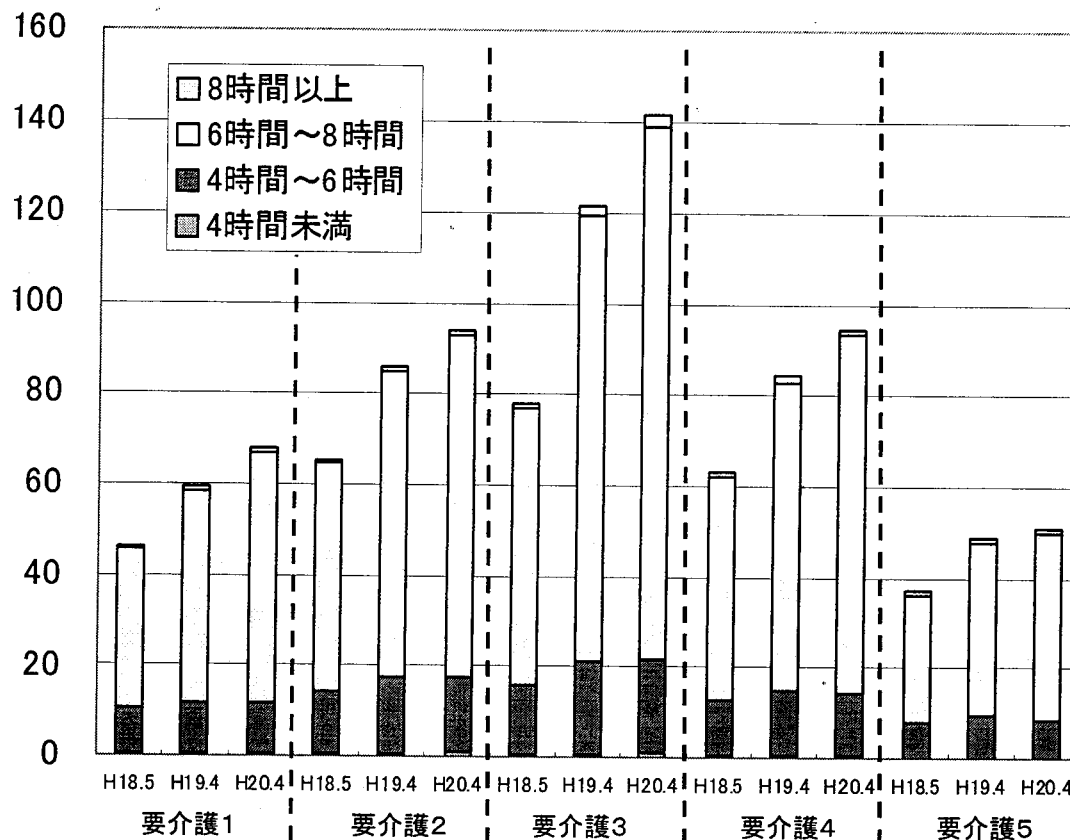
(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」

**【認知症対応型通所介護の利用状況③】**

○ 受給者1人当たりの認知症通所介護(予防含む)の利用回数を、要介護度別・時間区分別に見ると、平成18年度以降、全ての要介護度において、利用回数の増加とサービス提供時間の長時間化の傾向が見られる。

1か月当たり認知症通所介護提供延回数(要介護度;時間別)

(単位:千回)



## 【平成20年介護事業経営実態調査における状況】

- 収支差率が二極化している。(▲20%未満が26.9%、+25%以上が18.5%)
- 延べ利用回数別収支差率においては、延べ利用回数の増加に伴って収支差率が向上する傾向が明確に現れている。

### 認知症対応型通所介護の事業所数割合

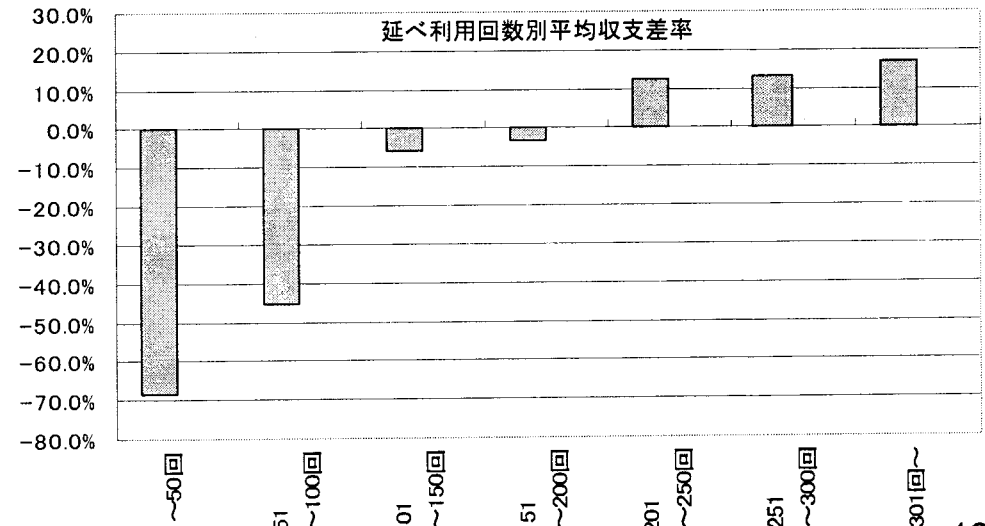
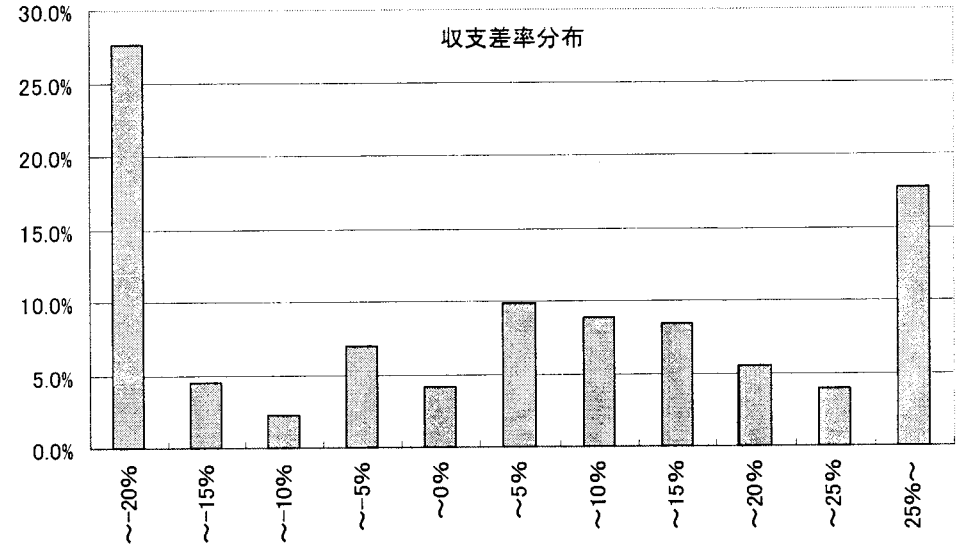
全事業所	2,884	か所
単独型	1,548	か所 (53.7%)
併設型	1,115	か所 (38.7%)
共用型	221	か所 (7.7%)

(出典)介護給付費実態調査平成20年4月審査分

### 認知症対応型通所介護(予防含む)における調査結果

(千円)

	20年調査	
収入(補助あり)	2,228	
支出	2,168	
うち給与費	1,537	70.9%
差引	60	<b>2.7%</b>
延べ利用者数	184.6	人
看護・介護職員1人当たり給与	241,562	円
看護・介護職員1人当たり延べ利用者数	48.4	人
看護・介護職員常勤換算数(常勤率)	64.7%	



## II これまでの指摘等の概要

### 介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム報告

(平成19年12月10日)

#### 3 今後の検討課題について

##### (1) 各事業に共通する事項について

##### ② キャリアアップについて

- 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討する必要があるのではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

### 介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成20年5月20日 参議院厚生労働委員会)

三、次期介護報酬改定に当たっては、介護従事者等の処遇の改善に資するための措置を講ずること。なお、地域差の実態を踏まえ、必要な見直しを検討すること。また、サービス提供責任者等の処遇に配慮するとともに、介護福祉士等の専門性を重視し、有資格者の評価の在り方について検討を行うこと。



### Ⅲ 認知症対応型通所介護に関する論点

- 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

【参考：認知症対応型通所介護における基準、報酬等】

【認知症対応型通所介護費（Ⅰ）】

〈認知症対応型通所介護費（ⅰ）〉

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院等に併設されていない事業所において行う認知症対応型通所介護（単独型）を行う場合に対象となる。

493単位～1,384単位

〈認知症対応型通所介護費（ⅱ）〉

特別養護老人ホーム等に併設されている事業所において行う認知症対応型通所介護（併設型）を行う場合に対象となる。

448単位～1,241単位

【認知症対応型通所介護費（Ⅱ）】

認知症対応型共同生活介護や地域密着型特定施設等の食堂や居間、共同生活室等において、これらの事業所等の入居者とともに行う認知症対応型通所介護（共用型）を行う場合に対象となる。

226単位～537単位

# 認知症短期集中リハビリテーションについて

## I 認知症短期集中リハビリテーションの現状と課題

○ 平成18年度の介護報酬改定において、介護老人保健施設の新規入所者のうち、軽度の認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対してリハビリテーションを行った場合の評価が創設された。  
(認知症短期集中リハビリテーション実施加算)

### 【認知症短期集中リハビリテーション実施加算】

対象：新規入所者のうち、軽度の認知症（MMSE又はHDS-R\*において概ね15～25点に相当する者）であると医師が判断した者

加算単位：60単位／回

加算要件：①入所から3月以内

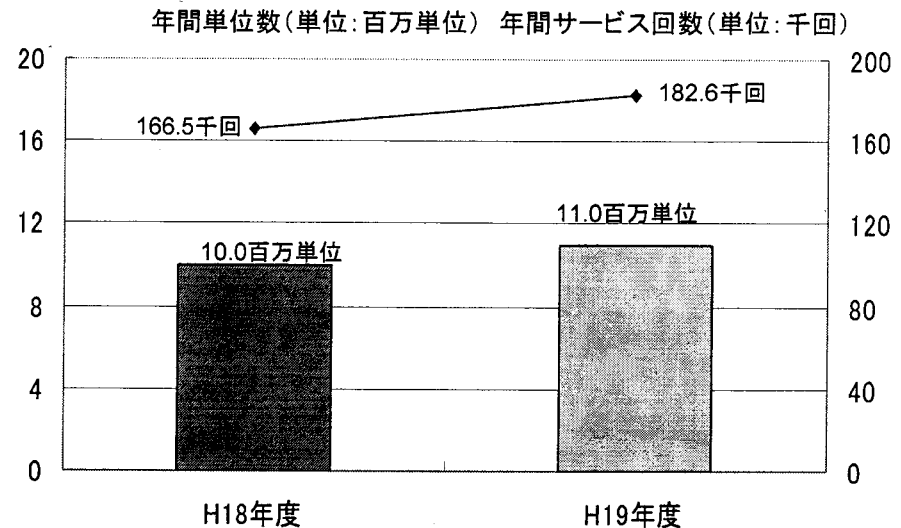
②1日20分以上、週3回

③個別リハビリテーション

④リハビリテーションマネジメント加算を算定していること

\* MMSE(Mini Mental State Examination)及びHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)は認知機能进行评估する尺度であり、30点満点で得点が低いほど認知機能が低下しているとされる。

認知症短期集中リハビリテーション年間単位数  
・年間サービス回数



(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」

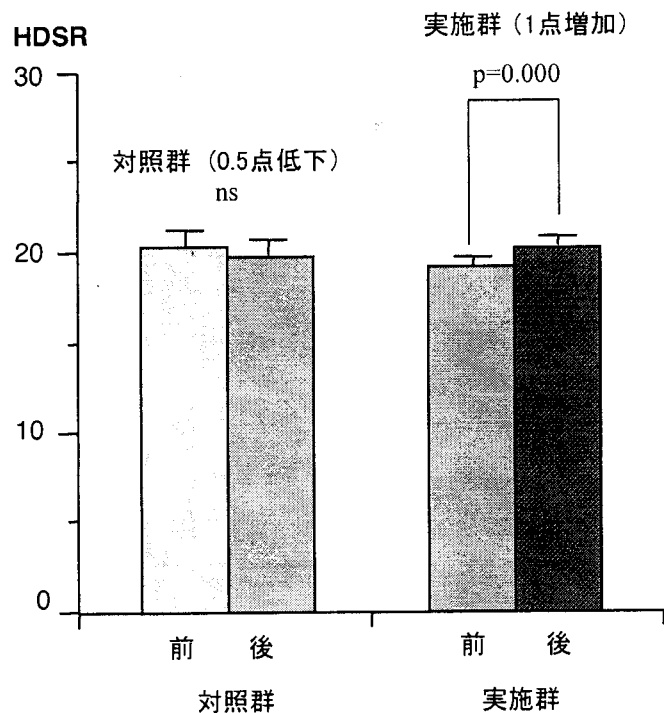
軽度の認知症であるものに対する認知症短期集中リハビリテーションの効果について  
 検証を行ったところ、認知機能障害と行動・心理症状等において有意に改善を認めた。

【対象】介護老人保健施設入所者であって、医師が認知症と診断し、HDS-R又はMMSEに  
 において15点以上の者(実施群167名、対照群37名)

【内容】記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを、個別に20分以上、  
 週3回行った。

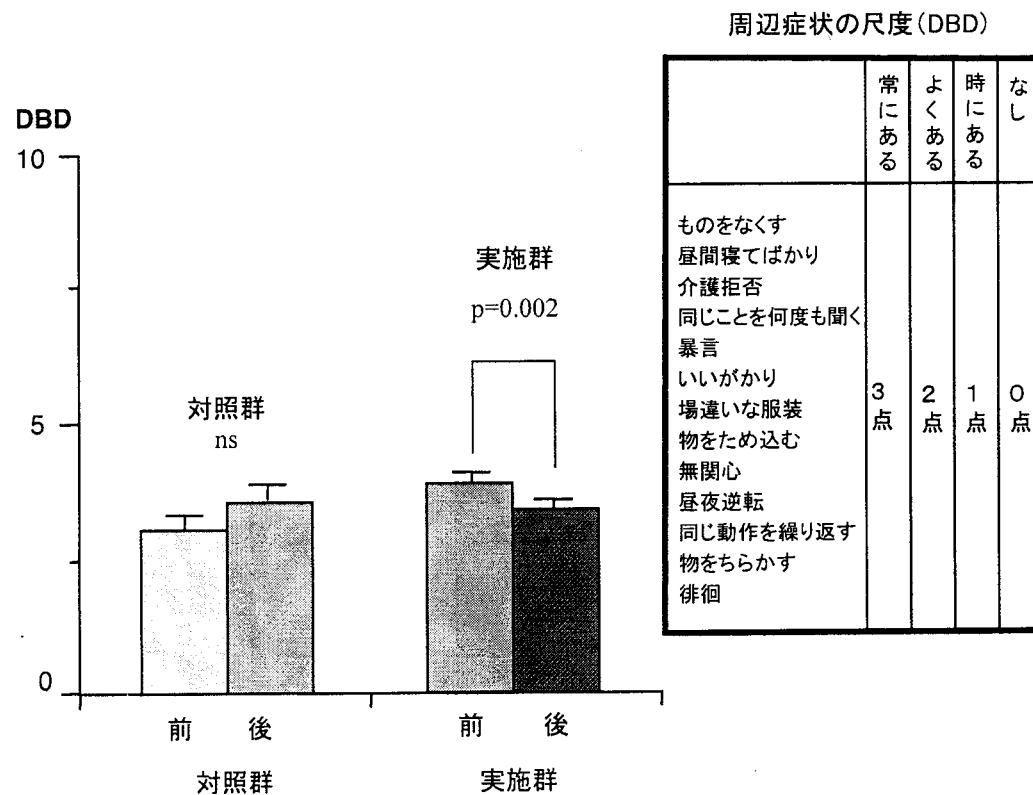
HDS-Rについて

・認知症短期集中リハを行った群は有意に改善



周辺症状について

・認知症短期集中リハを行った群は有意に改善



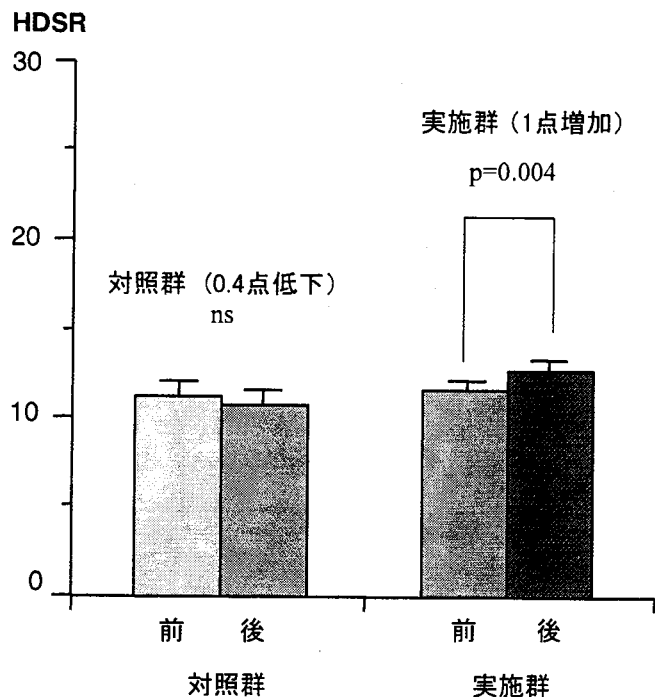
中等度～重度の認知症に対しても認知症短期集中リハビリテーションの効果进行调查・分析したところ認知機能障害と行動・心理症状等において有意に改善を認めた。

【対象】介護老人保健施設入所者であって、医師が認知症と診断し、HDS-R又はMMSEにおいて5点～14点に相当する者(実施群74名、対照群25名)

【内容】記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを、個別に20分以上、週3回行った。

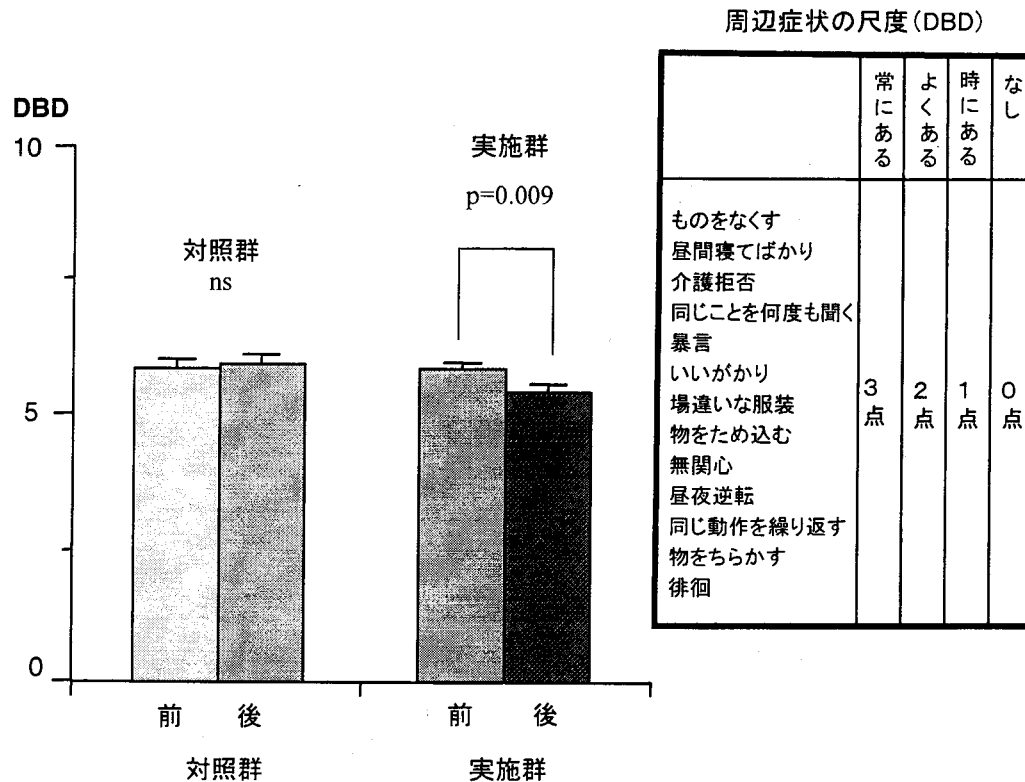
HDS-Rについて

・認知症短期集中リハを行った群は有意に改善

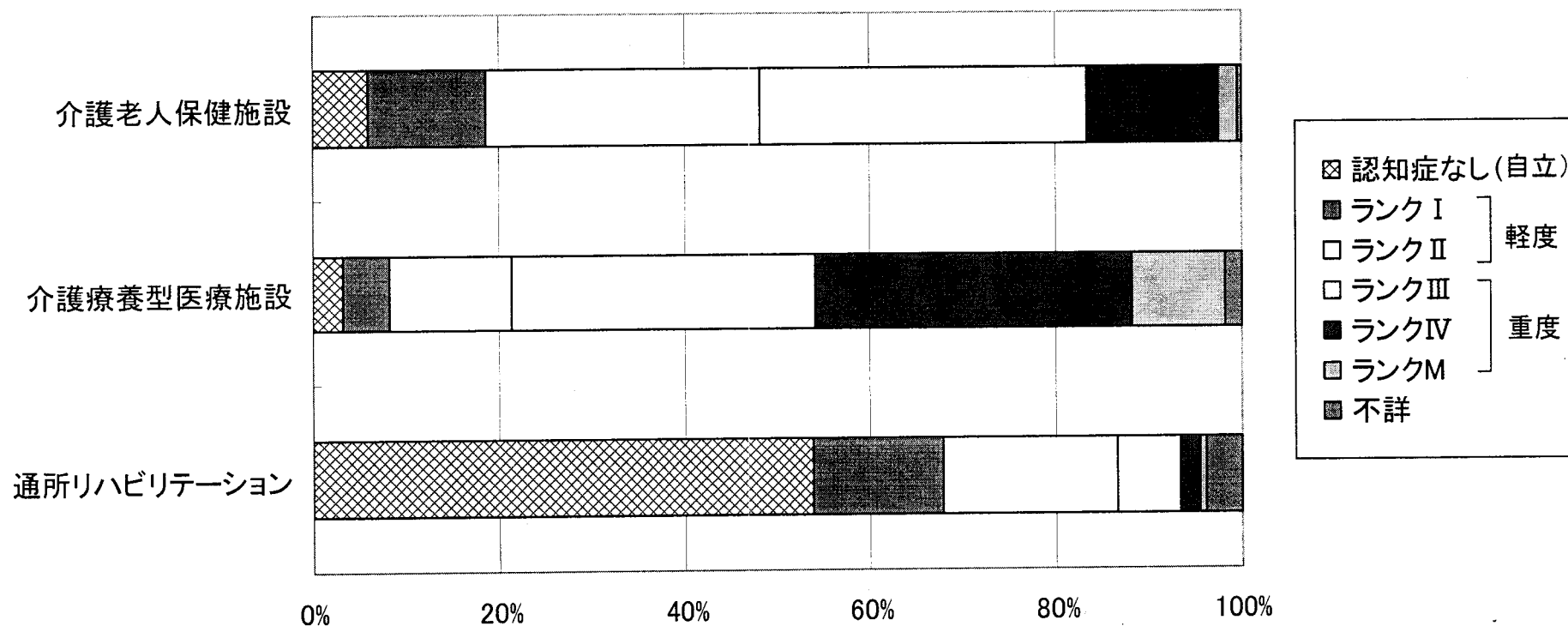


周辺症状について

・認知症短期集中リハを行った群は有意に改善



- 現在、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーションでは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が配置され、リハビリテーションが実施されている。
- それぞれのサービス利用者について「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の分布をみると、介護療養型医療施設では介護老人保健施設に比べ、重度の者が多く、通所リハビリテーションでは認知症があるとされている者の中では特に軽度の者が多い。



介護老人保健施設と介護療養型医療施設については平成18年介護サービス施設・事業所調査から引用、通所リハビリテーションについては平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業」報告書から引用。

- 認知症短期集中リハビリテーションは認知症に対して、短期間、集中的に、個別に行われる
- 運動器・脳血管疾患に対して短期間、集中的に、個別に行われる短期集中リハビリテーションが行われている。

認知症に対するリハビリテーション

	名称	個別リハビリテーションの必要性	実施者	回数・時間	サービス提供期間	介護報酬
	介護老人保健施設サービス 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	要	・医師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	1週につき3回を限度とする 20分以上/回	入所日から3月以内	1回につき60単位

運動器や脳血管疾患に対するリハビリテーション

	介護老人保健施設サービス 短期集中リハビリテーション実施加算	要	・医師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	1週に概ね3日以上 20分以上 /日	入所日から3月以内	1日につき60単位
	介護療養施設サービス(特定診療費) 短期集中リハビリテーション実施加算	要	・医師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	1週に概ね3日以上 20分以上 /日	入所日から3月以内	1日につき60単位
	通所リハビリテーション 短期集中リハビリテーション実施加算	要	・医師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	3月以内: 1週に概ね2日以上 40分以上/日  3月超: 20分以上/日	退院・退所から3月以内  3月超も算定可	1月以内: 1日につき180単位 1月を超え3月以内: 130単位 3月超: 80単位

## Ⅱ 認知症短期集中リハビリテーションに関するこれまでの指摘等の概要

『介護保険法の一部改正に伴い、新たに導入された「介護予防サービス」や「地域密着型サービス」、今回の介護報酬改定において基本的な見直しが行われた「居宅介護支援及び介護予防支援」、さらに「療養通所介護」等の新たな取り組みをはじめ、今回の改定後のサービスの利用実態等について、この度の改定の「基本的な視点」も踏まえ、今後、調査・分析を適切に行うこと。』（平成18年1月26日社会保障審議会介護給付費分科会長報告）

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書（平成20年7月10日）

### Ⅱ 今後の認知症対策の具体的内容

#### 2 研究・開発の促進

##### (4) 発症後の対応（適切なケアの対応）

##### イ 今後の方向性・具体的対策

中略

また、これまでの個人的な体験に依拠した断片的なケアから、今後は科学的根拠に基づいた総合的かつ認知症の早期から生涯を通じた継続的なケアを目指し、研究を推進するものとする。具体的には、中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの効果や本人研究とそれに基づく支援の研究等を推進するものとする。

### Ⅲ 認知症短期集中リハビリテーションの報酬・適応に関する論点

#### 【基本的な考え方】

- 介護老人保健施設において軽度の認知症であると医師が判断した者に対して行われてきた「認知症短期集中リハビリテーション」については、認知症の認知機能と行動・心理症状等に対して有効であるとともに、中等度～重度の認知症に対しても効果があることが示されたことから、これを普及する必要があるのではないか。

#### 【具体的な論点】

##### ① 対象者の拡大

中等度～重度の認知症であると医師が判断した者にも認知症短期集中リハビリテーションを受けられるようにしてはどうか。

##### ② 他のサービスへの拡大について

現在の介護老人保健施設のみではなく、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置した介護療養型医療施設や通所リハビリテーション事業所まで実施施設を拡大してはどうか。その場合、これら施設等で行われている運動器・脳血管疾患等に対する「短期集中リハビリテーション」と実施頻度等について整理を行ってはどうか。



# 認知症の行動・心理症状への対応について

## I 認知症の行動・心理症状の現状と課題

- 認知症の行動・心理症状（以下「BPSD」という。）に関する調査は多くないが、認知症のうちBPSDが出現する割合は7～9割といわれている。
- また、BPSDの悪化の原因としては、薬剤や身体合併症等によるものが多いが、家族や介護環境が原因のものも一定割合存在する。
- なお、BPSDの発生頻度が多いほど介護負担が重くなるといった相関関係が認められる分析結果がある。

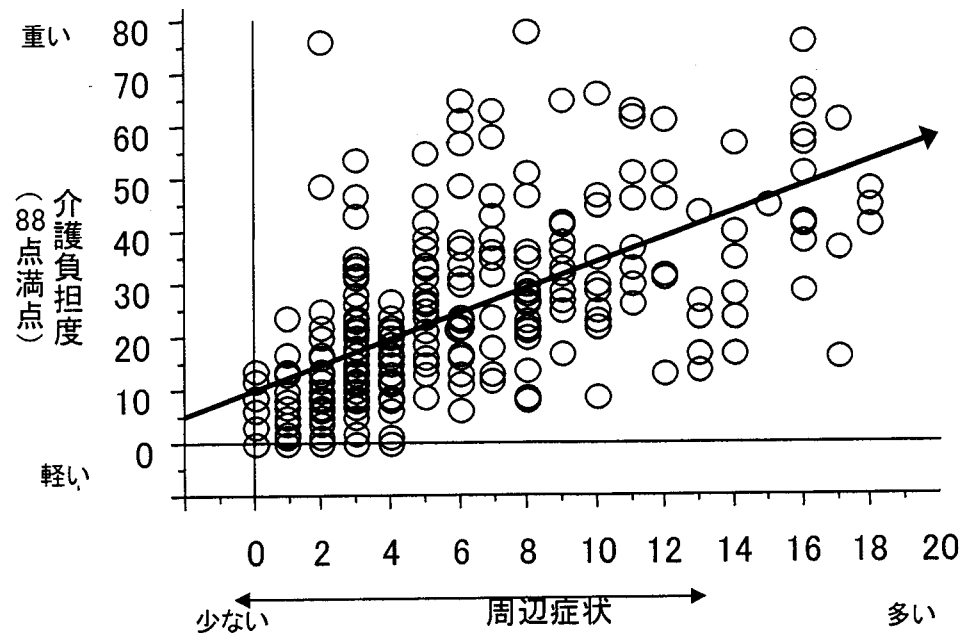
**○認知症のうちBPSDが出現する頻度は7～9割**  
出典：Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):441-59. Ferri CP et al.  
 Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16(3):337-50. Suh GH et al.  
 老年精神医学雑誌 1998 9(9):1019-1024. 本間昭 et al.

**○ 認知症が悪化する原因**

①	薬 剤	37.	7%
②	身体合併症	23.	0%
③	家族・介護環境	10.	7%

(出典：第3回安心と希望の介護ビジョン こだまクリニック  
木之下医師提出資料)

介護負担度と周辺症状



(出典：杏林大学物忘れセンターにおけるデータ)

## Ⅱ 認知症の行動・心理症状に関する論点

- B P S Dの発生頻度と介護負担については、発生頻度が多いほど介護負担が重くなるといった相関関係があり、特に在宅の認知症者に対するB P S D対策は、在宅生活の継続のためにも重要であると考えられている。
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、在宅におけるB P S D対応の支援、B P S Dに対する適切なケアの提供を図るため、適切なB P S D対応等を行う緊急時の短期入所系サービスの評価のあり方について検討する旨の提言がなされている。
- 現状の介護サービスにおいては、短期入所生活介護、短期入所療養介護における「緊急短期入所ネットワーク加算（1日50単位）（※1）」により緊急時のベッド確保について評価しているものの、これはB P S Dに特化したものではない。
- これらを踏まえ、認知症の在宅生活の継続を支援するため、B P S Dの急性期に短期入所系サービス又は認知症対応型共同生活介護の短期利用（※2）において緊急対応した場合に特化した評価をする必要があるのではないか。

### ※1 「緊急短期入所ネットワーク加算」

短期入所生活介護と短期入所療養介護の複数の事業所が合計して100床以上のベッドを確保の上ネットワークを組み、緊急対応が必要な利用者を24時間体制で受け入れた場合、原則7日間を限度として、通常報酬に50単位を加算する。

### ※2 認知症対応型共同生活介護における「短期利用共同生活介護費」

認知症対応型共同生活介護の事業開始から3年以上経過している施設であって、一定の研修を修了した介護従業者が確保されている場合、1ユニットにつき1名を限度として、短期利用共同生活介護費を算定できる。

# 若年性認知症対策の状況について

## I 若年性認知症対策における現状と課題

- 介護サービスにおける若年性認知症に特化した対応としては、通所介護、通所リハビリテーションにおける若年性認知症ケア加算（※）があるが、利用者数は極めて少ない。
- 若年性認知症者のうち30%が何らかの介護サービスを利用しており、特別養護老人ホームや通所系サービスの利用が多くなっている。

愛知県において介護サービスを利用している  
若年性認知症者のサービス内訳

(複数回答、単位・人)

介護サービス利用者数	331人(30.3%) (全数1,092人中)	
デイサービス、デイケア (加算算定の有無は不明)	84	24.5%
訪問介護	11	3.2%
訪問看護	7	2.0%
ショートステイ	40	11.7%
グループホーム	36	10.5%
特別養護老人ホーム	118	34.4%
その他	80	23.3%
無回答	10	2.9%

(出典:三センター共同研究 若年性認知症のケア及び社会的支援に関する研究事業、平成18年度認知症研究・研修大府、東京、仙台センター)

## ○ 若年性認知症ケア加算の利用状況

利用者数推計 250人

(通所介護全体837,700人の0.03%)

(出典:介護給付費実態調査月報平成20年4月審査分)

・利用者数の推計方法

$$\frac{\text{若年性認知症ケア加算の算定日数 月間2,200日}}{\text{認知症対応型通所介護の1人あたり平均利用日数 月間8.8日}} = 250\text{人}$$

※ 若年性認知症ケア加算（通所介護の場合）

- ① 若年性認知症利用者に適切に対応できる看護職員又は介護職員を配置し、
- ② 若年性認知症利用者の主治の医師等と適切に連携し、
- ③ 若年性認知症利用者のみにより構成される単位に対し指定通所介護が適切に提供されているとともに、
- ④ 利用者又はその家族等に対する相談支援、情報提供等を行っている

指定通所介護事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所介護を行った場合に1日につき60単位を加算する。

## Ⅱ 若年性認知症対策における論点

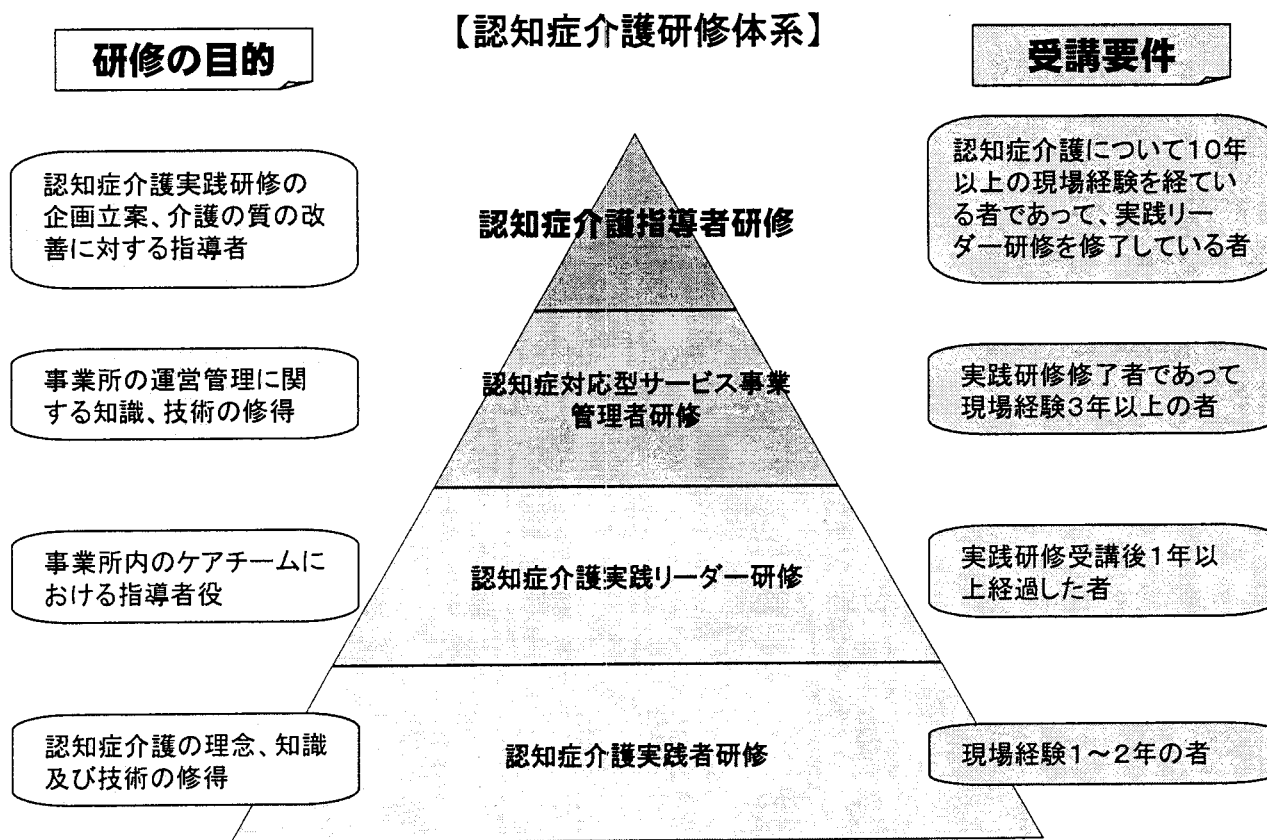
- 若年性認知症については、身体機能が健常な場合が多く、認知症高齢者と比べて介護負担が重いと言われている。
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、「若年性認知症対応型のショートステイやグループホーム等介護保険サービス全体での若年性認知症受入のあり方等について検討する。」との提言がなされている。
- 現状の介護サービスにおける若年性認知症者の受け入れに関する評価については、通所系サービスにおいて「若年性認知症のみにより構成されるグループに対し、専用の職員配置や専用の介護が提供される場合に加算される若年性認知症ケア加算（1日60単位）」があるが、本加算の活用は進んでいない。
- 事業者としても、短期入所系サービスないし施設、入居系サービスについては、加算対象となっていないことから若年性認知症を受け入れるインセンティブがなく、また利用者団体からは、若年性認知症者を受け入れる通所介護の加算要件の撤廃などの要望が寄せられている。
- これらを踏まえ、現行の若年性認知症ケア加算を見直し、若年性認知症の人が、現状の対象施設に加え介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護等のサービスを利用した場合も評価の対象とすることとしてはどうか。

# 認知症ケアの専門性の普及・向上の状況について

## I 認知症介護研修の現状と課題

### 1 認知症介護指導者研修の現状と課題

- ① 認知症介護指導者養成研修は、医師、看護師、保健師、理学療法士、社会福祉士、介護福祉士等の資格を有する者又はこれに準ずる者に対し、認知症介護研究・研修センター（東京、仙台、大府）において約10週間に亘り、質の高い認知症介護を実践の場に一般化するため、あらゆる場での認知症介護研修を企画・運営できる指導者を養成することを目的として実施され、これまでに約1,000人が研修を修了し、認知症介護実践研修の講師などを行っている。
- ② 認知症介護指導者は資格制度ではないことから、研修修了者に対する特別の評価は実施していない。



※ 「現場経験」とは、認知症高齢者の介護に従事した経験をいう。

## 2 認知症介護実践研修の現状と課題

- ① 認知症介護実践研修は、以下の研修のことをいう。
  - a 実践者研修…概ね実務経験2年程度の者を対象とし、認知症介護の理念、知識及び技術を習得させることをねらいとした研修（全国に約90,000人）
  - b 実践リーダー研修…実践者研修を修了して1年以上経過した者を対象とし、実践者研修で得られた知識をさらに深め、事業所等においてケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有したリーダーを養成することをねらいとした研修（全国に約14,000人）
- ② これらの研修のうち、実践者研修においては、認知症対応型共同生活介護の人員基準において、計画作成担当者に受講義務を課しているが、実践リーダー研修においては、研修修了者に対する特別の評価は実施していない。

## II 専門的な認知症ケアの普及について

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、「介護の現場に対する専門的な認知症ケアの普及を促進するため、認知症介護指導者等介護に係る専門研修を修了した者を配置する介護保険施設・事業所の評価のあり方について検討する。」との提言がなされているが、どう考えるか。

# 認知症診断の促進について

## I 認知症診断の促進における論点

- 介護保険施設の入所者の中には、認知症の疑いがあっても認知症の確定診断を受けていない者がいるものと思われ、確定診断を促進し、より適切なケアを提供する必要がある。
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、認知症の早期発見、適切な確定診断、早期対応が課題となっており、今後、認知症疾患医療センターの活用を積極的に進めていく必要がある。
- このため、老人保健施設入所者のうち、認知症の疑いのある者については、認知症疾患医療センターに紹介し、認知症の鑑別診断を行えるよう促す制度上の仕組みを構築することが重要であることから、老人保健施設の配置医師が、認知症の疑いのある者について、鑑別診断を目的として認知症疾患医療センター等に診療情報と共に紹介した場合、報酬上の評価をすることとしてはどうか。

※ 「認知症疾患医療センター」（平成20年度創設）

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、担当者の配置による介護との連携や認知症を専門としない一般開業医等への研修を行う。

身体的一般検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な総合病院等に設置され、認知症疾患の鑑別診断のための人員、検査体制を有する医療保険の施設。

# 參考資料



## 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと制定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

# 今後の認知症対策の全体像（認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告 H20.7.10）

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門医療を提供する医師や医療機関が不十分</li> <li>BPSDの適切な治療が行われていない</li> <li>重篤な身体疾患の治療が円滑でない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアの質の施設・事業所間格差</li> <li>医療との連携を含めた地域ケアが不十分</li> <li>地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要</li> <li>認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>若年性認知症に対する国民の理解不足</li> <li>「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分</li> </ul>
方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査</li> <li>要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各ステージ(①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応)毎の視点を明確にした研究開発の促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>早期診断の促進</li> <li>BPSD急性期の適切な医療の提供</li> <li>身体合併症に対する適切な対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケア標準化・高度化</li> <li>医療との連携を含めた地域ケア体制の強化</li> <li>誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及・認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援</li> </ul>
対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の有病率に関する調査の実施</li> <li>認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施</li> <li>より客観的で科学的な日常生活自立度の検討</li> </ul>	<p>経済産業省、文部科学省と連携し、特に①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アルツハイマー病の予防因子の解明(5年以内)</li> <li>アルツハイマー病の早期診断技術(5年以内)</li> <li>アルツハイマー病の根本的治療薬実用化(10年以内)</li> </ul>	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症診断ガイドラインの開発・普及支援</li> <li>認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置</li> <li>認知症医療に係る研修の充実</li> </ul> <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症に係る精神医療等のあり方の検討</li> </ul>	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアの標準化・高度化の推進</li> <li>認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備</li> <li>都道府県・指定都市にコールセンターを設置</li> <li>認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進</li> </ul> <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアの評価のあり方の検討</li> <li>認知症サポーター増員</li> <li>小・中学校における認知症教育の推進</li> </ul>	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>若年性認知症相談コールセンターの設置</li> <li>認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成</li> <li>若年性認知症就労支援ネットワークの構築</li> <li>若年性認知症ケアのモデル事業の実施</li> <li>国民に対する広報啓発</li> </ul> <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>若年性認知症対応の介護サービスの評価</li> <li>就労継続に関する研究</li> </ul>

## 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」の対応方針

認知症PTIにおける実施事項		今後の対応方針
実 態 把 握	認知症の有病率に関する調査の実施	厚生労働科学研究費特別研究において実施中
	認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施	
	より客観的で科学的根拠に基づく認知症日常生活自立度の検討	
研 究 発 見	アルツハイマー病の促進因子・予防因子の解明(5年以内)	厚生労働科学研究費長寿科学総合研究事業にて実施中
	アルツハイマー病の早期診断技術の実用化(5年以内)	
	アルツハイマー病の根本的治療薬の実用化(10年以内)	
	中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの推進	認知症短期集中リハビリテーション実施加算の対象拡大等
医 療 対 策	認知症診療ガイドラインの開発・普及支援	ガイドラインの改訂中（平成21年5月に公表予定）
	認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置	・認知症疾患医療センター運営事業にて実施中 ・認知症疾患医療センターに介護との連携担当者の配置等について概算要求
	認知症専門医療機能の充実や、地域における認知症医療技術や認知症対応力の向上に資する研修の充実	
	(中・長期的対策: 認知症にかかる精神医療等の在り方の検討)	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
適 切 な ケ ア の 普 及 本 人 ・ 家 族 支 援	認知症ケアの標準化・高度化	認知症ケア高度化推進事業により実施中
	海外における認知症ケアの先進技術の導入	認知症対策総合研究経費を概算要求
	認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備	・認知症対策連携強化事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、事前調査を実施中
	専門職同士による認知症やその医療・介護に関する研修の実施	・認知症地域ケア多職種共同研修事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、事前調査を実施中
	都道府県・指定都市にコールセンターを設置	・認知症対策普及・相談・支援事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、コールセンターマニュアル作成事業を実施中
	「認知症を知り地域をつくる10か年」構想等の推進	平成17(2005)年から実施中。終期は平成26(2014)年
	(中・長期的対策①: 認知症ケアの評価のあり方の検討)	認知症介護指導者研修等の専門研修を修了した者による専門的なケアを評価
	(中・長期的対策②: 在宅におけるBPSD対応の支援等)	BPSD対応のための緊急ショートステイの評価
	(中・長期的対策③: 認知症サポーター増員)	10か年構想の1事業として展開中。平成20(2008)年8月現在580,885人(目標100万人)
	(中・長期的対策④: 小・中学校における認知症教育の推進)	小・中学生向けのパンフレット作成・配布について文部科学省と検討中
若 年 性 認 知 症 対 策	若年性認知症相談コールセンターの設置	・若年性認知症対策総合推進事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、若年性認知症に対する効果的な支援に関する調査研究事業を実施中
	認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成	
	若年性認知症就労支援ネットワークの構築	
	若年性認知症ケアモデル事業の実施	
	国民に対する広報啓発	
	(中・長期的対策①: 若年性認知症対応の介護サービスの評価)	介護サービス事業者が、若年性認知症を受け入れた場合の評価
	(中・長期的対策②: 就労継続に関する研究)	高齢・障害者雇用支援機構が研究中

## 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」概要①

今般、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、報告書が取りまとめられた。その概要は以下のとおりである。(平成20年7月10日公表)

### 〈概 要〉

- 本プロジェクトは、今後の認知症対策をさらに効果的に推進し、「たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築する」ことが必要との認識の下、厚生労働大臣の指示の下に設置された。
- 本プロジェクトの検討においては、医療、介護等の有識者に参画いただいたとともに、認知症の人の家族や認知症対応型サービスの代表者からのヒアリング等を実施した。  
今般、その結果を以下のとおり取りまとめたところである。

## I これからの認知症対策の基本方針

- 今後の認知症対策の基本方針は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応の促進
- 具体的には、①実態の把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進するため、財源の確保も含め、必要な措置を講じていく必要がある。

## II 今後の認知症対策の具体的内容

### 1 実態の把握

- 認知症患者数を正確に把握するため、医学的に診断された認知症の有病率調査を実施
- 認知症患者の症状別、医療機関・施設別の利用の実態や、地域における認知症に対する医療・介護サービス資源の実態等について調査を実施
- 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」は、より客観的で科学的根拠に基づくものへの見直しを検討

## 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」概要②

### 2 研究・開発の促進

- 今後5年以内に、アルツハイマー病の促進因子・予防因子を解明し、有効な予防方法を見いだすことを目標とした研究を促進
- 今後5年以内に、アルツハイマー病について早期に、確実に、身体に負担をかけない診断が可能となるよう、アミロイドイメージングによる画像診断、血液中のバイオマーカー等の早期診断技術の実用化を目標とした研究推進
- 資源を集中し、今後10年以内にアルツハイマー病の根本的治療薬の実用化を目標とした研究を推進
- 中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの効果や本人研究とそれに基づく支援の研究を推進

### 3 早期診断の推進と適切な医療の提供

- 認知症診療ガイドラインの開発・普及、専門医療機関の整備等により、早期診断の促進とBPSDの急性期や身体合併症への適切な対応を促進
- 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを全国に150か所整備し、地域包括支援センターとの連携担当者を配置
- 認知症の専門医療を提供する医師の育成や研修体系の構築

### 4 適切なケアの普及及び本人・家族支援

- 認知症ケアの標準化・高度化に向けた取組みの推進
- 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターを認知症疾患医療センターに対応して新たに全国に整備し、医療から介護への切れ目のないサービスを提供
- 身近な地域の認知症介護の専門家等が対応するコールセンターを設置

## 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」概要③

- 市町村等による定期的な訪問相談活動等きめ細やかな支援の取組みを推進
- 「認知症を知り地域をつくる10か年」構想等の推進
- 認知症介護に係る専門研修を修了した者を配置する介護保険施設・事業所の評価のあり方について検討
- 在宅におけるBPSD対応の支援、BPSDに対する適切なケアの提供を図るため、適切なBPSD対応等を行う緊急時の短期入所系サービスの評価のあり方について検討

### 5 若年性認知症対策

- ① 気軽に相談できる全国1か所の若年性認知症コールセンターを設置し、
  - ② 認知症連携担当者が新たに診断された若年性認知症の人を把握し、本人の状態に合わせて雇用・就労サービスや障害者福祉、介護サービスにつなぐとともに、
  - ③ 医療・福祉と雇用・就労の関係者からなる若年性認知症就労支援ネットワークの創設、
  - ④ 若年性認知症ケアのモデル事業の実施による研究・普及、
  - ⑤ 国民、企業等への広報啓発
- 若年性認知症対応型のショートステイやグループホーム等介護保険サービス全体での若年性認知症受入のあり方等について検討

## 認知症対応型共同生活介護の基準

### 〈基本方針〉

認知症共同生活介護とは、認知症であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、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ことにより、利用者が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にするもの。

### 〈人員基準〉

#### (1) 介護職員

ア 日中 共同生活住居ごとに利用者3人に対し1以上

イ 夜間及び深夜 共同生活住居ごとに夜勤1人以上。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、他の共同生活住居との兼務も可。

#### (2) 計画作成担当者

共同生活住居ごとに1人。うち1人以上は介護支援専門員であること。

※ 認知症介護に関する研修を修了していることを要する。

#### (3) 管理者

共同生活住居ごとに1人。

※ 認知症介護に関する研修を修了していることを要する。

### 〈設備基準〉

○ 共同生活住居の数 1又は2

○ 共同生活住居の入居定員 5人以上9人以下

○ 居室の床面積 7.43㎡以上

# 平成18年介護報酬改定及び指定基準の見直しについて

## 【報酬体系の改定について】

(基本部分)	改定前	改定後
認知症対応型共同生活介護費 (1日につき)	—	要支援2 831単位
	要介護1 796単位	要介護1 831単位
	要介護2 812単位	要介護2 848単位
	要介護3 828単位	要介護3 865単位
	要介護4 848単位	要介護4 882単位
	要介護5 861単位	要介護5 900単位
短期利用共同生活介護費 (1日につき)	—	要支援2 861単位
	—	要介護1 861単位
	—	要介護2 878単位
	—	要介護3 895単位
	—	要介護4 912単位
	—	要介護5 930単位

(加算及び減算規定)	改定前	改定後
初期加算	30単位/日	30単位/日
医療連携体制加算	—	30単位/日
夜間ケア加算	71単位/日	(廃止)
夜勤を行う職員の勤務条件を満たさない場合	—	×97/100
利用者の数が利用定員を超える場合	×70/100	×70/100
介護従業者の員数が基準に満たない場合	×70/100	×70/100

## 【指定基準の改正について】

- 夜間においては、夜勤を義務付け
- 利用者の家族や地域の関係者等を含めた「運営推進会議」の設置
- 管理者等への研修受講の義務付け
- 火災など非常災害時における通報・連携体制や非常災害に際して必要となる設備の整備について、基準上明確化



## 認知症対応型通所介護の基準

### ○ 単独型及び併設型

#### 〈人員基準〉

- (1) 管理者 1人 常勤専従（管理上支障がない場合は兼務可）
- (2) 生活相談員 1人以上（提供時間帯を通じて専従）
- (3) 看護職員又は介護職員 2以上  
（うち1人は、提供時間帯を通じて配置）
- (4) 機能訓練指導員 1人以上  
※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩  
マッサージ指圧師

※（2）又は（3）との兼務可

#### 〈設備基準〉

利用定員 単位ごとの利用定員：12人以下

### ○ 共用型

#### 〈人員基準〉

利用者、入居者の数と共用型指定認知症対応型通所介護の利用者の合計数について、それぞれの事業所、施設の人員基準を満たす。

#### 〈設備基準〉

利用定員 施設ごとに1日あたり3人以下

## 認知症対応型通所介護の報酬

○ 単独型・併設型		基本部分		2時間以上 3時間未満 の認知症 対応型通 所介護を 行う場合	利用者の 数が利用 定員を超 える場合	又は 介護・看 護職員の 員数が基 準に満た ない場合	6時間以上8時 間未満の認知 症通所介護の 前後に日常生 活上の世話を 行う場合	個別機能 訓練加算	入浴介助 を行った 場合	栄養マネ ジメント 加算	口腔機能 向上加算														
認知症対応型通所介護費（Ⅰ）	3時間以上 4時間未満	経過的要介護	493単位	× 70/100	× 70/100	× 70/100	× 70/100	1日につき +27単位	1日につき +50単位	1回につき +100単位 (月2回限度)	1回につき +100単位 (月2回限度)														
		要介護 1	526単位																						
		要介護 2	578単位																						
		要介護 3	630単位																						
		要介護 4	682単位																						
		要介護 5	735単位																						
	4時間以上 6時間未満	経過的要介護	668単位	× 70/100								× 70/100	× 70/100	× 70/100	8時間以上9時 間未満の場合 +50単位 9時間以上10時 間未満の場合 +100単位	1日につき +50単位	1回につき +100単位 (月2回限度)	1回につき +100単位 (月2回限度)							
		要介護 1	715単位																						
		要介護 2	789単位																						
		要介護 3	864単位																						
		要介護 4	938単位																						
		要介護 5	1013単位																						
	6時間以上 8時間未満	経過的要介護	901単位	× 70/100															× 70/100	× 70/100	× 70/100	8時間以上9時 間未満の場合 +50単位 9時間以上10時 間未満の場合 +100単位	1日につき +50単位	1回につき +100単位 (月2回限度)	1回につき +100単位 (月2回限度)
		要介護 1	967単位																						
		要介護 2	1071単位																						
	要介護 3	1175単位																							
	要介護 4	1280単位																							
	要介護 5	1384単位																							
認知症対応型通所介護費（Ⅱ）	3時間以上 4時間未満	経過的要介護	448単位	× 70/100	× 70/100	× 70/100	× 70/100	8時間以上9時 間未満の場合 +50単位 9時間以上10時 間未満の場合 +100単位	1日につき +50単位	1回につき +100単位 (月2回限度)	1回につき +100単位 (月2回限度)														
		要介護 1	477単位																						
		要介護 2	523単位																						
		要介護 3	570単位																						
		要介護 4	617単位																						
		要介護 5	663単位																						
	4時間以上 6時間未満	経過的要介護	603単位	× 70/100								× 70/100	× 70/100	× 70/100	8時間以上9時 間未満の場合 +50単位 9時間以上10時 間未満の場合 +100単位	1日につき +50単位	1回につき +100単位 (月2回限度)	1回につき +100単位 (月2回限度)							
		要介護 1	645単位																						
		要介護 2	711単位																						
		要介護 3	778単位																						
		要介護 4	844単位																						
		要介護 5	911単位																						
	6時間以上 8時間未満	経過的要介護	810単位	× 70/100															× 70/100	× 70/100	× 70/100	8時間以上9時 間未満の場合 +50単位 9時間以上10時 間未満の場合 +100単位	1日につき +50単位	1回につき +100単位 (月2回限度)	1回につき +100単位 (月2回限度)
		要介護 1	869単位																						
		要介護 2	962単位																						
	要介護 3	1055単位																							
	要介護 4	1148単位																							
	要介護 5	1241単位																							

○ 共用型 基本部分		2時間以上 3時間未満 の認知症 対応型通 所介護を 行う場合	利用者の 数が利用 定員を超 える場合	又は	介護・看 護職員の 員数が基 準に満た ない場合	6時間以上8時 間未満の認知 症通所介護の 前後に日常生 活上の世話を 行う場合	個別機能 訓練加算	入浴介助 を行った 場合	栄養マネ ジメント 加算	口腔機能 向上加算			
認知症対応型通所介護費（Ⅱ）	3時間以上 4時間未満	経過的要介護	226単位	× 70/100	× 70/100	× 70/100	1日につき +27単位	1日につき +50単位	1回につき +100単位 (月2回限度)	1回につき +100単位 (月2回限度)			
		要介護1	235単位										
		要介護2	243単位										
		要介護3	252単位										
		要介護4	260単位										
	要介護5	269単位											
	4時間以上 6時間未満	経過的要介護	323単位								× 70/100	× 70/100	8時間以上9時 間未満の場合 +50単位 9時間以上10時 間未満の場合 +100単位
		要介護1	335単位										
		要介護2	348単位										
		要介護3	360単位										
		要介護4	372単位										
	6時間以上 8時間未満	経過的要介護	452単位	× 70/100	× 70/100	8時間以上9時 間未満の場合 +50単位 9時間以上10時 間未満の場合 +100単位							
		要介護1	469単位										
		要介護2	486単位										
		要介護3	503単位										
要介護4		520単位											
要介護5	537単位												

## 平成18年介護報酬改定における認知症対策の考え方①

### I 基本的な考え方(抄)

#### (3) 認知症ケアの確立

- 今後重要性を増す認知症ケアの充実や、施設から在宅へという基本的方向の中で、在宅生活の継続を支える環境作りを進める。(後略)
- さらに、認知症ケアについては、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の質・機能の向上や認知症対応型通所介護、若年性認知症ケアなどの充実を図る。

### II 各サービスの報酬・基準の見直しの内容(抄)

#### 2 地域密着型サービス

- 地域密着型サービスについては、住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするため、認知症ケアの充実を図り、地域に開かれた良質なサービス提供を確保する一方、小規模であるために高コスト、非効率なサービス提供とならないようにする観点から、報酬・基準の設定を行う。

#### (3) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

従来の単独型及び併設型に加え、認知症高齢者グループホーム等の共用スペースを活用して少人数(3名以下)を受け入れる類型を創設するとともに、単独型及び併設型については定員を10名から12名に拡大する。

## 平成18年介護報酬改定における認知症対策の考え方②

### (4) 認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護

- 指定基準において、ケアの質の向上や地域に開かれた事業運営を確保する観点から、利用者の家族や地域の関係者等を含めた「運営推進会議」の設置や管理者等への研修受講の義務づけ、外部評価等の実施などの徹底を図る。
- また、火災など非常災害時における通報・連携体制や非常災害に際して必要となる設備の整備について、基準上明確化する。
- 基本単位の見直し  
夜間においては夜勤を義務づけ、これに伴う基本単位の見直しを行う(現行の夜勤ケア加算は廃止。)
- 短期利用共同生活介護費の創設(ショートステイ利用)  
一定の要件を満たしている事業所において、1つの共同生活住居(ユニット)につき定員の枠内で1名を限度として、あらかじめ30日以内の期間を定めてサービス提供を行った場合に算定する。
- 医療連携体制加算の創設  
グループホームの職員として又は訪問看護ステーション等との契約により看護師を1名以上確保し24時間連絡可能な体制としているとともに、入居者が重度化し看取りが生じた場合における対応の指針を定めて、入居の際に入居者又は家族等への説明・同意を行っているなど、健康管理・医療連携体制を強化している場合に算定する。

# 介護療養型老人保健施設について

## I 介護療養型老人保健施設の現状と課題

- 療養病床の転換に際し、主に介護を必要とする方を介護老人保健施設で受け止めることができるように、
  - ① 看護職員による夜間の日常的な医療処置
  - ② 看取りへの対応
  - ③ 急性増悪時の対応
 の機能を介護報酬で評価した「介護療養型老人保健施設」を創設した。
  
- 介護療養型老人保健施設の介護報酬については、施設の運営や入所者の状況について調査を行い、必要があれば平成21年4月の介護報酬改定において、見直しを行うこととしたところ。

### <60床の場合の人員配置>

	医療療養病床	介護療養病床	介護療養型老人保健施設	介護老人保健施設
医師	3人	3人	1人+α	1人
看護, 介護	4:1, 4:1 5:1, 5:1	6:1, 4:1	6:1, 4:1※	(看護・介護)3:1
夜間配置	看護職員2人	(看護・介護)30:1 うち看護職員 1人以上	(看護・介護)2人 うち看護職員 41:1以上	(看護・介護)2人

※ 療養体制維持特別加算を算定している場合

### 【療養病床再編の現状と傾向】

- 介護療養型老人保健施設の病床数は、今年度内にさらに増加する見込み。
- 介護療養型医療施設のうち、約3割の病床が介護療養型老人保健施設への転換意向を示している。
- 医療療養病床は、介護療養病床と比較し、早期に介護老人保健施設へ転換する傾向が認められる。

### 【転換した老人保健施設の病床数※1】

転換先	すでに転換した病床数(括弧内は平成20年4～10月に転換した病床数)
介護老人保健施設	788(350)
介護療養型老人保健施設	575(575)

(参考)転換意向調査(26道府県)における

平成20年度内 転換予定病床数※2

介護老人保健施設	465
介護療養型老人保健施設	934

### 【平成20年度 転換意向調査結果(26道府県)における転換予定病床数※2】

回答病床数	医療療養病床	131,967	転換予定年度				23年度末累計 (括弧内は回答病床数に占める割合)
	介護療養病床	57,425	20年度	21年度	22年度	23年度	
転換先	転換元						
介護療養型 老人保健施設	医療療養病床		241	1,161	1,101	1,949	4,452(3%)
	介護療養病床		693	1,731	2,145	12,116	16,685(29%)
未定	医療療養病床		—	—	—	14,047	14,047(11%)
	介護療養病床		—	—	—	16,153	16,153(28%)
介護老人 保健施設	医療療養病床		209	267	266	625	1,367(1%)
	介護療養病床		256	144	405	1,644	2,449(4%)
医療療養病床	医療療養病床		—	—	—	103,200	103,200(78%)
	介護療養病床		2,335	2,529	1,515	10,343	16,722(29%)
その他	医療療養病床		2,982	1,913	814	3,192	8,901(7%)
	介護療養病床		527	405	455	4,029	5,416(10%)

※1 都道府県より厚生労働省老健局老人保健課に報告された病床数に基づく。

※2 42都道府県の転換意向調査結果のうち、介護療養型老人保健施設への転換予定病床数が明記された26道府県の結果を厚生労働省老健局老人保健課にて集計、平成20年度の転換予定病床数には、すでに転換した老人保健施設の病床数も含む。

## 【「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」について】

### 方 法

#### 1) 対象:

- ① 介護療養型老人保健施設
- ② 病院から転換した従来型老人保健施設
- ③ 経過型介護療養型医療施設
- ④ 転換予定の療養病床を有する医療機関

#### 2) データ収集方法:

都道府県を通じ、調査への協力が得られた施設・医療機関を抽出、財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会が

- ① 介護療養型老人保健施設へのヒアリング
- ② 調査対象全施設への調査票の送付

を行い、集計・分析した。

#### 3) 調査実施期間:

平成20年9月～10月



【「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」結果①】

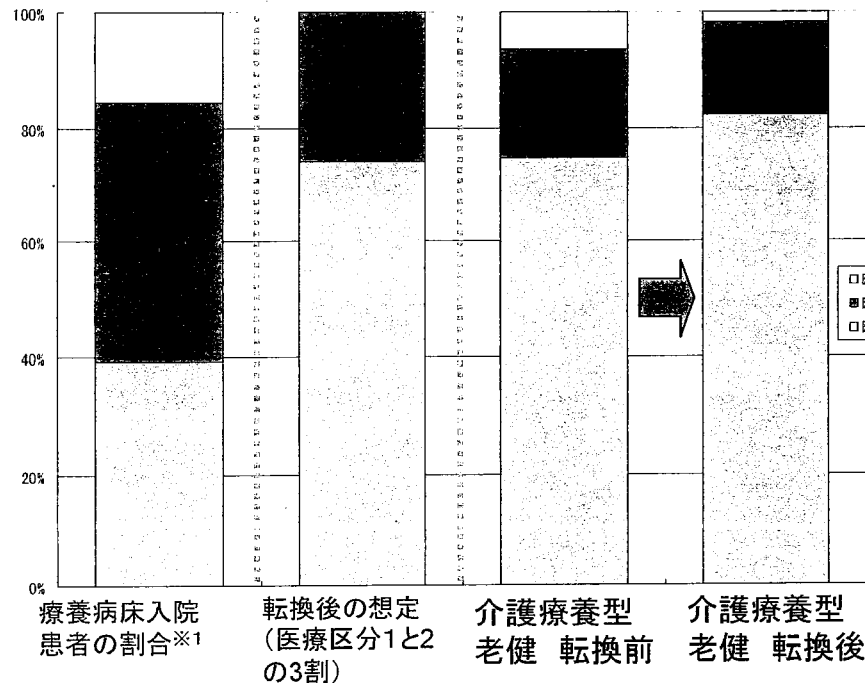
＜医療区分別に見た入所者像の変化＞

- 転換前の入所者像については、医療区分1が74.9%、医療区分2が18.8%、医療区分3が6.4%となっており、「平成18年慢性期入院医療の包括評価に関する調査」における平均的な介護療養型医療施設の分布よりも、医療区分1の占める割合が多い。
- 介護療養型老人保健施設への転換後については、医療区分1が8割を超える一方で、医療区分3の入所者も1.7%と少数ながら存在する。

＜要介護度別に見た入所者像の変化＞

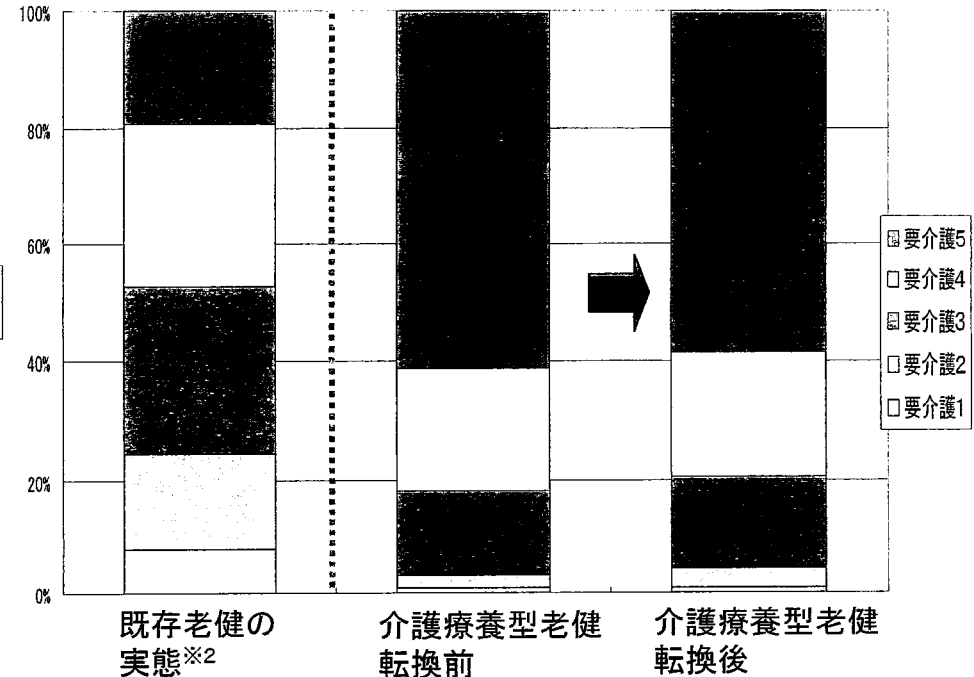
- 転換前と転換後で要介護度に差は見られなかった。
- 転換後の介護療養型老人保健施設には、既存の老人保健施設よりも要介護度の重い者が多く入所している。

転換前後の入所者像の変化(医療区分別)



※1 平成18年 慢性期入院医療の包括評価に関する調査から作成

転換前後の入所者像の変化(要介護度別)



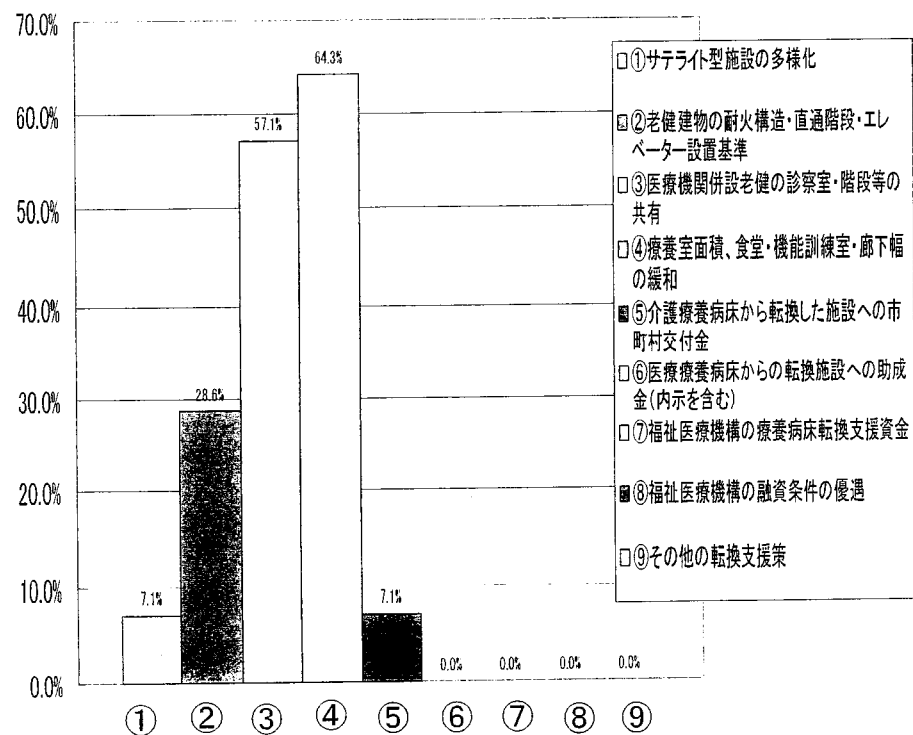
※2 平成19年5月～平成20年4月審査分 介護給付費実態調査より

## 【「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」結果②】

- 転換した老人保健施設では、施設・設備基準の緩和を中心とした転換支援策が幅広く利用されている。
- 転換予定医療機関でも同様に施設・設備基準の緩和を利用予定とする回答が多いが、転換のための資金確保を目的とした転換支援策の利用希望も見られた。

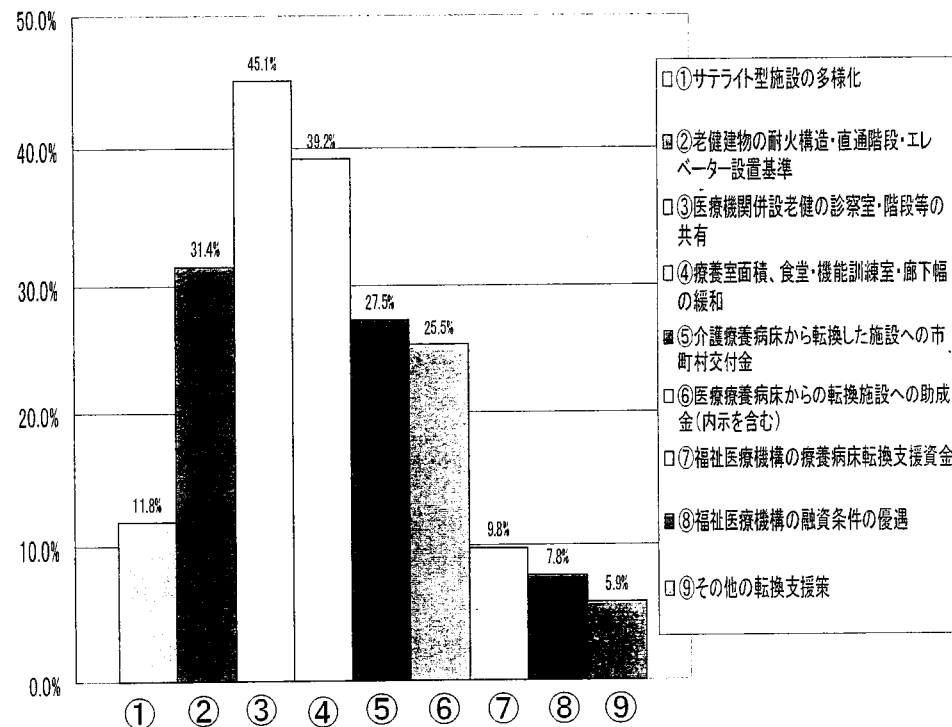
転換した老健：

転換にあたって利用した転換支援策（複数回答）



転換予定医療機関：

利用を予定している転換支援策（複数回答）



【介護療養型老人保健施設の医薬品費・医療材料費について】

- 実際に転換した介護療養型老人保健施設では、平均1日当たり1人当たり1337円の医薬品費・医療材料費がかかっていた。

施設	1人1日当たり 医薬品費＋医療材料費(円)
転換後の介護療養型老人保健施設	1337※

※ 平成20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実態調査」より算定

(参考)介護事業経営実態調査での結果

施設	1人1日当たり 医薬品費＋医療材料費(円)	
	平成17年度	平成20年度
介護療養型医療施設	1386	1344
従来型老人保健施設	780	722

## 【介護療養型老人保健施設の施設要件の見直しについて】

- 介護療養型老人保健施設の施設サービス費の算定にあたっては、算定日が属する月の前12月間における新規入所者のうち、「医療機関」から入所した者の割合と「家庭」から入所した者の割合の差が、35%以上を標準とするとされている。
- ただし、本施設要件については、周辺の医療機関の有無等にも影響を受ける可能性があることから、具体的な適用の方法については、療養病床から転換した介護老人保健施設における医療機関からの入所の実態等を基に、平成21年4月までに検討するとしたところ。
- こうしたことから、周辺地域における病床を有する医療機関の有無や、転換前の医療機関の病床数が入所者の入所前の場所に与える影響について、調査・検証を行った。

### 「療養病床を有する医療機関の 経営環境等の調査」について

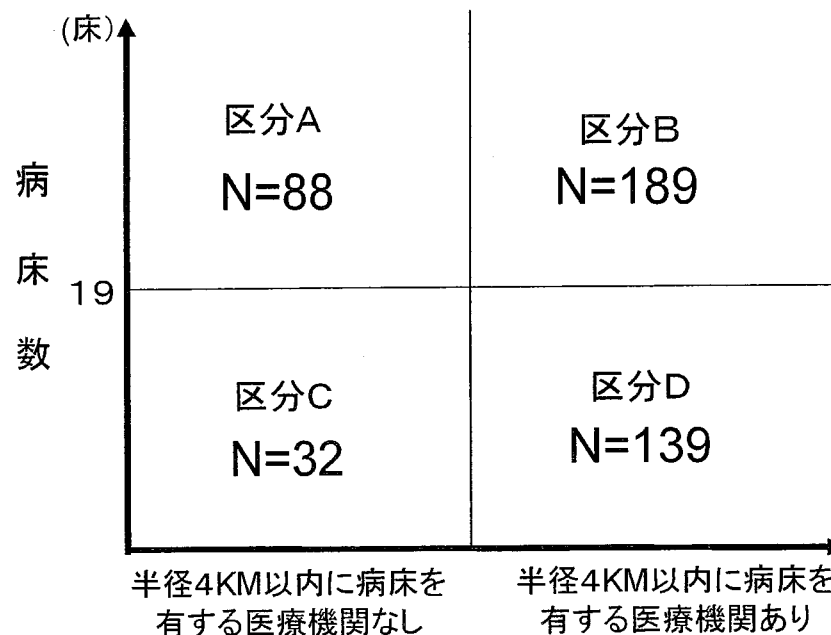
#### 1) 調査方法:

各都道府県に、右図に基づき、療養病床を有する医療機関の抽出と調査票の送付を依頼(平成20年10月)。厚生労働省老人保健課にて集計した。

#### 2) 調査対象者

平成19年10月1日～平成20年9月30日の新規入院患者

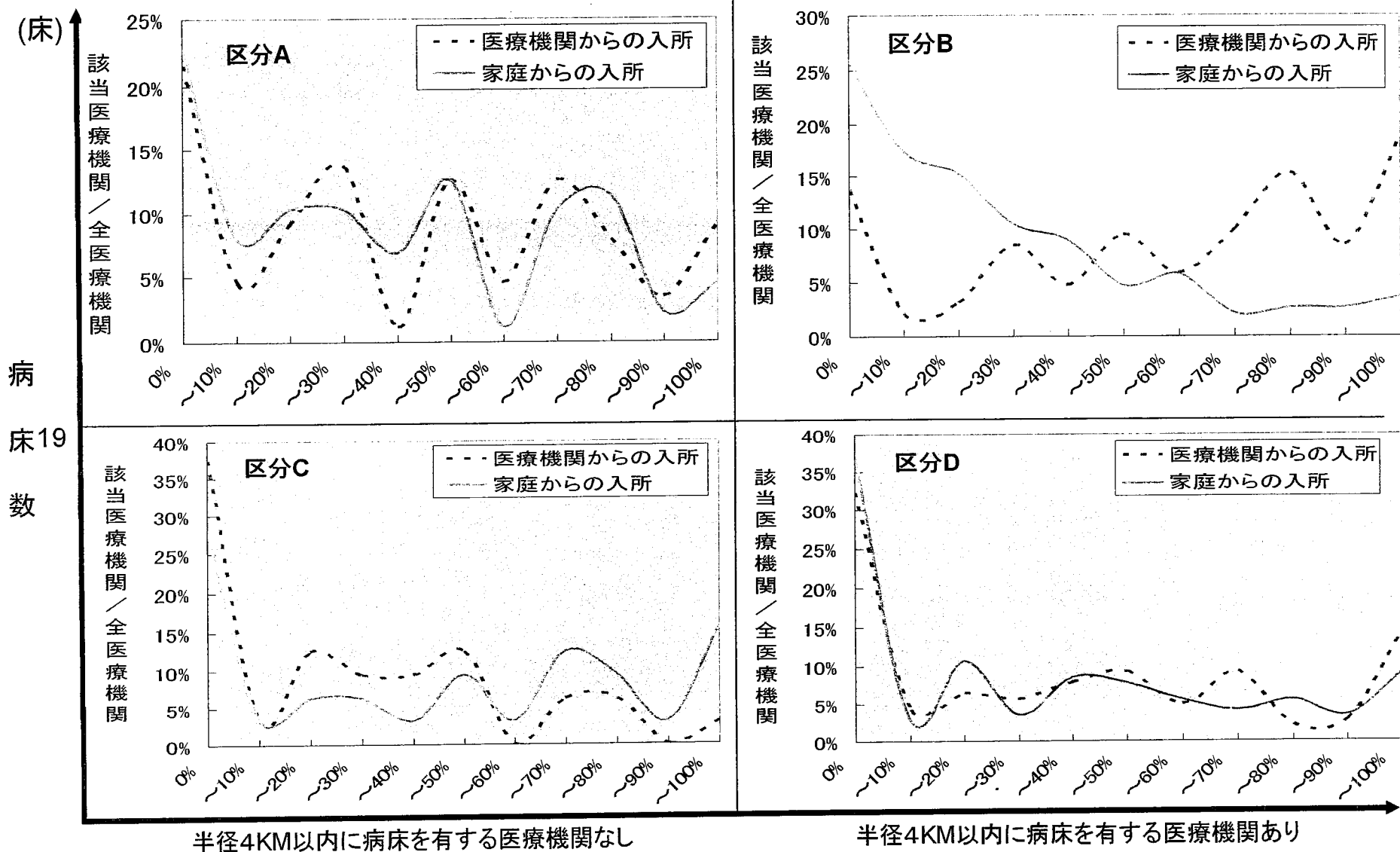
調査対象医療機関の区分



# 【「療養病床を有する医療機関の経営環境等の調査」結果】

○ 有床診療所及び周辺に他の医療機関のない地域の医療機関では、医療機関から入所した者と家庭から入所した者の割合に差が見られなかった。

※グラフの横軸は、全入所者中の「家庭からの入所者」又は「医療機関からの入所者」の割合



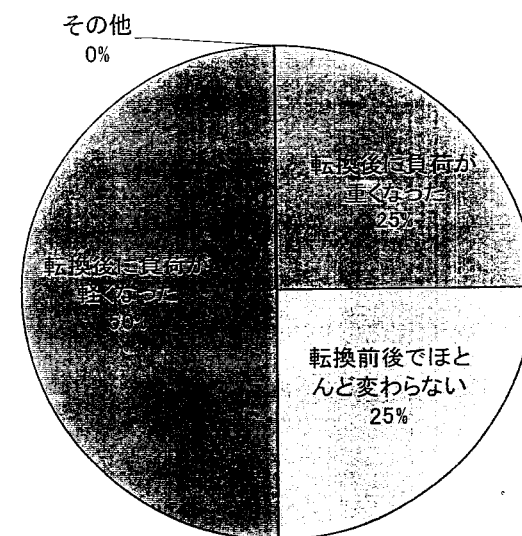
### 【介護療養型老人保健施設の医師の提供するサービスについて】

- 医療区分別の入所者割合と、「平成18年慢性期入院医療の包括評価に関する調査」で示された医療区分ごとのケア時間を基に、医師のケア時間を算出すると、「転換後の想定」では1.06人分となる。他方、介護療養型老人保健施設では医療区分3の者が入所しているものの医療区分1の入所者が占める割合が大きいいため、「転換後の想定」と同じになった。
- ただし、介護療養型老人保健施設へのアンケートでは、75%の施設が転換後に医師の負担は変わらなかった、又は軽くなったと回答した一方、25%の施設が転換に伴い医師の負担が重くなったと回答している。
- また、転換予定医療機関が将来転換をした場合、すでに転換した介護療養型老人保健施設よりも医療区分3の者の割合が増えることが予想されるため、医師のケア時間がさらに増加する可能性が考えられる。

### 【入所者像に基づく医師のケア時間の違い】

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医師のケア時間※2 (60床あたり・ 常勤換算)
転換後の想定 (医療区分1と2の 3割)	74.2%	25.8%	0%	1.06人
介護療養型 老人保健施設※1	82.4%	15.9%	1.7%	1.06人
転換予定医療機関 が転換した場合※1	73.9%	23.9%	2.2%	1.10人

転換前後の職員の医師の負担の変化※1



※1 「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」より

※2 平成18年慢性期入院医療の包括評価に関する調査から算出

【医療機関が転換した老健を併設させた場合の夜間の看護・介護職員配置について】

○ 療養病床を有する医療機関が、一部病床を残し、介護療養型老人保健施設を併設させたとき、全体の病床規模が変わらないにもかかわらず、夜間看護職員又は介護職員の配置数の変更が必要となる場合がある。

転換前 病床数	転換前の 夜勤職員数	転換パターン	転換後の 夜勤職員数	職員数の変化
1～19床の 有床診療所	1人	全て老健に転換	1人	変わりなし
		有床診＋老健	2人	+1人
20～60床の 1病棟以下の病院	2人	全て老健に転換	1人もしくは2人	-1人 もしくは変わりなし
		有床診＋老健	2人もしくは3人	変わりなし もしくは+1人
		病院＋老健	3人	+1人
61床以上の 病院	4人	全て老健に転換	2人	-2人
		有床診＋老健	3人	-1人
		病院＋老健	4人	変わりなし

## II これまでの指摘等の概要

### 【健康保険法等の一部を改正する法律における検討規定】

#### 附則

#### 第二条(検討)

3 政府は、入所者の状態に応じてふさわしいサービスを提供する観点から、介護保険法第八条第二十五項に規定する介護老人保健施設及び同条第二十四項に規定する介護老人福祉施設の基本的な在り方並びにこれらの施設の入所者に対する医療の提供の在り方の見直しを検討するとともに、介護保険施設等の設備及び運営に関する基準並びに利用者負担の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるとともに、地域における適切な保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備の支援に努めるものとする。

### 【平成20年2月20日 介護給付費分科会資料(抜粋)】

#### 【療養病床から転換した介護老人保健施設の施設要件】

○ 具体的な施設要件については、下記の①及び②としてはどうか。

- ① 算定日が属する月の前12ヶ月間における新規入所者のうち、「医療機関」から入所した者の割合と「家庭」から入所した者の割合の差が35%以上を標準としてはどうか。

※ 本要件は、平成20年4月以降の入所者について、平成21年4月から適用。入所者にはショートステイの入所者を含まない。「35%以上を標準とする」の具体的な適用の方法については、今後、療養病床から転換した介護老人保健施設における医療機関からの入所の実態等を基に、平成21年4月までに検討。

- ② (省略)



### Ⅲ 介護療養型老人保健施設の報酬・基準に関する論点

#### 【基本的な考え方】

○ 今回の実態調査において、

- ① 転換前の療養病床と転換後の介護療養型老人保健施設の間で、要介護度の変化が見られなかった
- ② 転換後の介護療養型老人保健施設には医療区分3の者も入所していた

ことから、転換後も引き続き、要介護度の高い者が入所し、さらに一部には高度の医療サービスを必要とする者も入所していることが明らかになった。

○ このようなことから、これらの者に対する医療サービスに要するコスト(医薬品費・医療材料費、医師によるサービス提供等)について、実態に即して評価を再検討してはどうか。

○ 施設要件についても、実態をふまえた要件に見直しをしてはどうか。

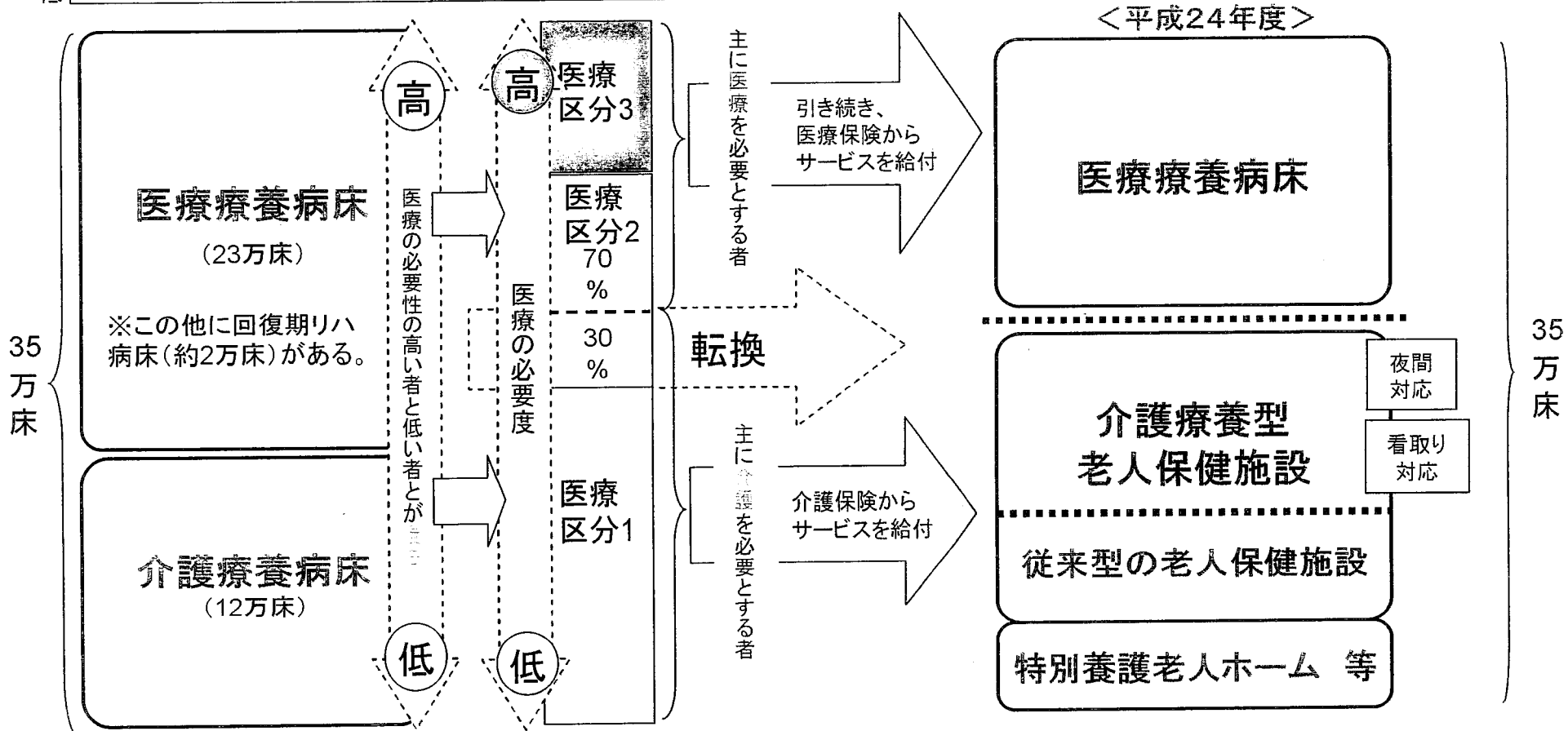
## 【具体的な論点】

- 介護療養型老人保健施設における医薬品費・医療材料費等の実態をふまえ、評価を見直してはどうか。
- 医師の提供するサービスについて、実態をふまえて評価を見直してはどうか。
- 入所者の入所前の所在別の割合の差を用いた施設要件について、周辺の医療機関の有無や転換前の医療機関の規模をふまえて、特例を設けることとしてはどうか。
- 転換により、転換前より多くの夜勤職員配置を必要とする小規模医療機関においては、実態に応じた人員配置が可能となるよう、基準を見直すこととしてはどうか。
- 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

# 参考資料編

# 【療養病床の再編成と医療区分について】

医療の必要度	高	医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態</li> <li>・中心静脈栄養</li> <li>・24時間持続点滴</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 など</li> </ul>
	中	医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋萎縮性側索硬化症(ALS)</li> <li>・脊髄損傷(頸髄損傷)</li> <li>・慢性閉塞性肺疾患(COPD)</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍</li> <li>・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養</li> <li>・気管切開、気管内挿管のケア</li> <li>・1日8回以上の喀痰吸引</li> <li>・せん妄に対する治療を実施している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態 など</li> </ul>
	低	医療区分1	医療区分2・3に該当しない者



※病床数は平成18年10月現在

「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」について

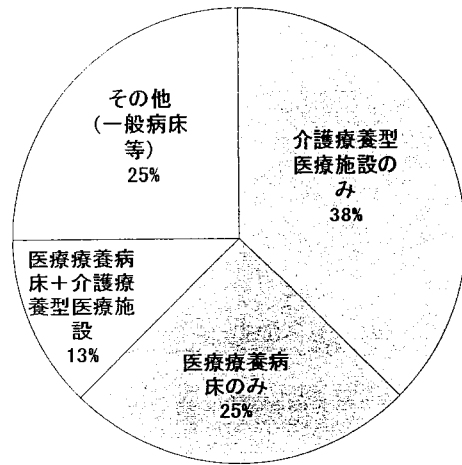
<調査対象施設・医療機関の状況>

	全国の施設数※	調査対象施設数 〔平成20年10月24日時点 での回答施設数〕	回答施設の 平均定員
介護療養型 老人保健施設	8施設	8施設(8施設)	61.9人
従来型 介護老人保健施設	26施設 〔病院からの転換15 施設、有床診からの 転換11施設〕	8施設(6施設)	57.8人
経過型介護療養型 医療施設	12施設	9施設(6施設)	208.3人
転換予定医療機関		134施設(45施設)	142.6人

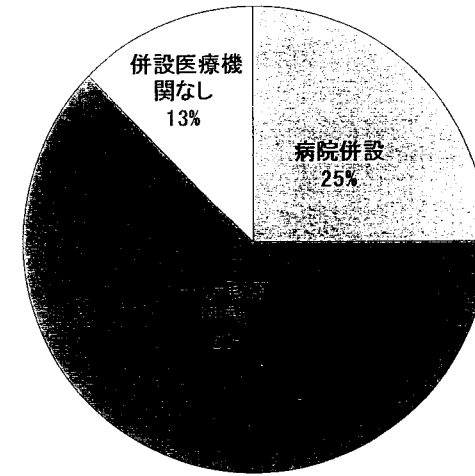
※1 厚生労働省老健局老人保健課調べ 調査実施時点での施設数

# 療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査結果

## 介護療養型老人保健施設の転換元の病床について

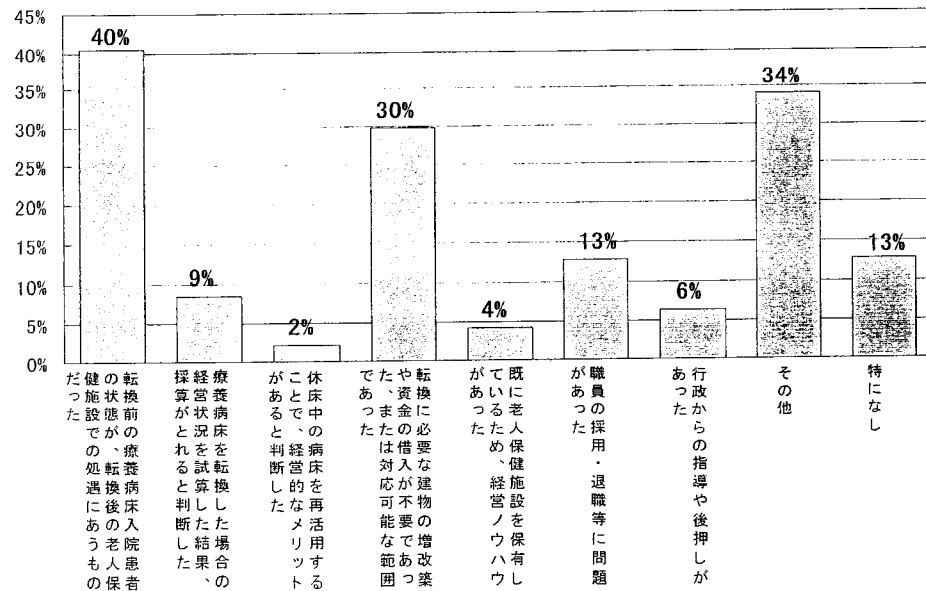


## 併設医療機関の有無について

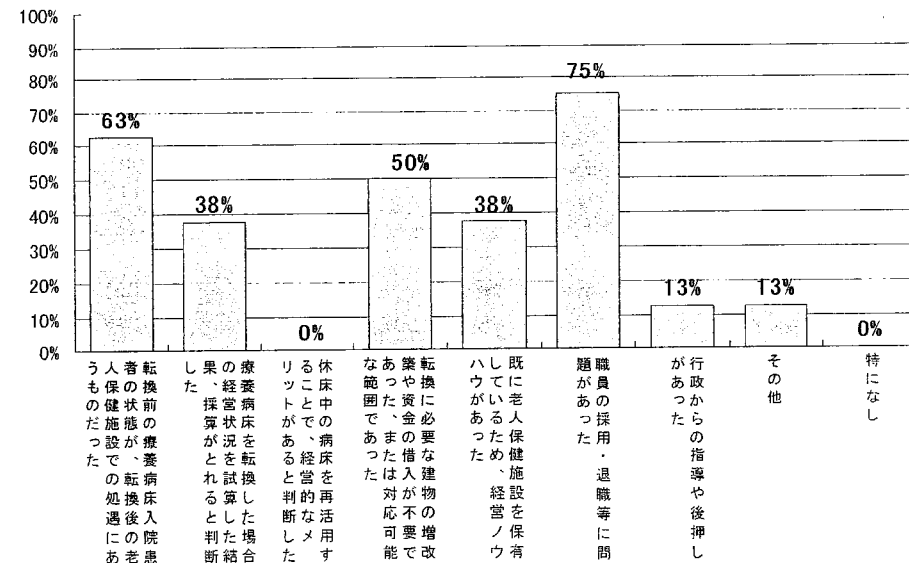


## 老人保健施設への転換理由

転換予定医療機関:老健への転換を決定した理由



転換した介護療養型老健:老健への転換を可能とした理由



## 介護療養型老人保健施設の施設要件

要件1) 算定日が属する月の前12月間における新規入所者のうち、「医療機関」から入所した者の割合と「家庭」から入所した者の割合の差が、35%以上を標準とする（本要件は、平成20年4月以降の入所者について平成21年4月から適用する。ショートステイの入所者は含まない。）

要件2) 入所者について、

- ・算定日が属する月の前3月間において、全入所者のうち「経管栄養」又は「喀痰吸引」を実施している者の割合が15%以上
- ・算定日が属する月の前3月間において、全入所者のうち「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクMに該当する者の割合が20%以上

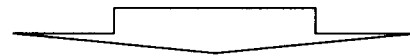
のいずれかの要件を満たすこと

### 60床以下の小規模施設での夜間の看護・介護配置の比較

	医療療養病床 (診療所)	医療療養病床 (病院)	介護療養病床 (診療所)	介護療養病床(病院)	従来型 老人保健施設	介護療養型老人保健施設	
					介護保健施設 サービス費(I)	介護保健施設 サービス費(II)	介護保健施設 サービス費(III)
看護職員 又は 看護要員	看護要員 1人以上	看護要員 2人以上 うち1人は 看護職員	—	入院患者数30 人ごとに 看護又は介護 1以上 (最低2人以上、 うち1人は 看護職員)	看護又は介護 2人以上 (40人以下の施設で常時、緊急時の連絡体制を整備しているものにあつては1以上)	(オンコール体制を整備し) 看護又は介護 2人以上 (うち、看護職員が4:1)	(40人以下の施設で、 オンコール体制を整備し) 看護又は介護 1人以上
介護職員	—	—	—	—	—	—	—

## 介護従事者の処遇改善を図るための報酬上の評価について

- 介護サービスについて、質を担保しつつ、安定的に提供するためには、介護従事者の処遇改善に取り組む必要がある。
  - 介護従事者の処遇改善に資するためには、介護報酬改定において、
    - ① 夜勤など負担がかかる業務に対して、的確に人員を確保するための対応
    - ② 介護従事者の能力に応じた給与を確保するための対応
    - ③ 介護従事者の賃金の地域差に対する対応
 を行う必要がある。
- よって、介護従事者の処遇改善に資するよう、次の3つの観点からの検討を行う必要がある。
- ① 労力を相当程度要し、人員を必要とする場合に対する評価
  - ② 介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価
  - ③ 介護報酬の制度における地域差の勘案方法の適切な見直し



- ①については、個々のサービスにより状況が異なることから、各サービスの議論の動向を踏まえつつ、本分科会において個々のサービス毎に検討。
- ②については、介護サービスに共通の事項であり、次ページ以降において検討する。
- ③については、介護報酬の地域ごとの1単位当たり単価の設定について検討中。



## 介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価について

### <検討にあたっての基本的な考え方>

- 質の高い介護サービスの提供を目指すためには、そうした質の高い介護サービスを提供することについて一定程度のインセンティブを確保する必要がある。
- 一方、現段階では、介護サービスの質を評価するための指標が必ずしも確立されているとは言えず、今後、介護サービスの質を評価するための具体的な指標についての研究が必要である。
- そうした中、サービスの質の高さに関連していると考え得る介護サービスは、以下のとおり。
  - ・ 資格を有する等専門性のある介護従事者による介護サービス
  - ・ 一定程度事業所に定着している介護従事者による安定的な介護サービス
- こうした介護サービスを担保するためには、専門性のある介護従事者の雇用確保や介護従事者の定着を図るなどの観点から、介護従事者の処遇改善を促すことが必要となる。
- よって、介護サービスの質を評価する具体的な指標ができるまでの当面の措置として、
  - ・ 介護従事者の専門性等といったキャリアに着目した評価や、
  - ・ 介護従事者の定着を図るために処遇改善に資する取り組みに努めている事業者に対する評価を行い、サービスの質の確保のインセンティブとして介護従事者の処遇改善に資する報酬改定を検討する。

## 介護従事者の現状

### 1. 介護従事者の賃金等

- 勤続年数、平均年齢等の要素の違いがあり、単純な比較はできないが、
  - ・ 介護分野の賃金水準は産業全体と比較して低い傾向にある。
  - ・ ホームヘルパーや福祉施設介護員の賃金は、医療福祉分野における他の職種の者と比較して低い傾向にある。

### 一般労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

	男性				女性				
	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	
産業別	産業計	68.0	41.9	13.3	372.4	32.0	39.2	8.7	241.7
	小売業	60.7	38.8	11.7	325.0	32.0	38.7	7.8	213.2
	飲食店	64.9	37.2	8.1	304.6	35.1	40.6	6.9	196.4
	宿泊業	58.0	41.1	9.1	285.9	42.0	39.5	6.2	196.3
	社会保険・社会福祉・介護事業	26.3	38.3	7.7	284.0	73.7	39.0	6.9	225.3
	サービス業	66.9	41.7	9.9	349.7	33.1	38.2	6.4	233.8
職種別	看護師	6.0	33.4	5.8	307.1	94.0	35.8	6.6	313.4
	准看護師	7.2	38.0	8.4	275.7	92.8	44.5	10.0	275.3
	保育士	5.0	29.7	5.8	238.0	95.0	33.1	7.9	216.1
	ケアマネジャー	22.8	38.6	6.7	284.8	77.2	45.0	7.1	261.8
	ホームヘルパー	17.8	36.7	3.5	239.3	82.2	45.3	5.1	207.4
	福祉施設介護員	29.5	32.6	4.9	225.9	70.5	37.4	5.2	204.4
	百貨店店員	28.7	39.0	13.2	300.8	71.3	38.3	9.5	202.5
	販売店員(百貨店店員を除く)	48.7	35.8	7.9	274.0	51.3	38.1	6.5	194.3
	スーパー店チェッカー	9.1	33.8	6.3	231.9	90.9	37.5	6.9	169.9
	給仕従事者	33.8	35.5	6.0	250.2	66.2	41.0	6.0	184.2

(資料出所) 厚生労働省「平成19年賃金構造基本統計調査」

注1) 一般労働者とは、一般労働者とは、短時間労働者以外の労働者をいう。

短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない労働者をいう。

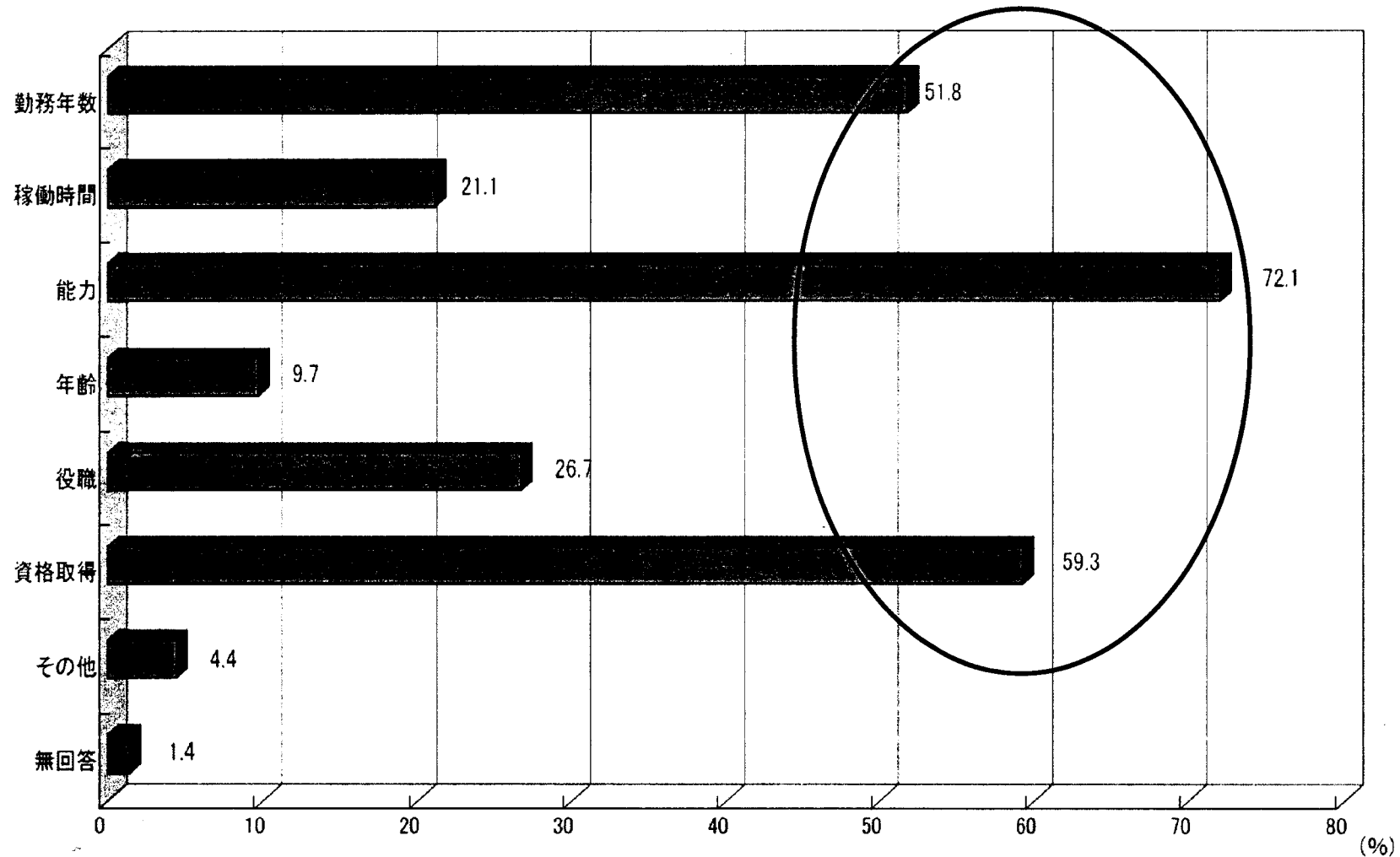
2) サービス業とは専門サービス業、学術・開発研究機関、洗濯・理容・美容・浴場業、その他の生活関連サービス、娯楽業、廃棄物処理業、自動車整備業、機械等修理業、物品賃貸業、広告業、その他の事業サービス業、政治・経済・文化団体が含まれる。

3) 福祉施設介護員は、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者をいう。

## 2. 基本給を見直す際に考慮している要素

○ 事業所が基本給を見直している際に考慮している要素としては、能力、資格取得、勤務年数をあげている事業所が多い。

基本給を見直している際に考慮している要素(複数回答)

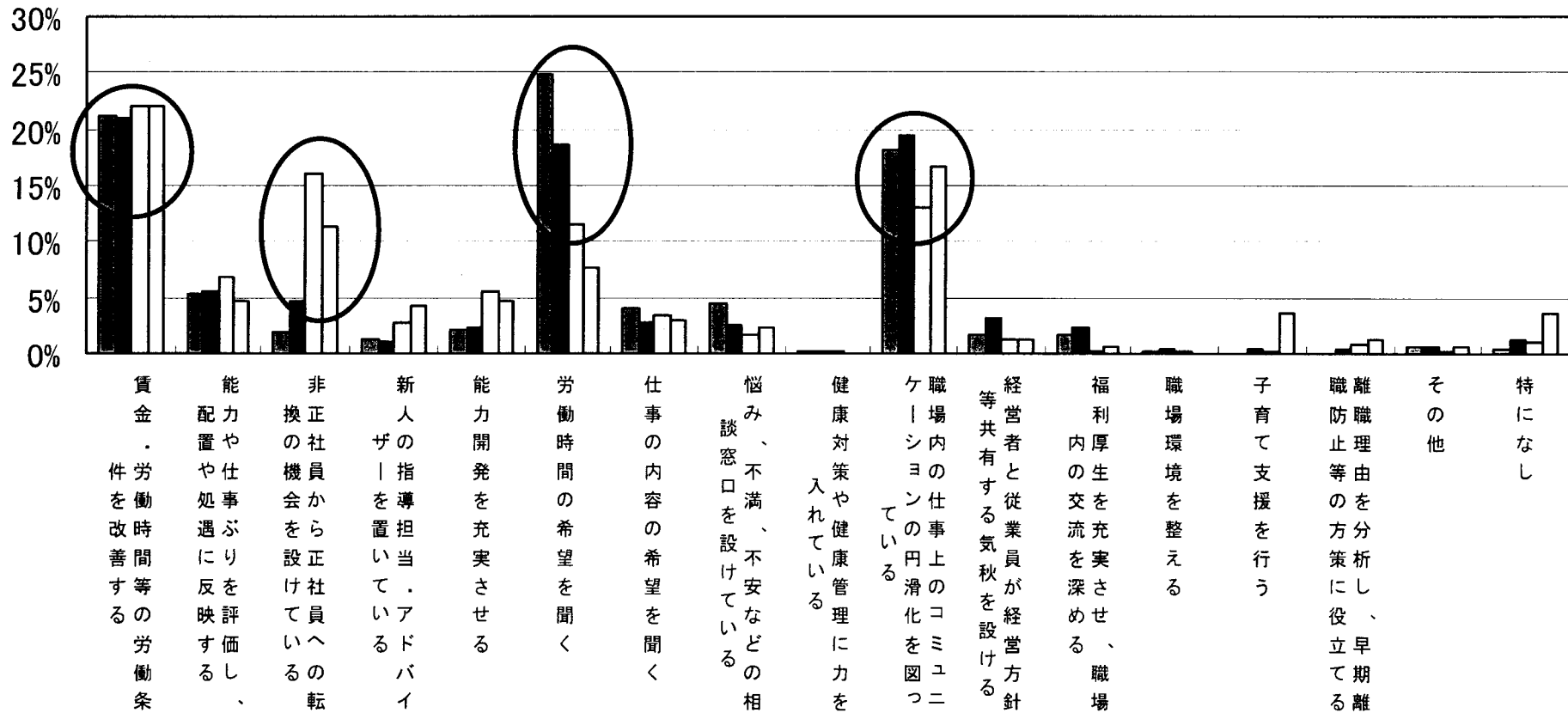


### 3. 事業所の早期離職防止や定着促進のための方策について

○ 事業所が早期離職防止や定着促進に最も効果のあった方策と考えるものは、以下のとおり。

- ・ 賃金・労働時間等の労働条件を改善する
- ・ 職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている
- ・ 非正社員から正社員への転換の機会を設けている(特に施設系に効果)
- ・ 労働時間の希望を聞く(特に訪問系に効果)

早期離職防止や定着促進に最も効果のあった方策

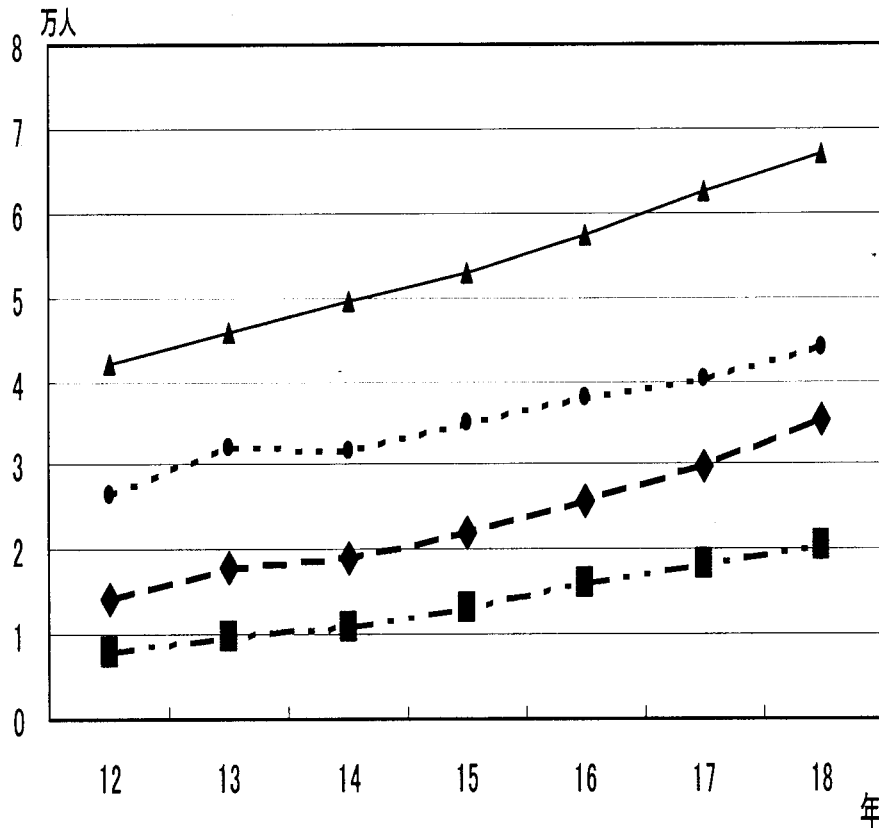


■ 訪問介護 ■ 通所介護 □ 特別養護老人ホーム □ 老人保健施設

#### 4. 介護職員の介護福祉士の資格取得状況

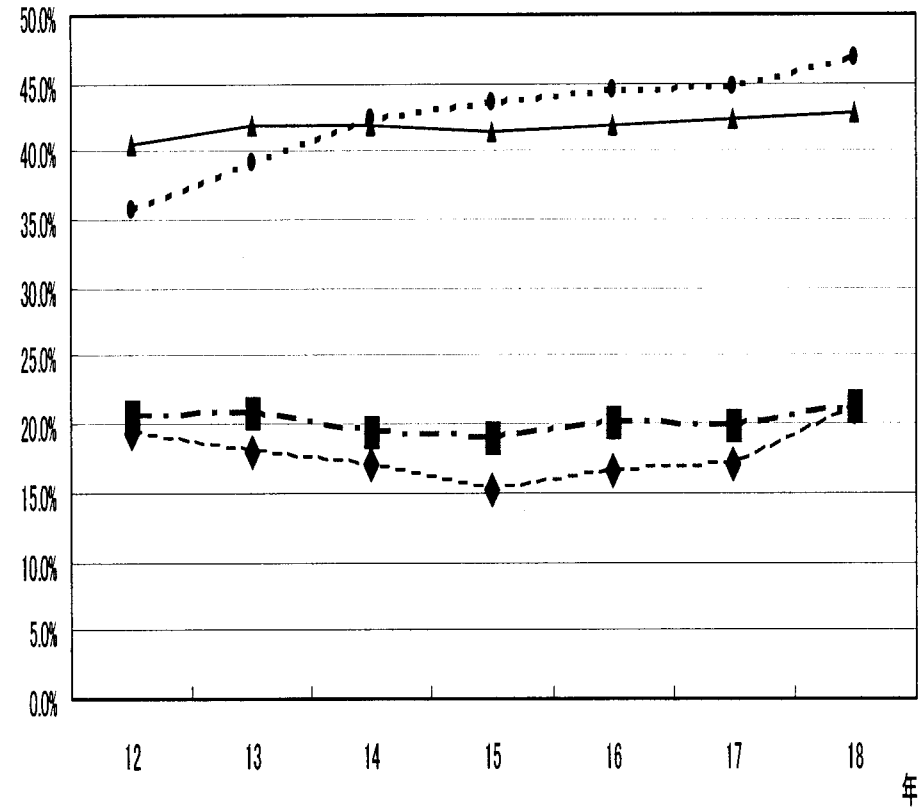
- 事業所や施設における介護職員の介護福祉士の資格取得状況は、年々増加傾向にある。
- 介護職員に占める介護福祉士割合は、介護老人保健施設では増加傾向にあり、その他のサービスでは横ばいである。

介護サービス施設・事業所における  
介護職員の介護福祉士取得状況(常勤換算従事者数)



—◆— 訪問介護 —■— 通所介護 —▲— 特養 —●— 老健

介護サービス施設・事業所における  
介護職員(常勤換算従事者数)の介護福祉士割合

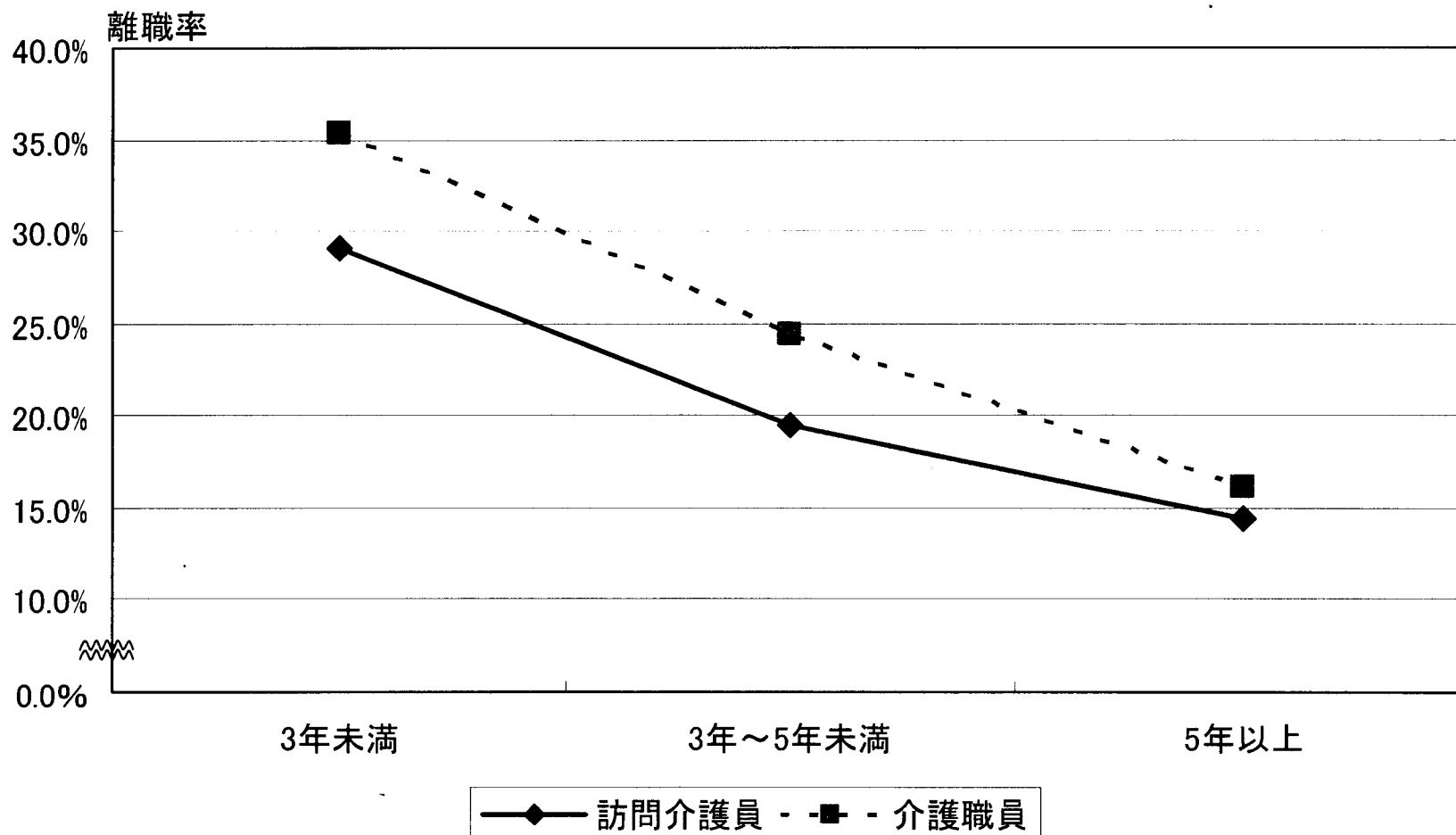


—◆— 訪問介護 —■— 通所介護 —▲— 特養 —●— 老健

## 5. 勤続年数と離職率について

○ 訪問介護員(正社員)と介護職員(正社員)で勤続年数が長いと離職率が低くなる傾向にある。

訪問介護員(正社員)と介護職員(正社員)の勤続年数と離職率



(出典) (財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」

## 6. 常勤職員と非常勤職員について

- 労働条件等の悩み等として、施設系(入所型)では夜勤帯における不安が相当程度あがっている。
- 施設系サービスと居宅系サービス(特に訪問系)では、サービス提供の形態が異なることが勤務形態の差に表れているのではないか。

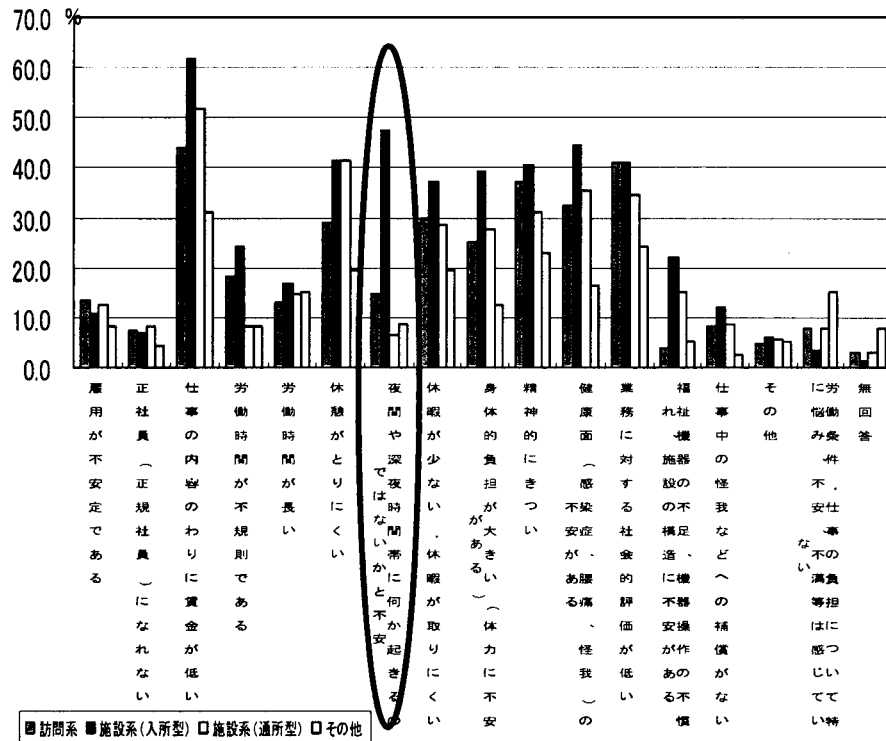
### ① 施設系サービスについて

- ・ 常時一定量の業務があり、また、夜勤の必要がある。

### ② 居宅系サービス(特に訪問系)

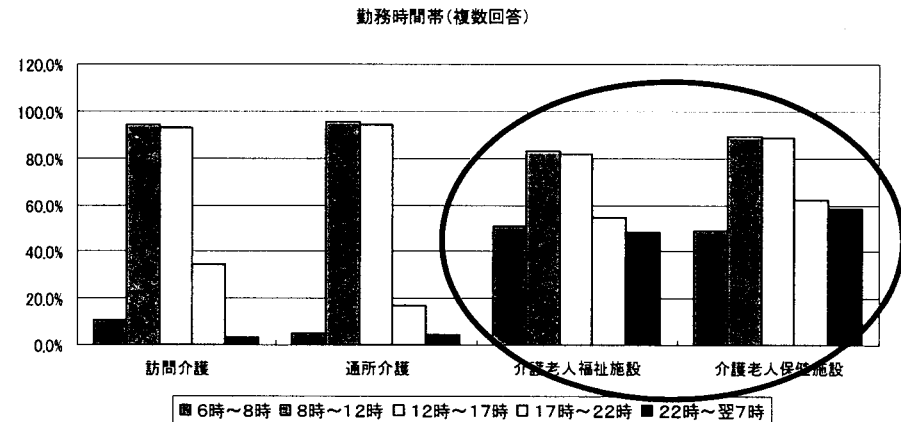
- ・ 利用者の食事時や入浴時等の介助へのニーズが高く、サービス提供時間(サービス提供量)に偏りがある。

労働条件等の悩み、不安、不満等(複数回答)



(出典)(財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」

<勤務時間帯>



(出典)(財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」

<サービス別常勤・非常勤割合>

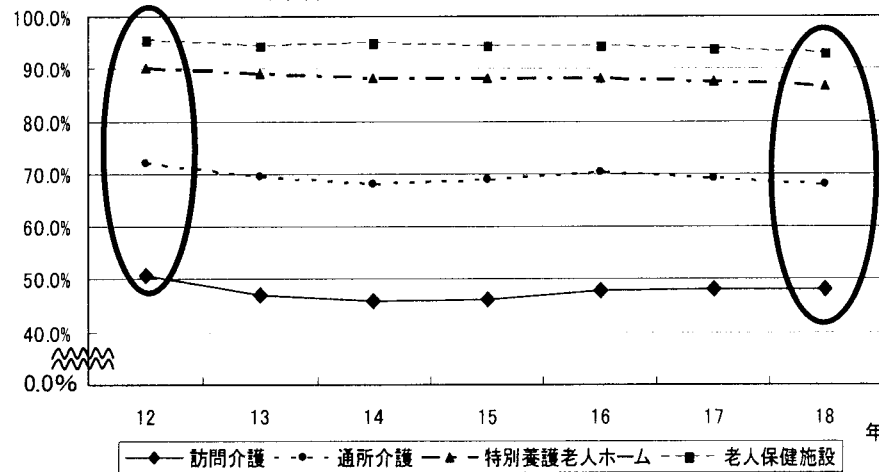
サービス	常勤割合	非常勤割合
訪問介護	48.1%	51.9%
通所介護	67.9%	32.1%
特別養護老人ホーム	86.8%	13.2%
老人保健施設	93.0%	7.0%

(出典)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成18年)

## 7. 介護職員の常勤割合と勤続年数について

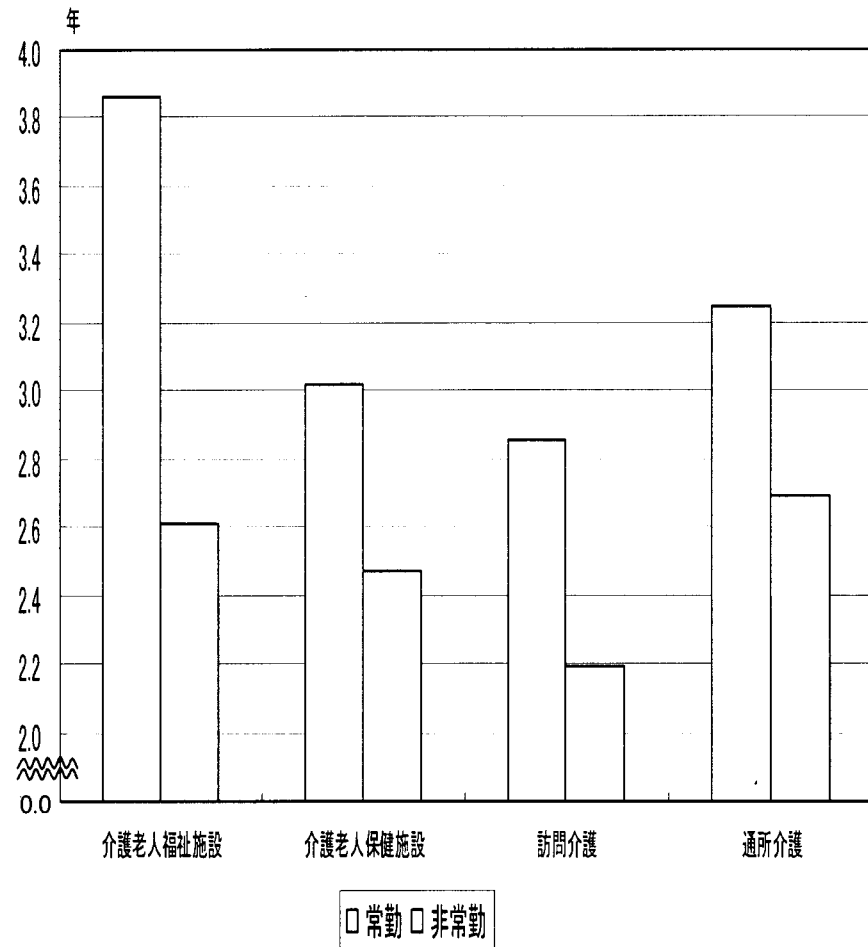
- 介護職員(常勤換算従事者数)における常勤職員割合は、平成12年から徐々に低下傾向にある。
- また、常勤労働者の方が、非常勤労働者に比べ、勤続年数が長い傾向がある。
- 施設系では、非正社員から正社員への転換の機会を設けていることが定着促進等に効果がある。

主な介護サービスの常勤職員割合



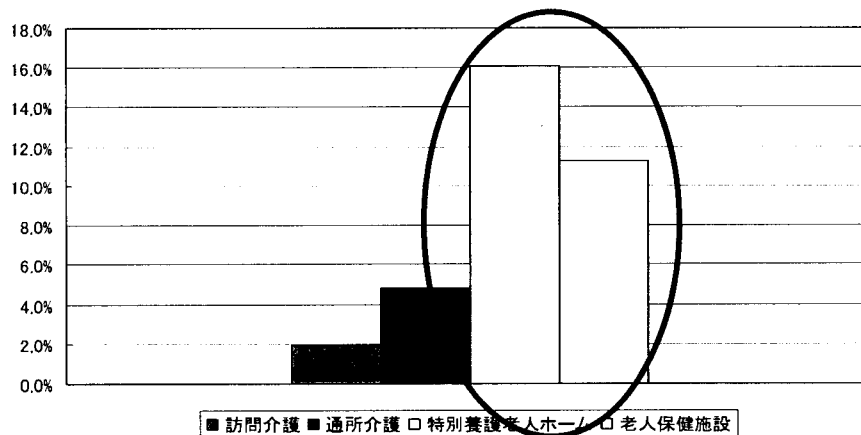
(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成12年～平成18年)

常勤・非常勤の勤続年数



(出典)(財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」を  
 基に厚生労働省老健局において算出  
 注)常勤とは、正社員と非正社員のうちの常勤労働者をさす。

### 早期離職防止や定着促進に最も効果のあった方策【再掲】 (非正社員から正社員への転換の機会を設けている)



(出典)(財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」



## 8. 特定事業所加算を算定している事業所の状況について

○ 訪問介護における特定事業所加算について、全体の事業所の経営状況と比較すると、加算を取得している事業所の介護職員(常勤換算)1人当たり賃金は高い。

平成20年経営実態調査 訪問介護(予防を含む)

	全事業所		加算事業所	
	千円		千円	
1 介護料収入	2,524		2,691	
2 その他	6		27	
3 給与費	2,060	81.5%	2,315	85.5%
4 その他	473	18.7%	453	16.7%
5 収入(補助あり)	2,528		2,707	
6 支出	2,511		2,744	
7 差引	17	0.7%	-37	-1.4%
8 事業所数	1,730		77	
9 延べ訪問回数	725.5回		709.8回	
10 常勤換算職員数(常勤率)	8.6人	42.8%	8.7人	52.3%
11 介護職員常勤換算数(常勤率)	7.7人	40.8%	8.1人	56.6%
常勤換算1人当たり給与				
常勤				
12 介護福祉士	264,107円	1.17	308,632円	
13 介護職員	223,124円	1.17	260,711円	
非常勤				
14 介護福祉士	230,476円	1.09	250,294円	
15 介護職員	212,046円	1.00	210,989円	
16 訪問1回当たり収入	3,485円	1.09	3,814円	
17 訪問1回当たり支出	3,462円	1.12	3,866円	
18 常勤換算職員1人当たり給与	231,665円	1.14	263,246円	
19 介護職員(常勤換算)1人当たり給与	225,099円	1.14	256,447円	
20 訪問介護員常勤換算1人当たり訪問回数	93.7回	0.94	87.7回	

## これまでの指摘等の概要

### 介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム報告

(H19.12.10)

#### 3 今後の検討課題について

##### (1) 各事業に共通する事項について

##### ② キャリアアップについて

- 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討する必要があるのではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

##### (3) 施設系の事業について

- 施設入所者の重度化の進展などを踏まえた施設の人員配置基準の在り方や介護福祉士等の専門性の高い職員を多く配置した場合の評価の在り方、任用要件について検討すべきではないか。

### 介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(H20.5.20 参議院厚生労働委員会)

三、次期介護報酬改定に当たっては、介護従事者等の処遇の改善に資するための措置を講ずること。なお、地域差の実態を踏まえ、必要な見直しを検討すること。また、サービス提供責任者等の処遇に配慮するとともに、介護福祉士等の専門性を重視し、有資格者の評価の在り方について検討を行うこと。

## 基本的な論点

- 介護従事者の処遇改善を図り、質が高い介護サービスを提供するための介護報酬の在り方については、以下のような視点に基づき検討してはどうか。
  - ・ 介護従事者の専門性等のキャリアに係る適正な評価
  - ・ 介護従事者が定着し、安定的にサービス提供を行うことに対する適正な評価
  
- 介護従事者の処遇改善を図り、質の高い介護サービスを提供することを目的とすることから、全サービス共通した評価を検討すべきところ、具体的な要件の検討にあたっては、サービス種類毎に、サービスの提供実態に応じて行う必要があるのではないか。
  - ① 施設サービス
    - ・ 常時一定量の業務があり、また、夜勤の必要がある。
    - ・ 常勤割合・介護福祉士割合がともに高い。
  - ② 通所サービス
    - ・ 利用者の食事時や入浴時等の介助へのニーズが高い一方で、預かりサービスとして、日中には一定量の業務がある。
    - ・ 常勤割合・介護福祉士割合がともに一定程度。
  - ③ 訪問サービス
    - ・ 利用者の食事時や入浴時等の介助へのニーズが高く、サービス提供時間に偏りがある。
    - ・ 常勤割合・介護福祉士割合がともに低い。

## 具体的な論点

- 介護従事者の専門性等に係る適正な評価及びキャリアアップを確保する観点から、有資格者などの専門性を有した介護従事者を多く雇用する事業者に対して報酬上の評価を行ってはどうか。
- その際、ホームヘルパーに対する研修や介護福祉士を多く雇用する事業所を報酬上評価している特定事業所加算を参考にしてはどうか。
- また、質の高い介護サービスを安定的に提供することを可能とするため、介護従事者の定着の観点から、一定以上の勤続年数を有した者の割合に着目した評価について検討してはどうか。
- さらに、常時一定量のサービス提供が必要なサービスについては、介護サービスを常時安定的に提供することを可能とする観点からも、常勤職員の割合に着目した評価について検討してはどうか。

## 介護従事者の給与水準等の処遇に関する情報の公表について

### 1. 経緯等

- 10月30日の「新たな経済対策に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議」において「生活対策」が決定され、平成21年度の介護報酬改定を行うことにより、介護従事者の処遇改善を図ることとされた。
- その趣旨を踏まえ、報酬改定が介護従事者の給与水準等の処遇改善に結びつくよう、様々な施策を講じる必要があるが、介護従事者の給与水準の公表が円滑に実施されるよう必要な措置を講ずるべきとの意見がある。(参考1、第58回介護給付費分科会提出資料)
- また、将来を見据えて取り組む施策として、介護従事者の処遇改善により、介護の質の向上を促すため、介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表を推進すべきとの意見がある。
- こうした指摘を踏まえ、介護従事者の給与水準等の処遇に関する情報の公表について、どのように考えるか。

#### 【参考1】安心と希望の介護ビジョン (H20.11.20) 抄

「安心」と「希望」のある超高齢社会を実現するために、2025年を見据えて取り組む施策

#### 3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現

##### (1) 各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の公表

- 介護従事者の処遇改善により、介護従事者の士気の向上、ひいては介護の質の向上を促すために、各事業所における介護従事者の労働条件や給与水準、教育訓練など、介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表を推進(基本的にすべての事業者が公表することを目指す)。

## 2. 主な論点等

- 今回の報酬改定にあたり、給与情報等の公開について、取組を行うとすれば、以下のような選択肢が考えられるのではないかと。
- ① 介護事業者が介護従事者の処遇改善への取組み状況等を自主的に公表すべきものとする。
- ② 介護保険のスキームを活用し、介護事業者に介護従事者の処遇改善に関する情報公表の一定の義務を課すものとする。
- その際、以下の点についてどのように考えるか。
  - ・ 給与等は、事業者と介護従事者との個々の雇用契約で決められるものであり、その内容については労使間の協議に委ねるべきものではないか。
  - ・ 仮に、公表するとした場合、処遇改善の方法としては、給与以外にも有給休暇等の労働条件、教育訓練等も想定されることから、こうした情報も含める必要があるのではないかと。
  - ・ 給与等は、事業者が自主的に公表することは望ましいとしても、その場合でも、国や事業者団体が一定のガイドライン等を作成することで、事業者の取組を支援することも重要ではないかと。
    - ※ 給与等は個人情報に関連する情報であり、プライバシー保護に配慮する必要がある。
- なお、厚生労働省としては、介護報酬改定により、介護従事者の給与等の処遇改善が図られているか等について事後的に検証することとしている。

### 【参考2】

- ・ 個人情報保護法においては、個人情報取扱事業者が、同意を得ずに個人が特定される形で情報を公表すると個人情報保護法違反となる。
  - また、個人情報取扱事業者でなくとも、同意を得ずに個人が特定される形で情報を公表すると、プライバシーの観点から民事上の責任を問われる可能性がある。
- ・ 国家公務員については、情報公開法に基づき個人の給与は非開示となっている。ただし、俸給表が法定されていることから、一定の推定は可能である。地方公務員についても、基本的には国家公務員と同様であるが、地方公務員法の規定に基づき、地方公共団体ごとに条例で定めるところにより、給与、勤務時間その他の勤務条件等を公表することとされている。

## 介護従事者の処遇改善と人材確保対策(イメージ)

### (1) 介護報酬改定等による対応

#### ○介護報酬の引上げ(3.0%) ☆

- ・地域差、小規模事業所への対応
- ・手厚い人員配置や有資格者を多く配置する事業者に対する評価 等

#### ○キャリアアップの仕組みの構築 ☆

- ・有資格者を多く配置する事業者に対する評価(再掲)

#### ○介護報酬改定の影響の検証 ※

- ・介護従事者の給与の改善が図られているか等について事後的に検証

#### ○人員配置基準の見直し ☆

- ・効率的な経営及び人材確保を図る観点等からの基準の見直し(サービス提供責任者等)

→ 介護事業者や施設に対して、管理者を含めた介護労働者の給与水準の公表が円滑に実施されるよう必要な措置を講ずること(見直された介護報酬が介護労働者の給与へ行き渡ったことを、国民の目に見える形で検証できる仕組みを導入すべき)との意見がある。

### (2) 介護報酬改定以外の対応

#### ○介護人材の緊急確保対策(第2次補正)

- ・介護福祉士等修学資金貸付事業の拡充
- ・母子家庭の母親の介護福祉士等の資格取得支援
- ・介護人材の参入促進のための相談・助言、潜在的有資格者等養成支援、複数事業所連携、年長フリーター等を介護人材として確保・定着させた事業者への助成、介護作業負担軽減のための設備・機器導入奨励金

#### ○雇用管理改善に取り組む事業者へ支援 ※

- ・雇用管理改善の業務を担う人材の雇入れ助成
- ・キャリアアップ・処遇改善等の各種人事制度の導入等を行う事業者に対する助成
- ・外部のコンサルタントを活用した雇用管理改善等に関する相談援助 等

#### ○福祉・介護分野での労働力需給調整機能の強化 ※

- ・福祉人材ハローワーク(仮称)の創設等による福祉・介護分野におけるマッチング機能の強化 等

#### ○経営モデルの作成・提示

- ・効率的な経営を行うために参考となる経営指標や経費の配分モデルの作成・提示

#### ○社会的な評価を高めるための取組み

- ・介護の日の制定 等

☆:報酬や基準改正を行う場合、分科会における諮問・答申が必要な事項

ω ※:平成21年度概算要求事項

# 介護サービス事業者の事業運営の効率化について

## 1. これまでの対応

- 介護サービスの質を維持・向上させるには、介護サービス事業の安定的かつ効率的な経営が不可欠。
- しかしながら、介護事業の運営上、
  - ・ 書類作成や事務に係る負担が大きい
  - ・ 人員配置基準が業務の実態に即したものとなっていない等の課題が指摘されている。
- このため、まず事務負担の見直しについて、事業者団体等の意見を踏まえ、事務手続き・書類等の削減・簡素化しても必要な情報を得られるものについて見直しを行い、本年8月以降順次実施したところ。

## 介護サービス事業に係る事務負担の見直しについて(概要)

### 1. 他の事務手続き・書類と重複しているため代替するもの

8種類、延べ19サービスの申請書、加算の書類等について、他の書類等で代替する。

### 2. 様式や項目を削減・簡素化するもの

6種類、延べ16サービスの指定申請書、サービス計画等について、様式の削減・廃止、重複している項目の削除を行う。

### 3. 事務手続・書類作成の頻度の見直し

福祉用具貸与に係るサービス担当者会議及び施設における各種委員会等について、運用を弾力化することにより、開催頻度を減らす。(社会保障審議会介護給付費分科会諮問・答申事項)

※ 1～3の検討方針については、各自治体に示し、各自治体においても適切な介護サービスの提供の確保に支障を来たすことのないよう考慮した上で、削減・簡素化の見直しを行うよう要請している。

### 4. 施行

平成20年8月1日施行。運営基準の改正を伴うものは介護給付費分科会の答申を経て同年9月1日施行。



## 2. これまでの議論の状況

### (1) 人員配置基準の見直し

○ 介護サービス事業者の事業運営の効率化及び人材確保を図る観点等から、これまでのところ、以下の人員配置基準について議論が行われた。

- ① 訪問介護事業所のサービス提供責任者：常勤要件を一定程度緩和
- ② 夜間対応型訪問介護事業所のオペレーター：資格要件を一定の範囲内で緩和
- ③ 小規模多機能型居宅介護事業所の夜勤体制：宿泊サービス利用者がいない場合の要件緩和

事項	現行の基準・要件
訪問介護のサービス提供責任者	サービス提供時間450時間又は訪問介護員等の数10人ごとに常勤の者1以上
夜間対応型訪問介護のオペレーター	看護師、介護福祉士、医師、保健師又は社会福祉士である者1以上
小規模多機能型居宅介護の夜間職員配置	1以上

○ これらのほかにも、事業運営の効率化等の観点から、人員配置基準の見直しを検討してはどうか。

- (例)・介護老人保健施設の支援相談員(入所者100人ごとに常勤の者1以上を配置)  
・通所リハビリテーションのPT、OT、ST、看護職員又は介護職員(単位(利用者20人以内)ごとに常勤の者2以上)

### (2) 事務負担の見直し

更なる事務負担の見直しについても、具体的な提案を踏まえ、随時、検討し実施することとしている。