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

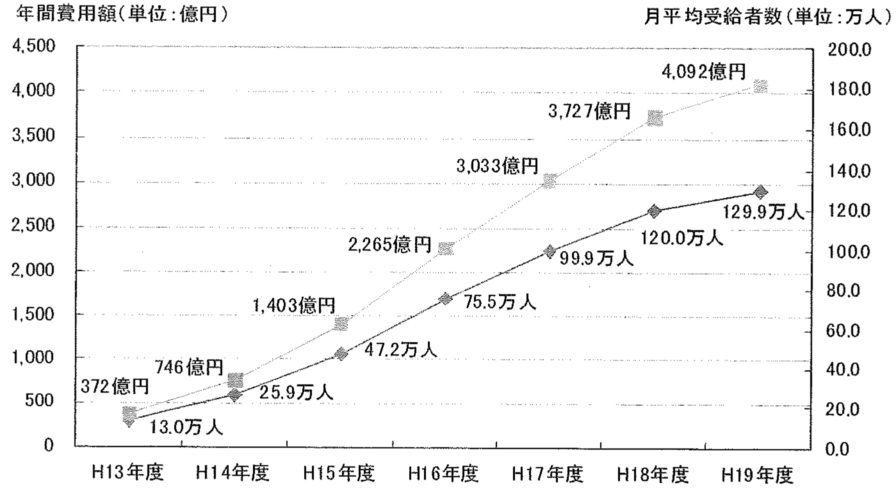
【認知症対応型共同生活介護の利用状況①】

○　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。

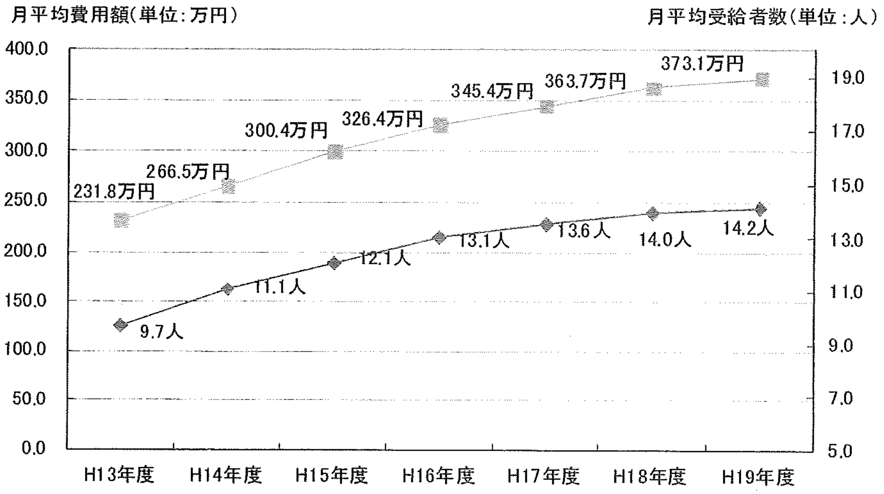
○　費用額及び受給者数（予防含む）は、増加を続けているが、平成18年度以降、増加幅は縮小している。

○　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



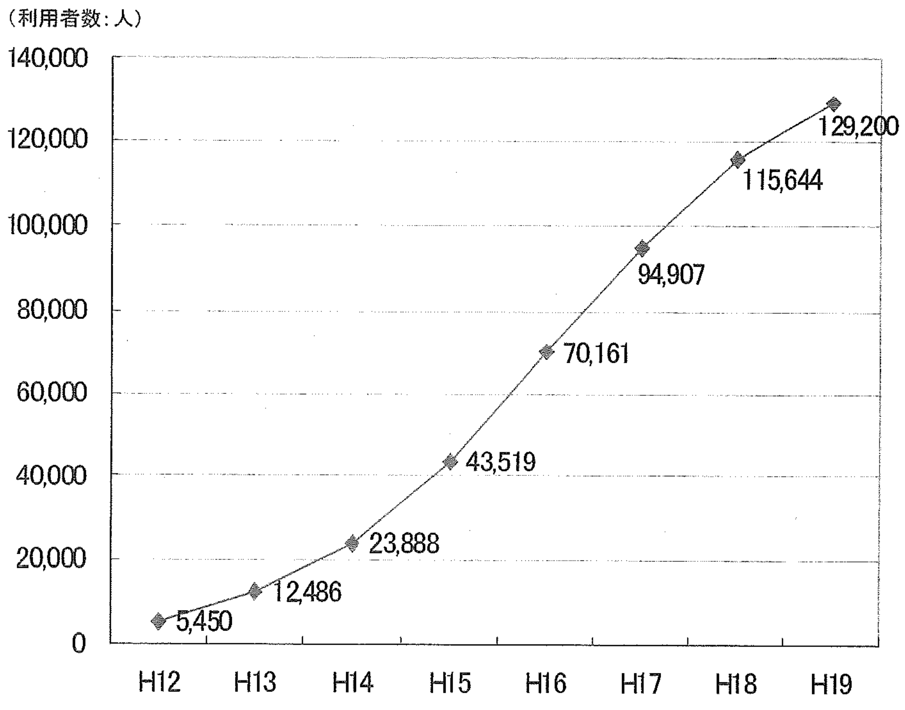
（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査」

【認知症対応型共同生活介護の利用状況②】

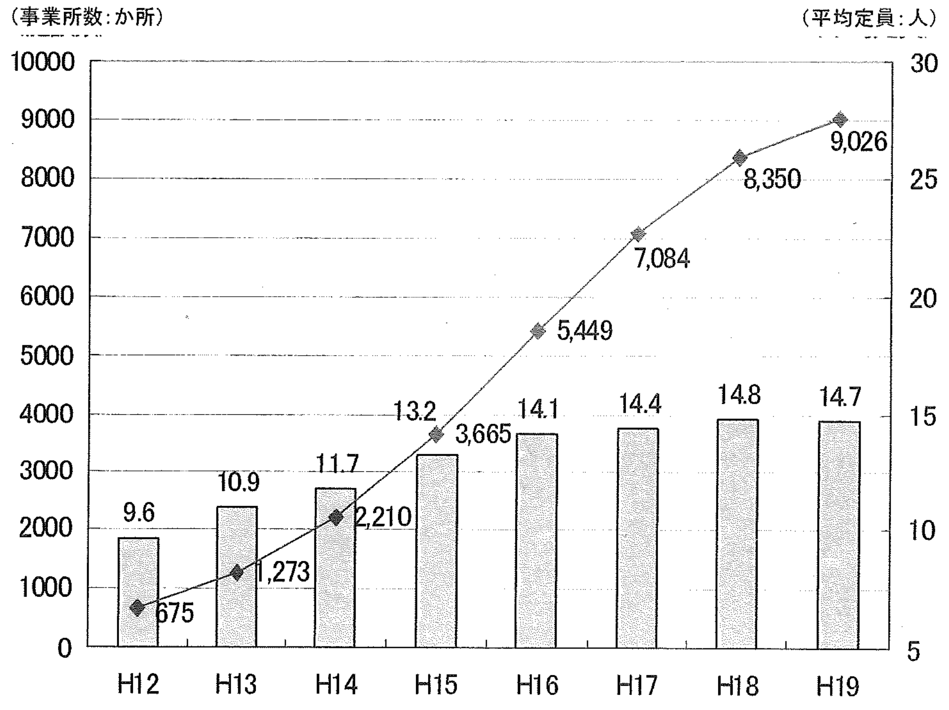
○ 事業所数及び利用者数は、介護保険制度の創設以降、増加を続けているが、平成18年度以降、事業所数の増加幅は縮小している。

○ 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



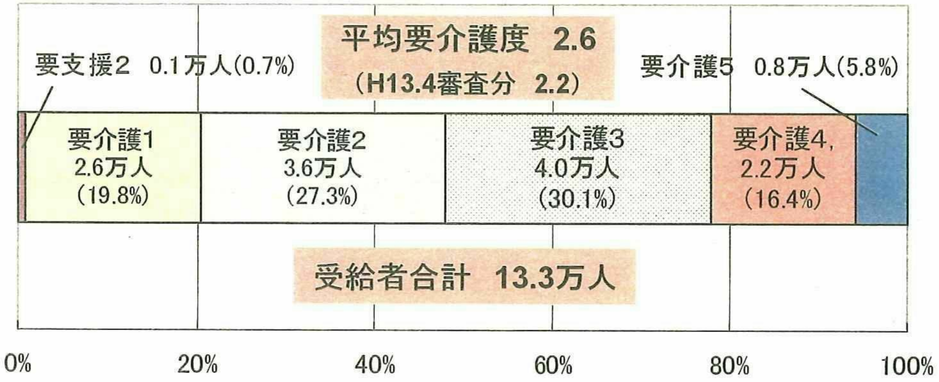
(資料出所)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(H19のみ認知症対策推進室調べ)

【認知症対応型共同生活介護の利用状況③】

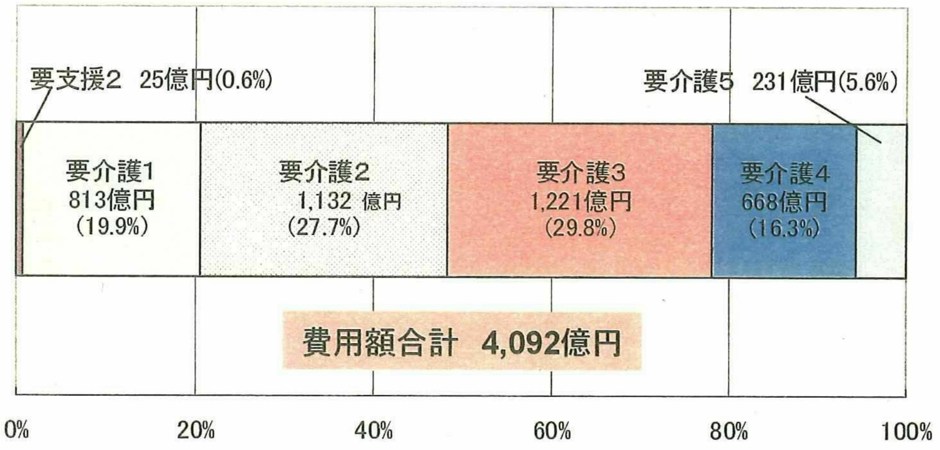
○　認知症対応型共同生活介護（予防含む）の受給者数は、13.3万人（平成20年4月審査分）であり、介護サービス全体の受給者の約4%である。

○　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)

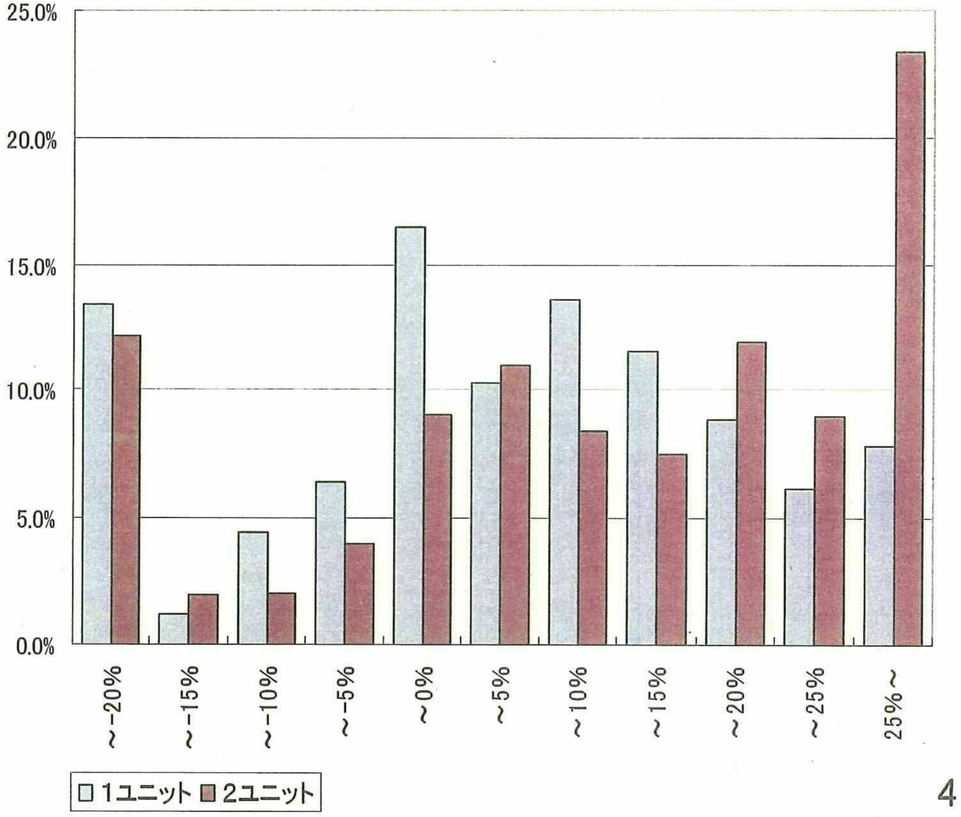
平成20年調査	1ユニット (9人以下) 3,722か所(41.2%)		2ユニット (10人~18人) 4,646か所(51.5%)	
収入(補助あり)	3,101		6,120	
支出	3,038		5,519	
うち給与費	1,922	62.0%	3,531	57.7%
差引	63	**2.0%**	601	**9.8%**

※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】

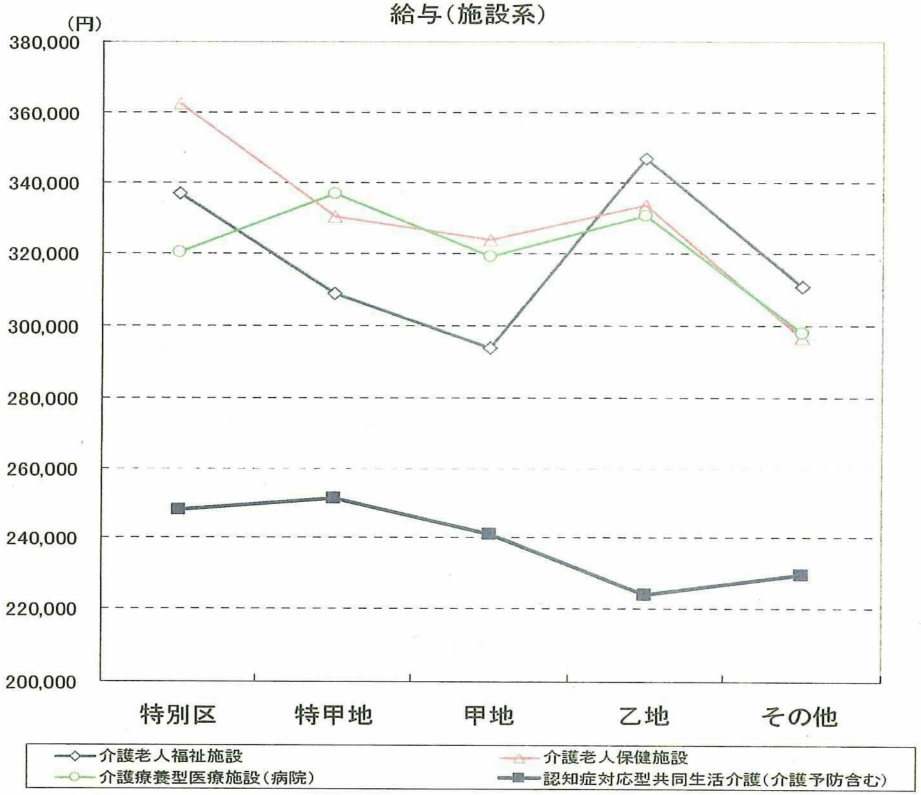
○看護、介護職員１人当たり給与、勤務状況等について

- 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	
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）



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。

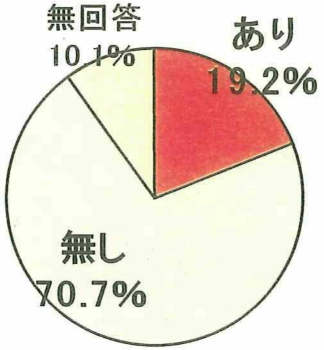
○ 地域への相談支援について

- 約23%の事業所が、相談支援を実施した経験がある。

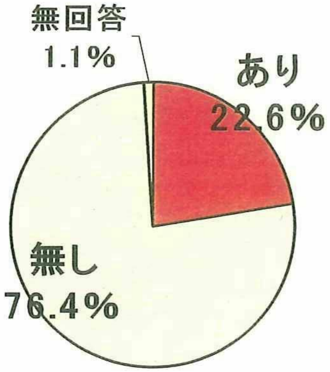
認知症対応型共同生活介護（予防含む）における退居者の状況

退居先及び退居理由	自宅	3施設	3施設以外	入院	死亡	うち看取り	その他	退居者計
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

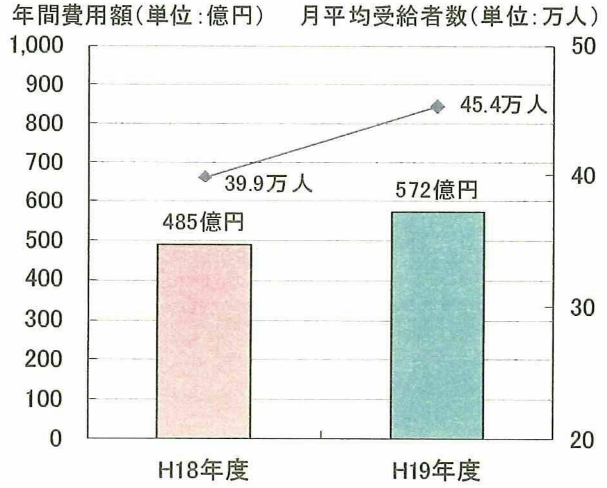
【認知症対応型通所介護の利用状況①】

○　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。

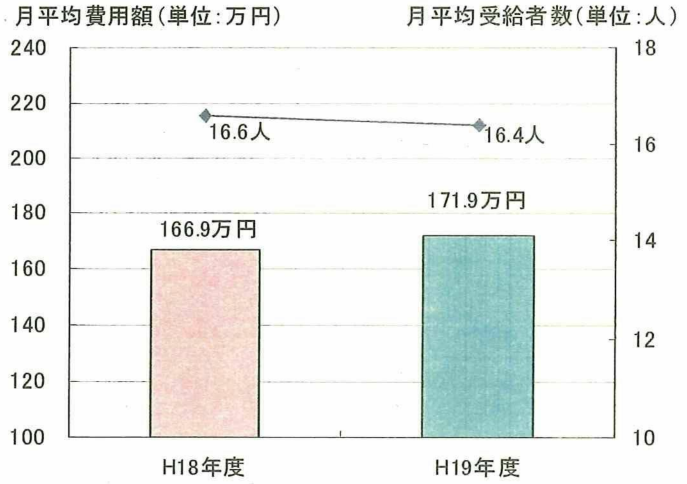
○　費用額及び受給者数（予防含む）は、平成18年度と比較して増加している。

○　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。

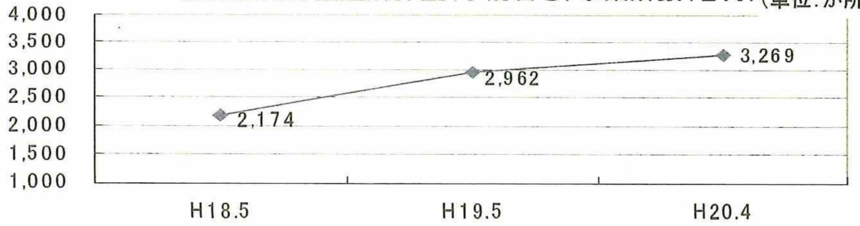
認知症対応型通所介護（予防含む）年間費用額・月平均受給者数



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)



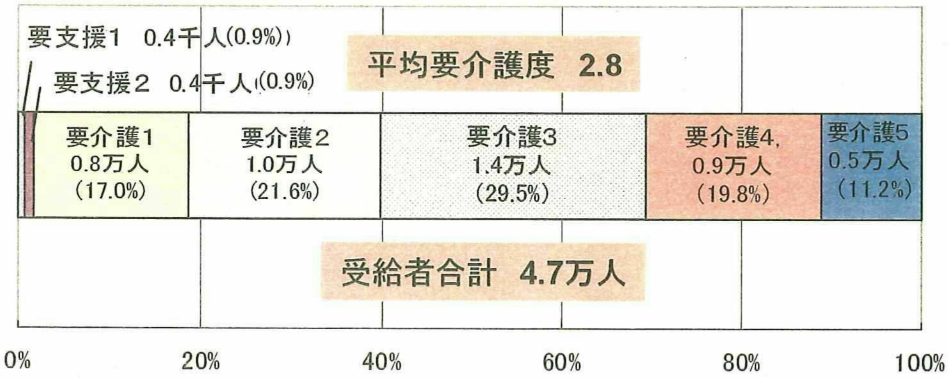
（出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」）

【認知症対応型通所介護の利用状況②】

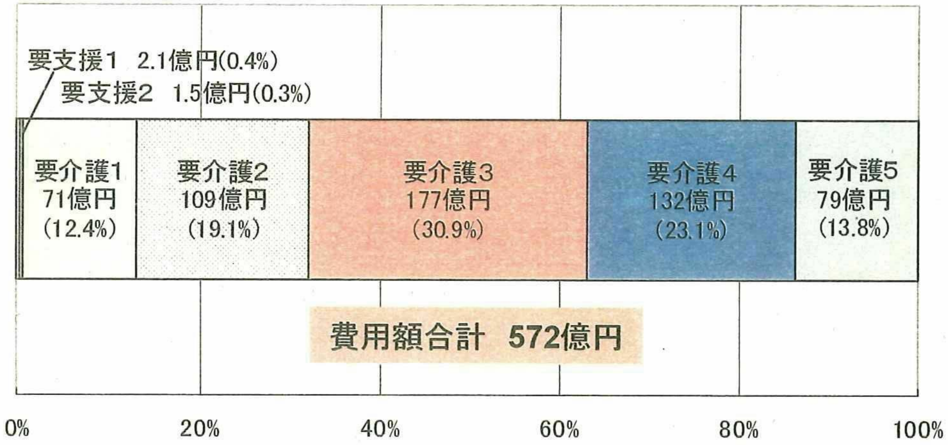
○　認知症対応型通所介護（予防含む）の受給者数は、4.7万人（平成20年4月審査分）であり、介護サービス全体の受給者の1%未満である。

○　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）

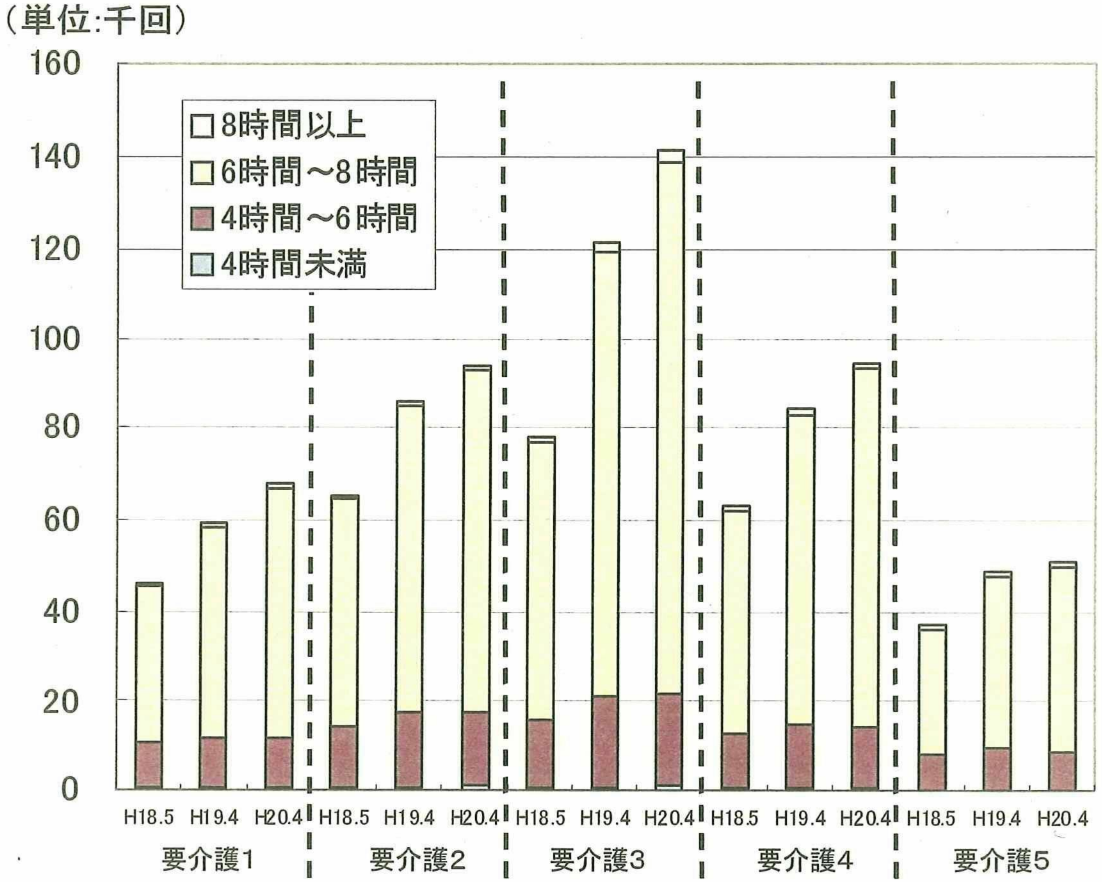
平均費用額		4.2万円
	要支援１	3.3万円
	要支援２	5.2万円
平均費用額		10.8万円
	経過的要介護	5.4万円
	要介護１	7.9万円
	要介護２	9.5万円
	要介護３	11.6万円
	要介護４	12.5万円
	要介護５	12.8万円

（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)



(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」

【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%）

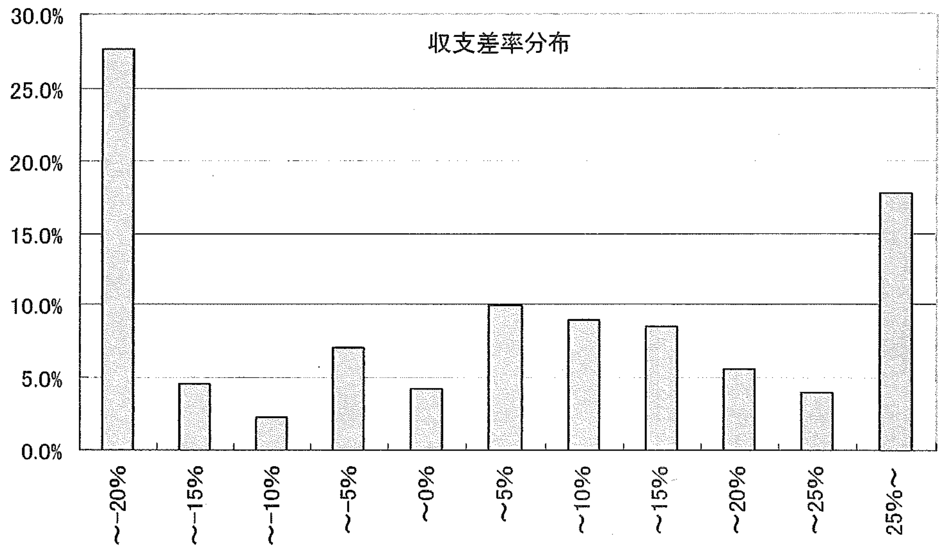
(出典)介護給付費実態調査平成20年4月審査分

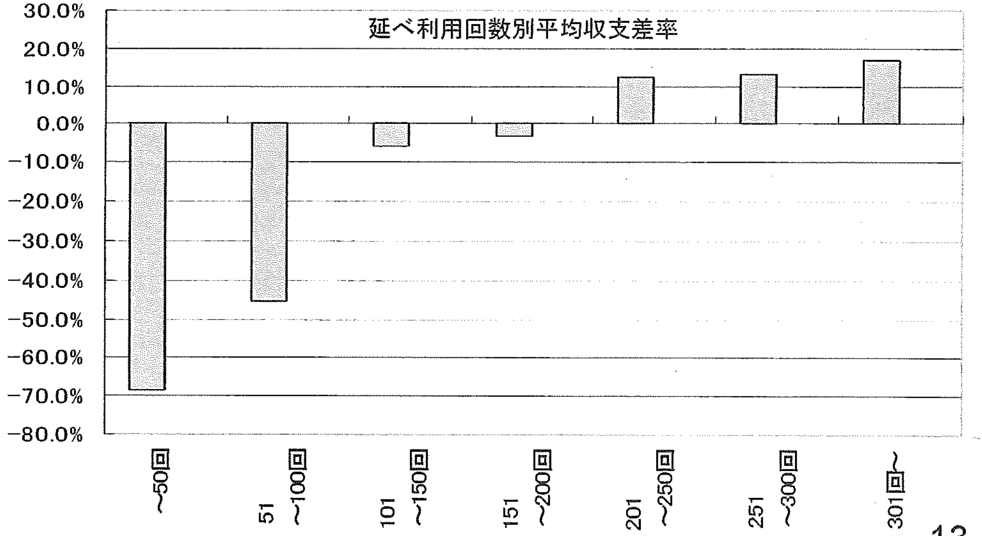
認知症対応型通所介護（予防含む）における調査結果

（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	**2.7%**

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

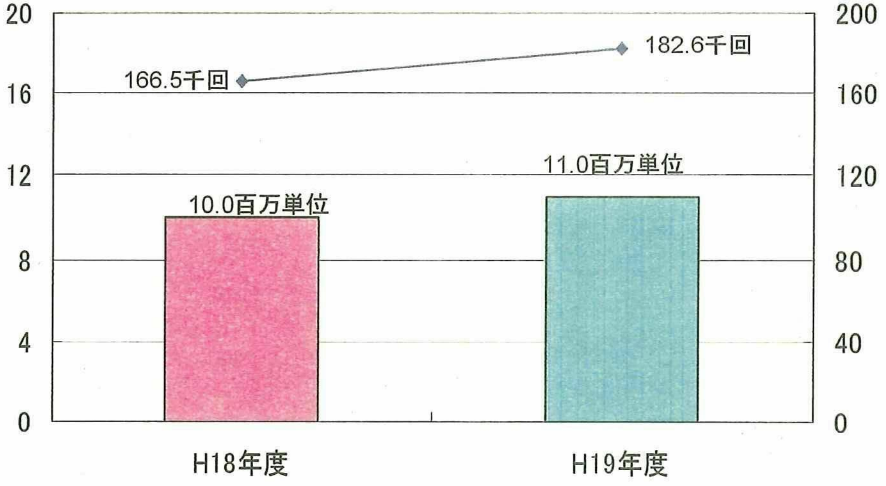
加算要件：①入所から３月以内

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

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



＊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)は認知機能を評価する尺度であり、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。

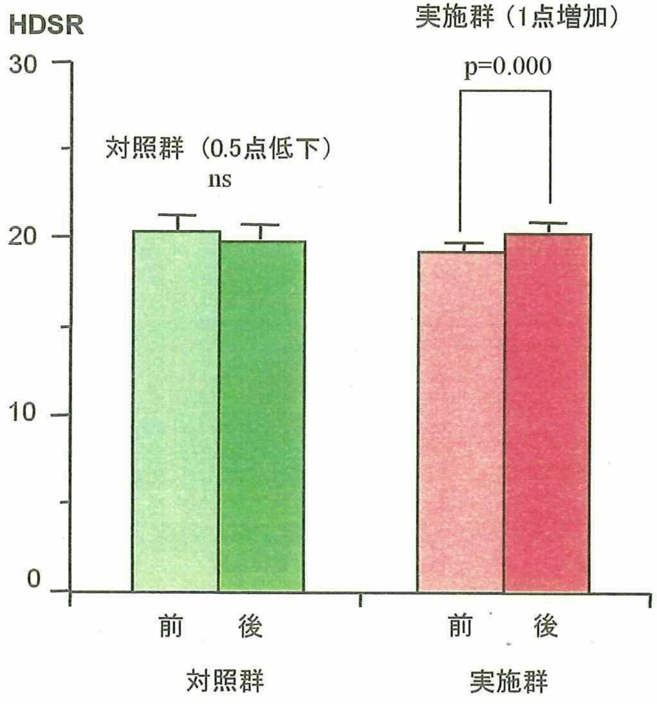
（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査」

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。

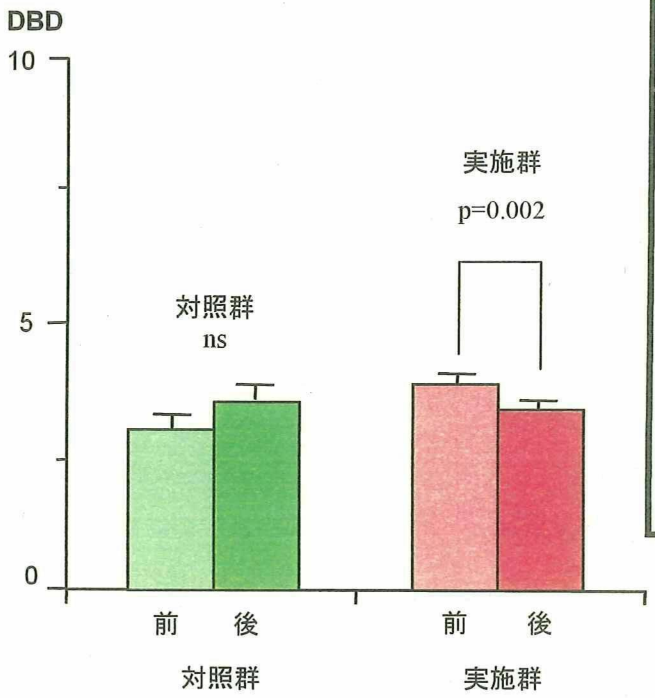
HDS-Rについて

・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



周辺症状の尺度（DBD）

	常にある	よくある	時にある	なし
ものをなくす 昼間寝てばかり 介護拒否 同じことを何度も聞く 暴言 いいがかり 場違いな服装 物をため込む 無関心 昼夜逆転 同じ動作を繰り返す 物をちらかす 徘徊	3点	2点	1点	0点

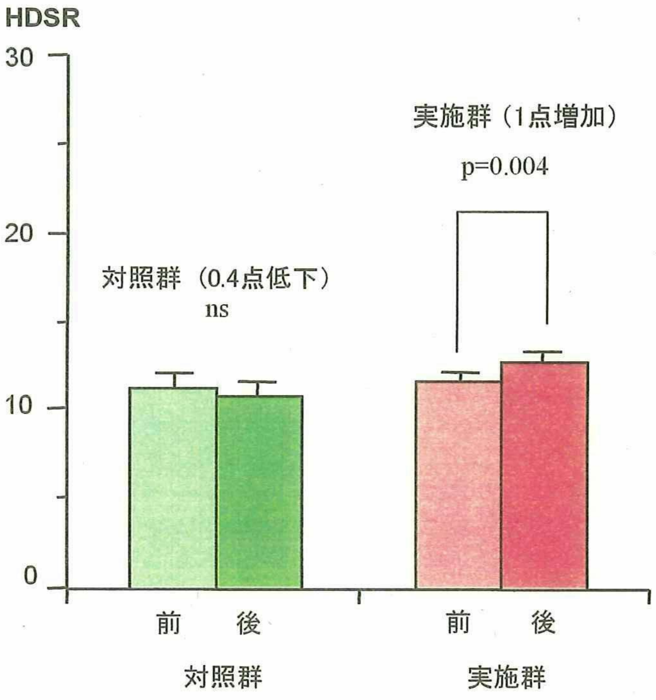
中等度～重度の認知症に対しても認知症短期集中リハビリテーションの効果を調査・分析したところ認知機能障害と行動・心理症状等において有意に改善を認めた。

【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。

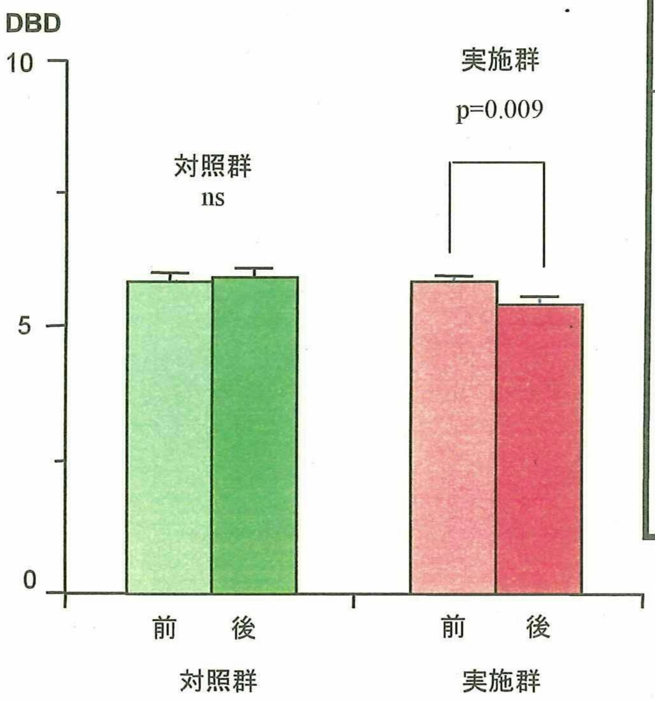
HDS-Rについて

・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

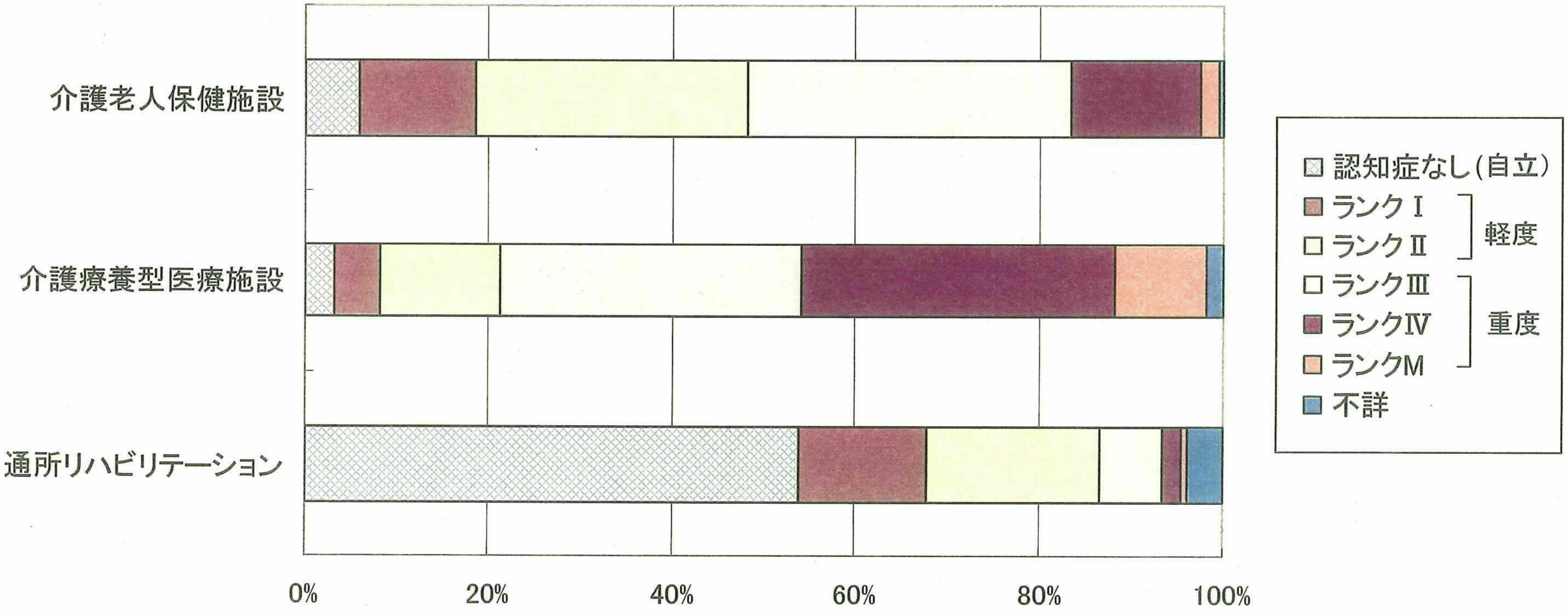


周辺症状の尺度（DBD）

	常にある	よくある	時にある	なし
ものをなくす 昼間寝てばかり 介護拒否 同じことを何度も聞く 暴言 いいがかり 場違いな服装 物をため込む 無関心 昼夜逆転 同じ動作を繰り返す 物をちらかす 徘徊	3点	2点	1点	0点

○ 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。

		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
認知症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	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

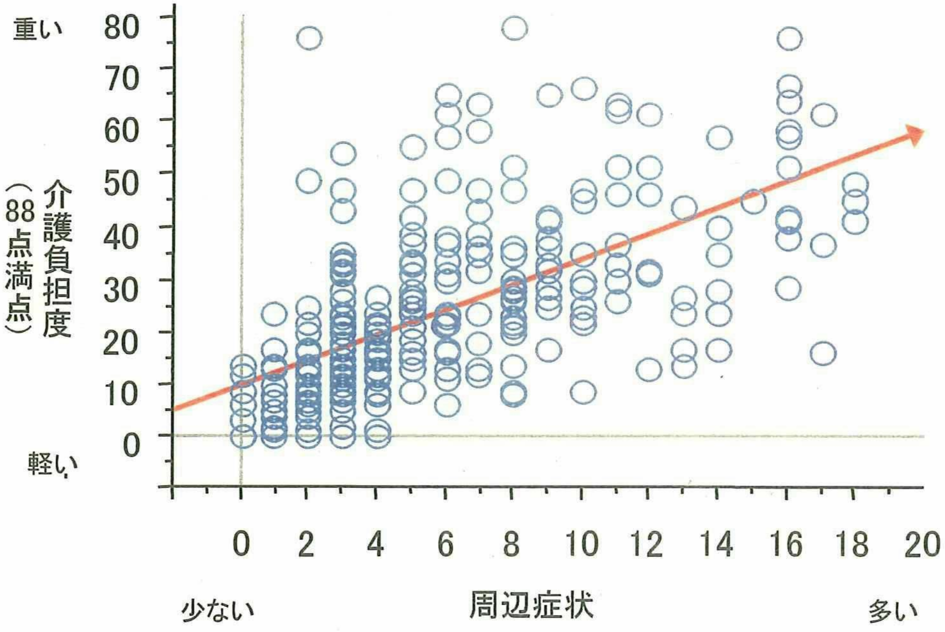
出典：Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):441-59. Ferri CP　et al.
Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16(3):337-50. Suh GH　et al.
老年精神医学雑誌 1998 9(9):1019-1024.　本間昭　et al.

○　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

○　ＢＰＳＤ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ＢＰＳＤ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ＢＰＳＤ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、<u>ＢＰＳＤ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。</u>

※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

若年性認知症ケア加算の算定日数　月間2,200日 ／ 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

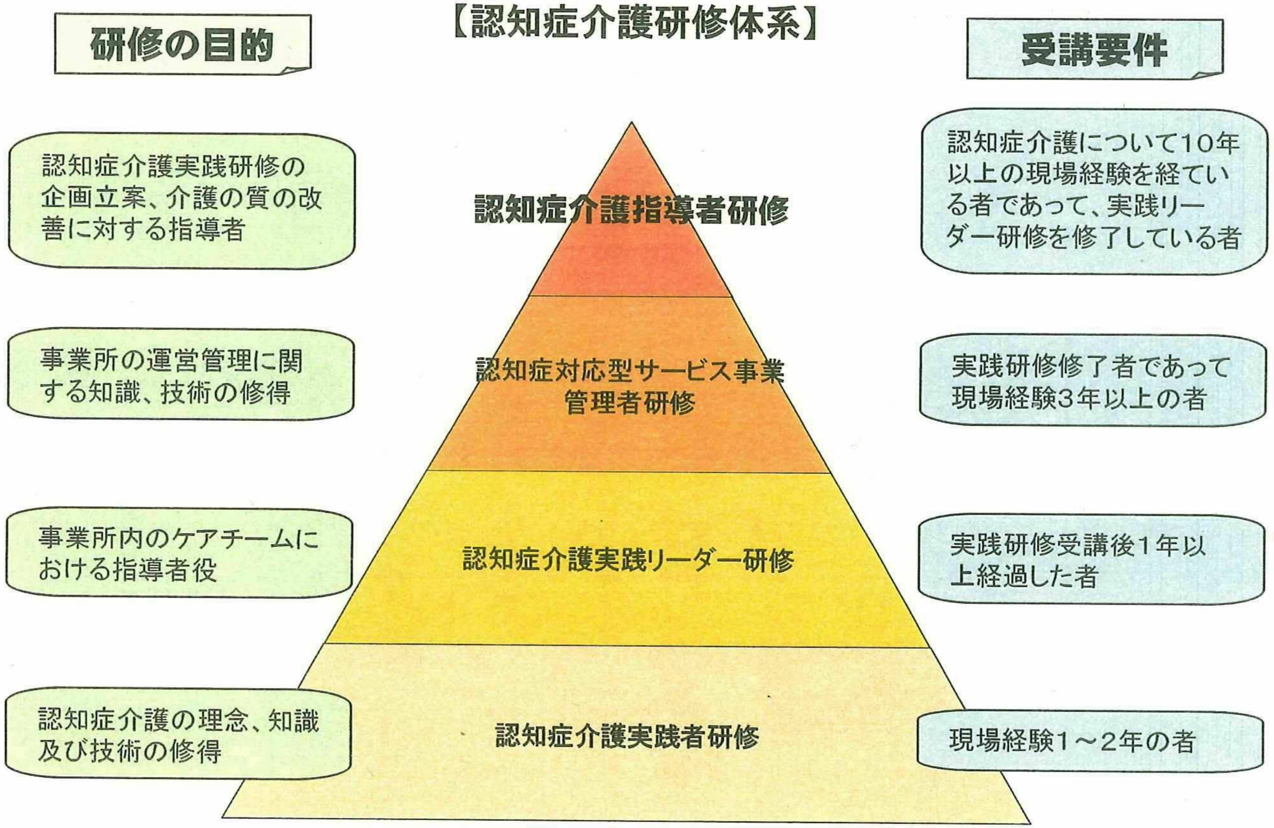
Ⅰ　認知症介護研修の現状と課題

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。

【認知症介護研修体系】



※「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。

参考資料

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。
Ⅱa	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	
Ⅱb	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、電話の応対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。
Ⅲa	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	
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢa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	➢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	➢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	➢専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 ➢BPSDの適切な治療が行われていない ➢重篤な身体疾患の治療が円滑でない	➢認知症ケアの質の施設・事業所間格差 ➢医療との連携を含めた地域ケアが不十分 ➢地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 ➢認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分	➢若年性認知症に対する国民の理解不足 ➢「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	➢医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 ➢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	➢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	➢早期診断の促進 ➢BPSD急性期の適切な医療の提供 ➢身体合併症に対する適切な対応	➢認知症ケア標準化・高度化 ➢医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 ➢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	➢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
対策	➢認知症の有病率に関する調査の実施 ➢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な日常生活自立度の検討	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 ➢アルツハイマー病の予防因子の解明（5年以内） ➢アルツハイマー病の早期診断技術（5年以内） ➢アルツハイマー病の根本的治療薬実用化（10年以内）	【短期】 ➢認知症診断ガイドラインの開発・普及支援 ➢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 ➢認知症医療に係る研修の充実 【中・長期】 ➢認知症に係る精神医療等のあり方の検討	【短期】 ➢認知症ケアの標準化・高度化の推進 ➢認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 ➢都道府県・指定都市にコールセンターを設置 ➢認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進 【中・長期】 ➢認知症ケアの評価のあり方の検討 ➢認知症サポーター増員 ➢小・中学校における認知症教育の推進	【短期】 ➢若年性認知症相談コールセンターの設置 ➢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 ➢若年性認知症ケアのモデル事業の実施 ➢国民に対する広報啓発 【中・長期】 ➢若年性認知症対応の介護サービスの評価 ➢就労継続に関する研究

「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PT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	老人保健健康増進等事業において実施中
研究開発	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、若年性認知症者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	—	39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		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									
		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					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	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								
		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									
		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					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	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									
		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									
		要介護5	384単位									
	6時間以上8時間未満	経過的要介護	452単位					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 / 介護療養病床 57,425	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）
転換先	転換元	20年度	21年度	22年度	23年度	
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。

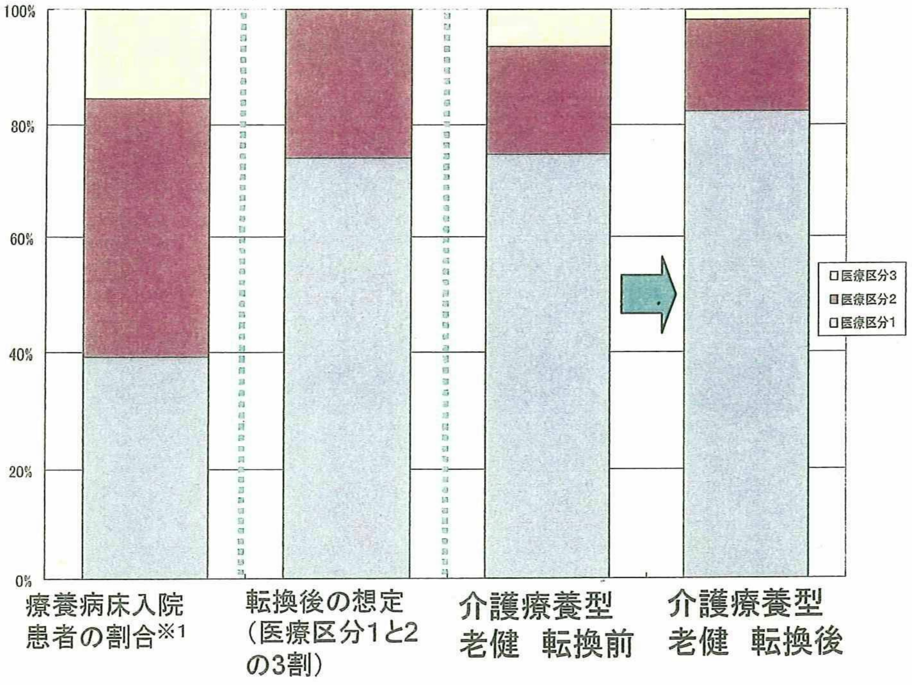
○　介護療養型老人保健施設への転換後については、医療区分1が8割を超える一方で、医療区分3の入所者も1.7%と少数ながら存在する。

＜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。

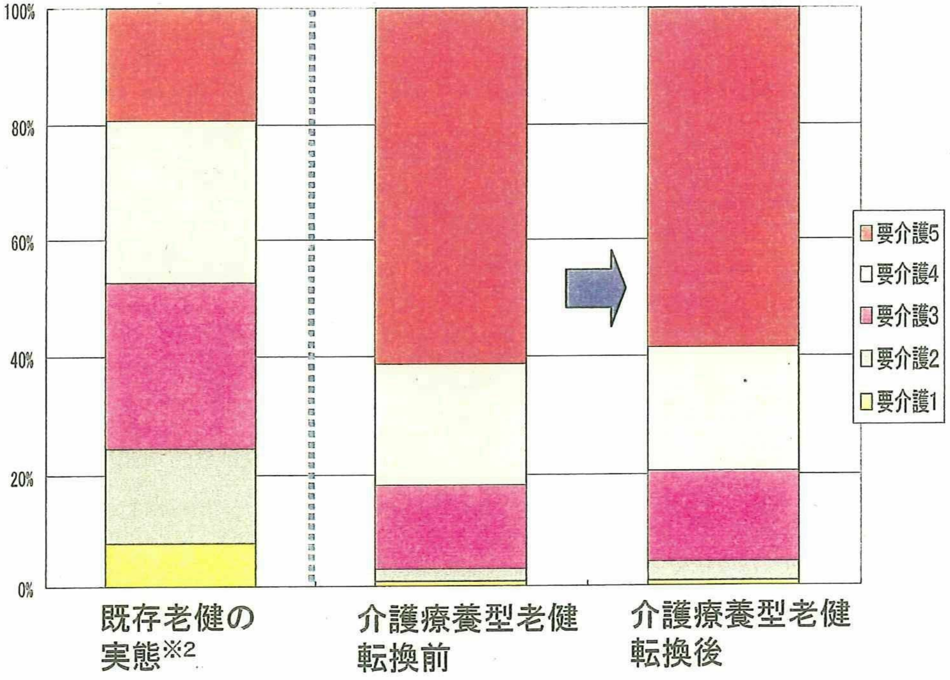
○　転換後の介護療養型老人保健施設には、既存の老人保健施設よりも要介護度の重い者が多く入所している。

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

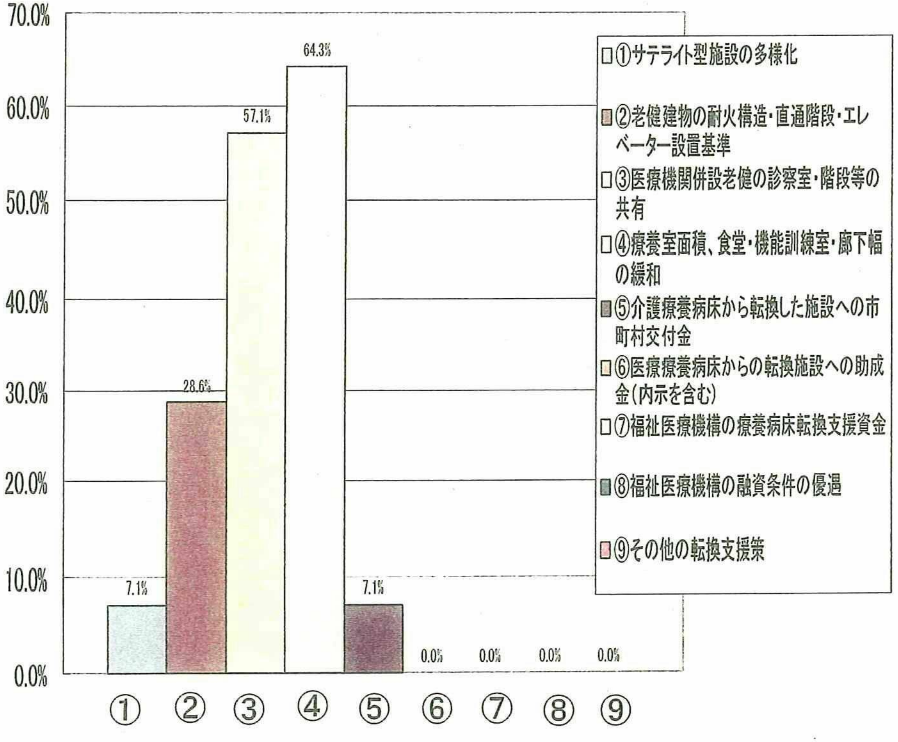
【「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」結果②】

○　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。

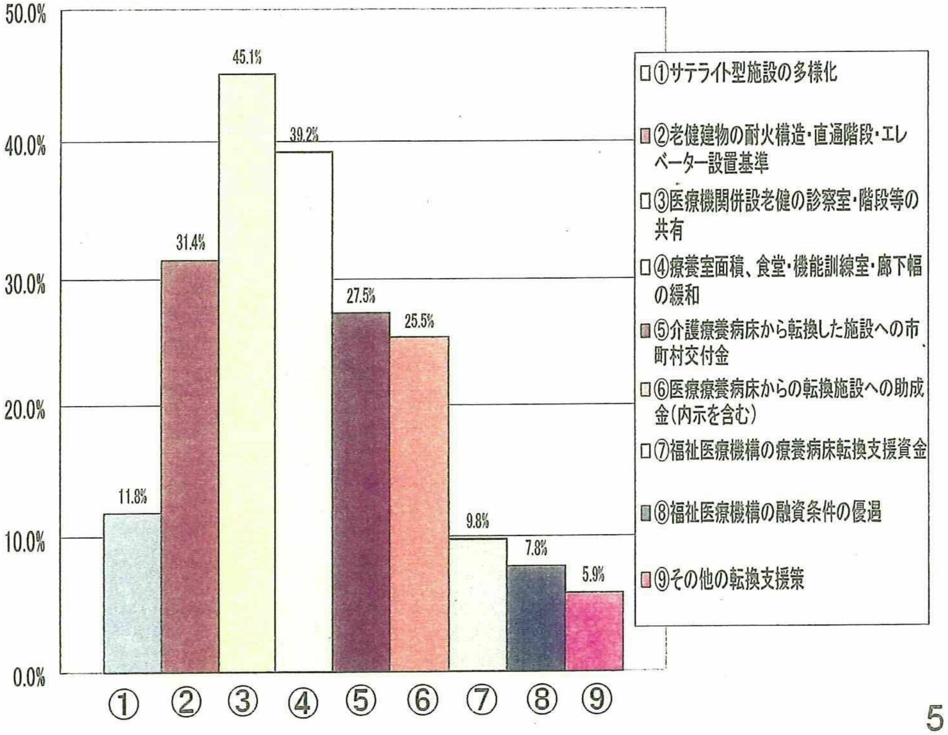
転換した老健：

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

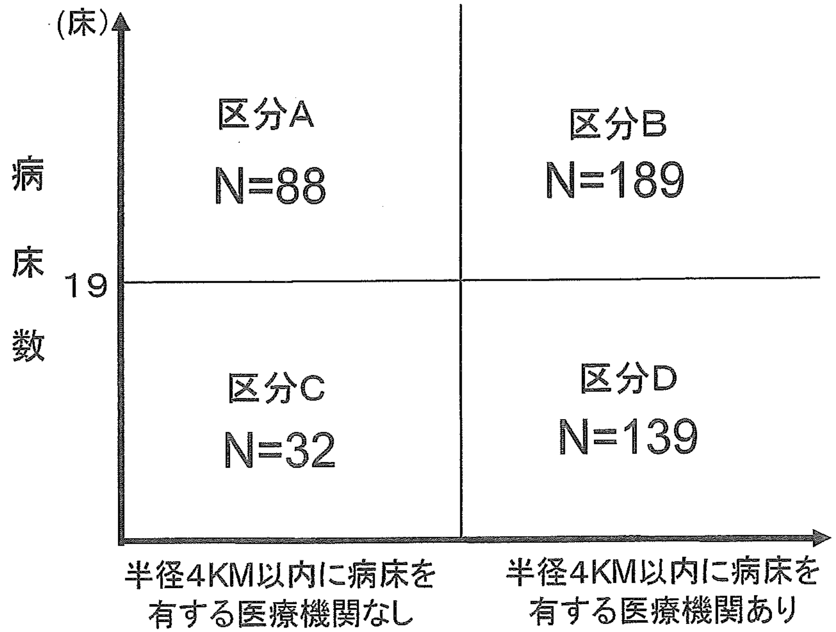
1）　調査方法：

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

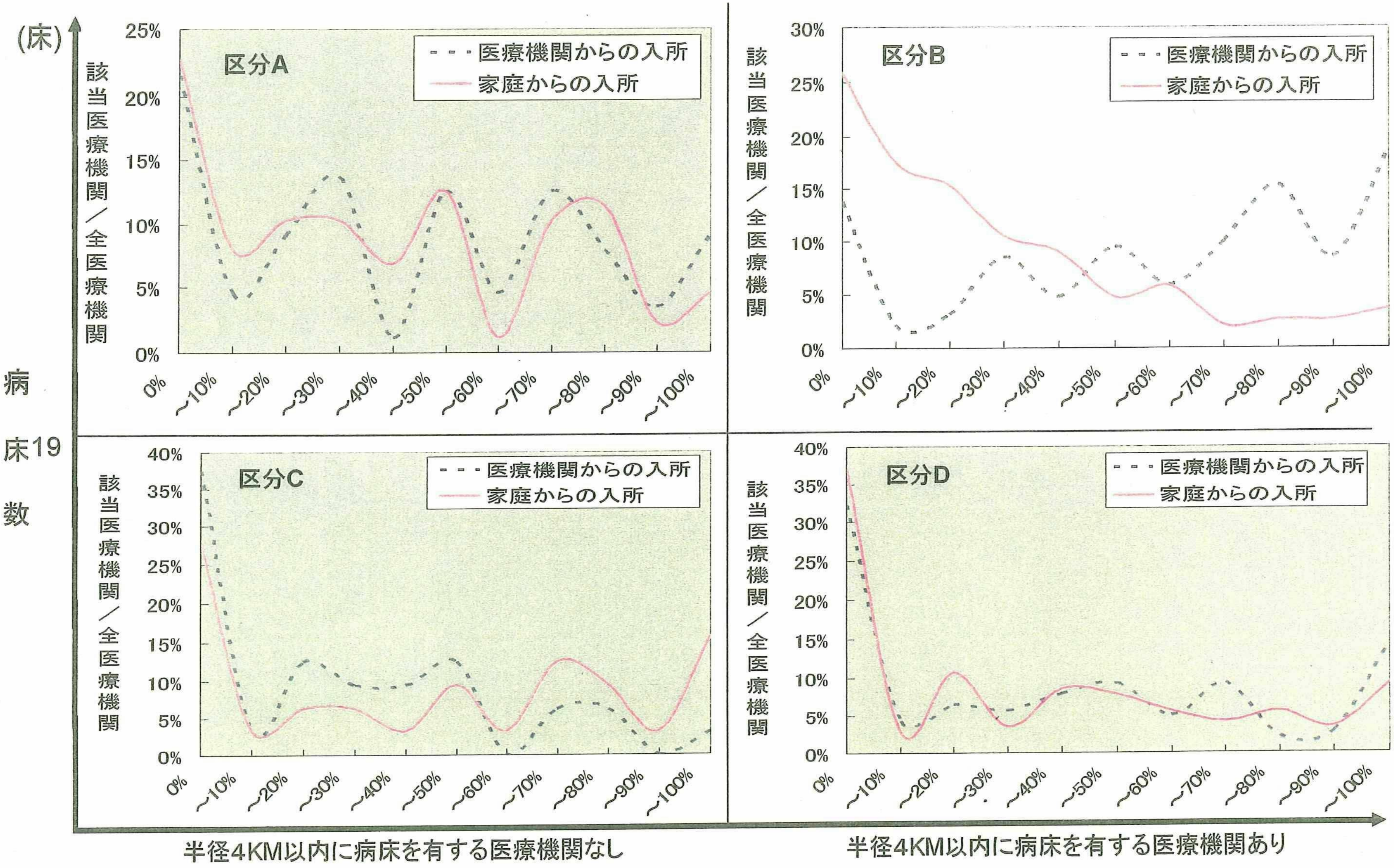
調査対象医療機関の区分



【「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。

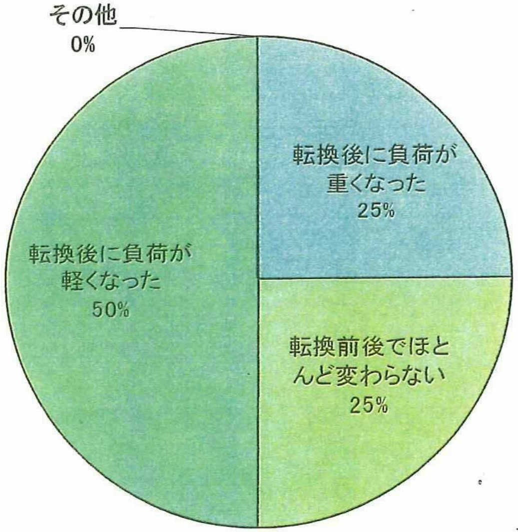
○ ただし、介護療養型老人保健施設へのアンケートでは、75%の施設が転換後に医師の負担は変わらなかった、又は軽くなったと回答した一方、25%の施設が転換に伴い医師の負担が重くなったと回答している。

○ 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。

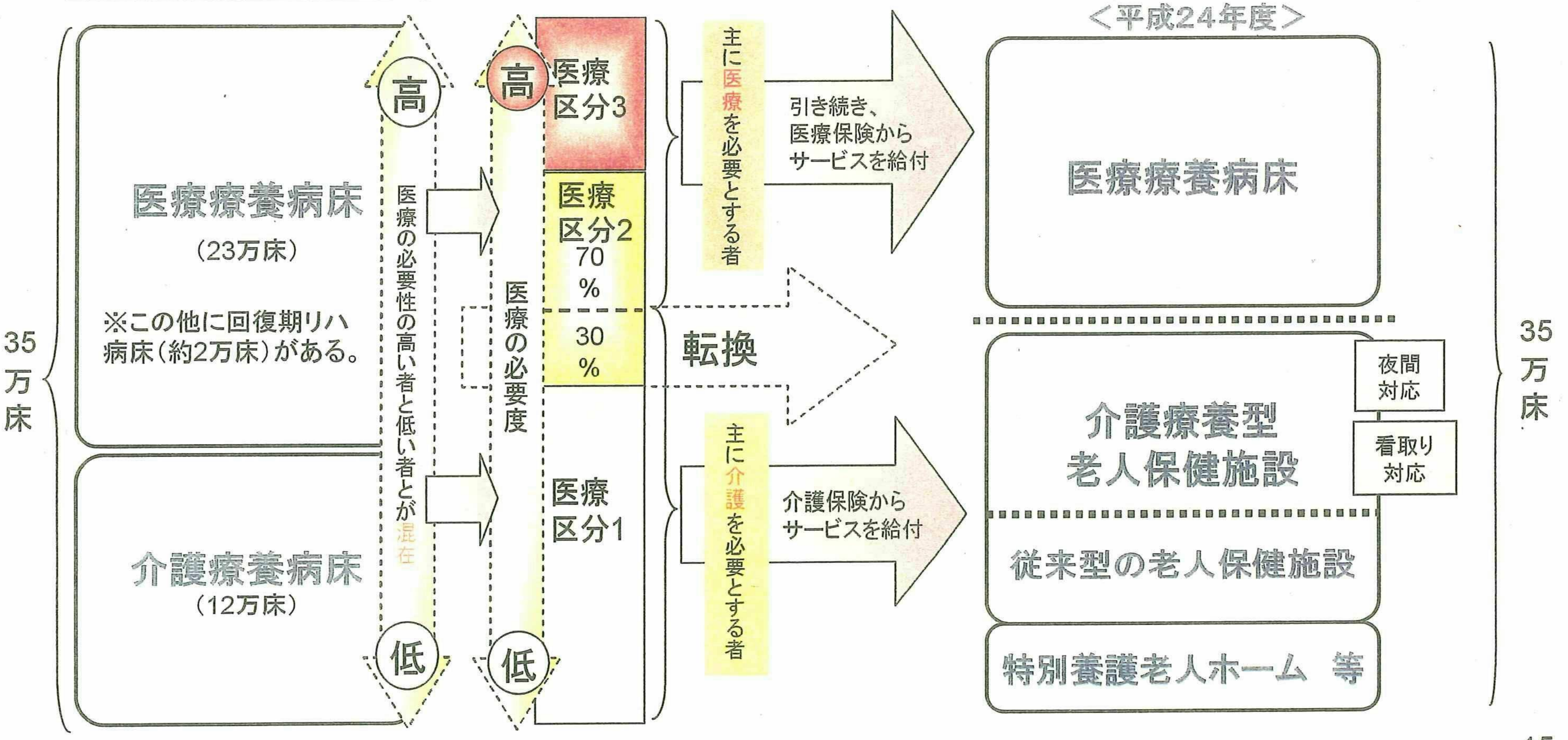
○ 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

参考資料編

【療養病床の再編成と医療区分について】

高 ↑ 医療の必要度 ↓ 低

医療区分3	・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　・中心静脈栄養　・24時間持続点滴 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管　など
医療区分2	・筋萎縮性側索硬化症（ALS）　・脊髄損傷（頸髄損傷）　・慢性閉塞性肺疾患（COPD）　・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養　・気管切開、気管内挿管のケア　・1日8回以上の喀痰吸引 ・せん妄に対する治療を実施している状態　・他者に対する暴行が毎日認められる状態　など
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

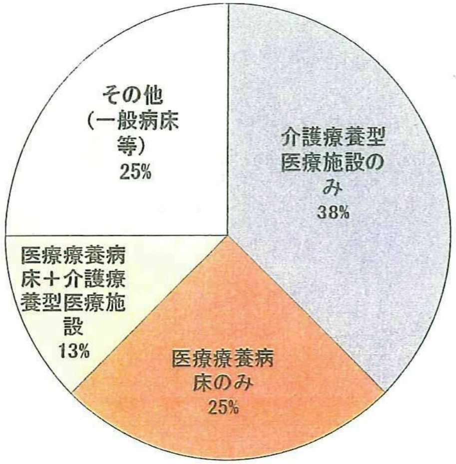
＜調査対象施設・医療機関の状況＞

	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

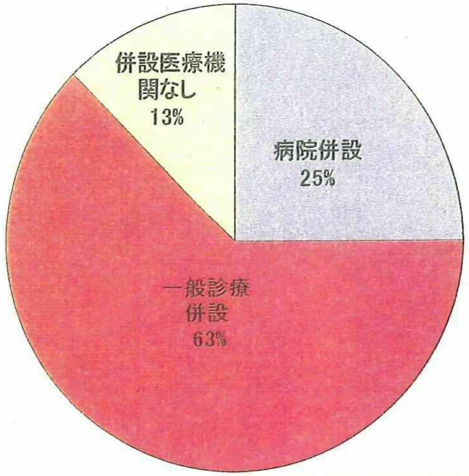
※1　厚生労働省老健局老人保健課調べ　調査実施時点での施設数

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

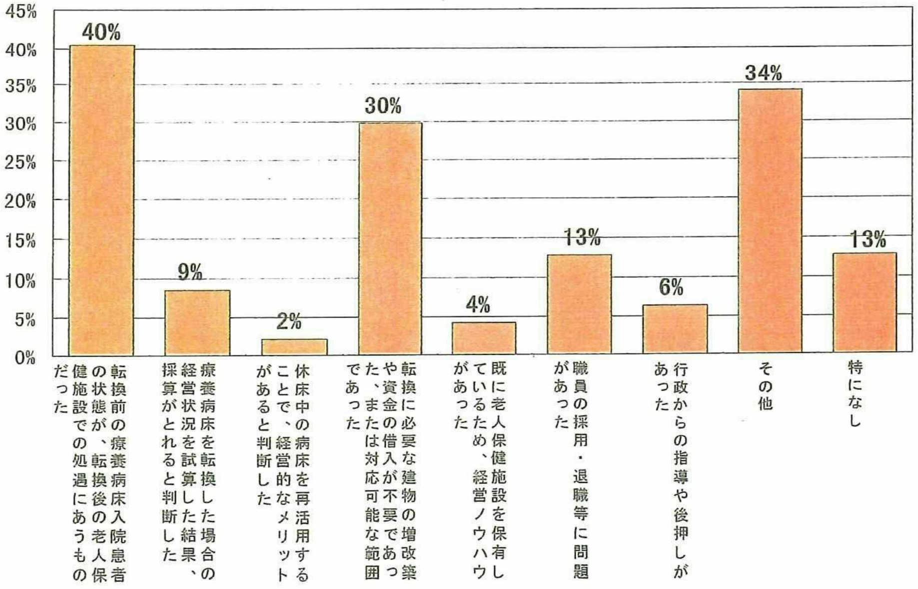


併設医療機関の有無について

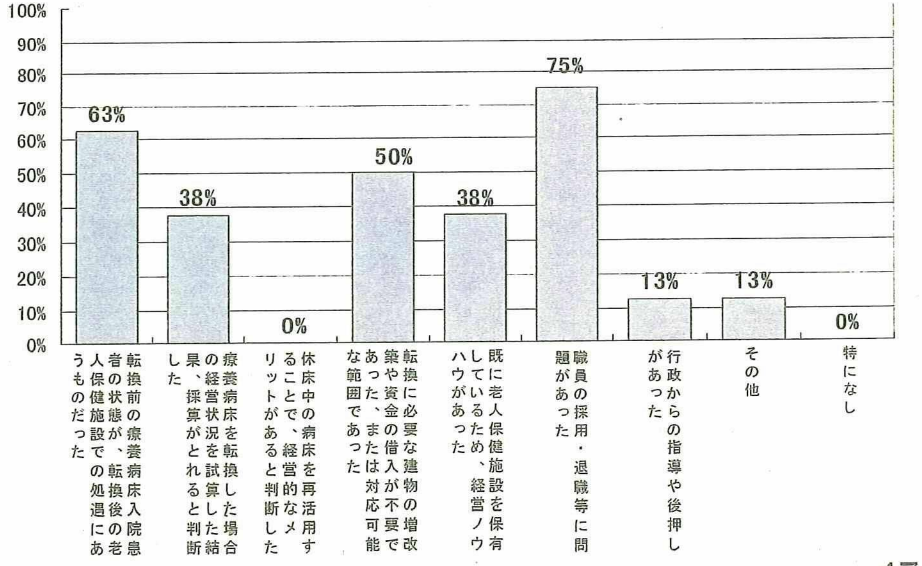


老人保健施設への転換理由

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っては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41:1）	（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。

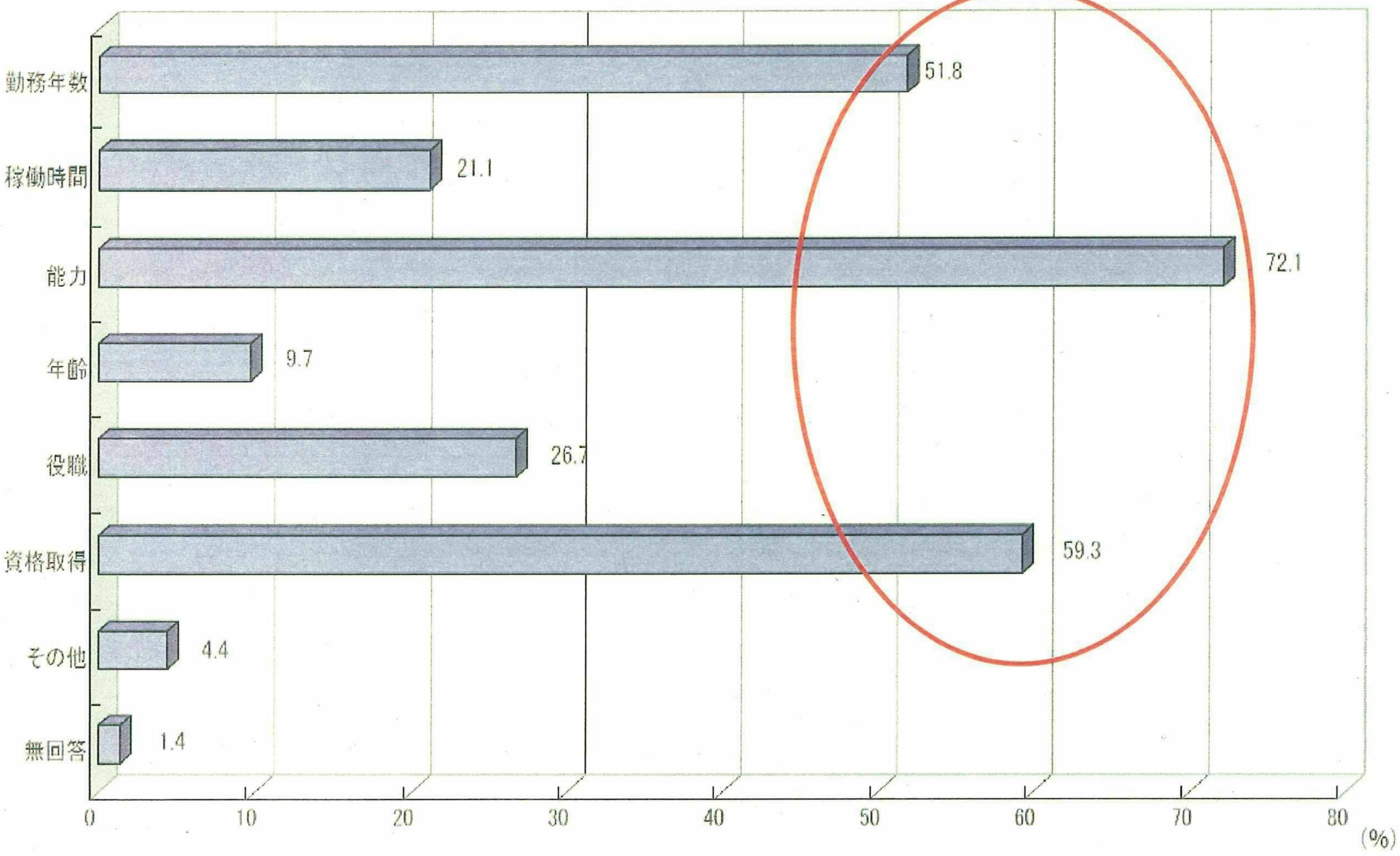
2) サービス業とは専門サービス業、学術・開発研究機関、洗濯・理容・美容・浴場業、その他の生活関連サービス、娯楽業、廃棄物処理業、自動車整備業、機械等修理業、物品賃貸業、広告業、その他の事業サービス業、政治・経済・文化団体が含まれる。

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）



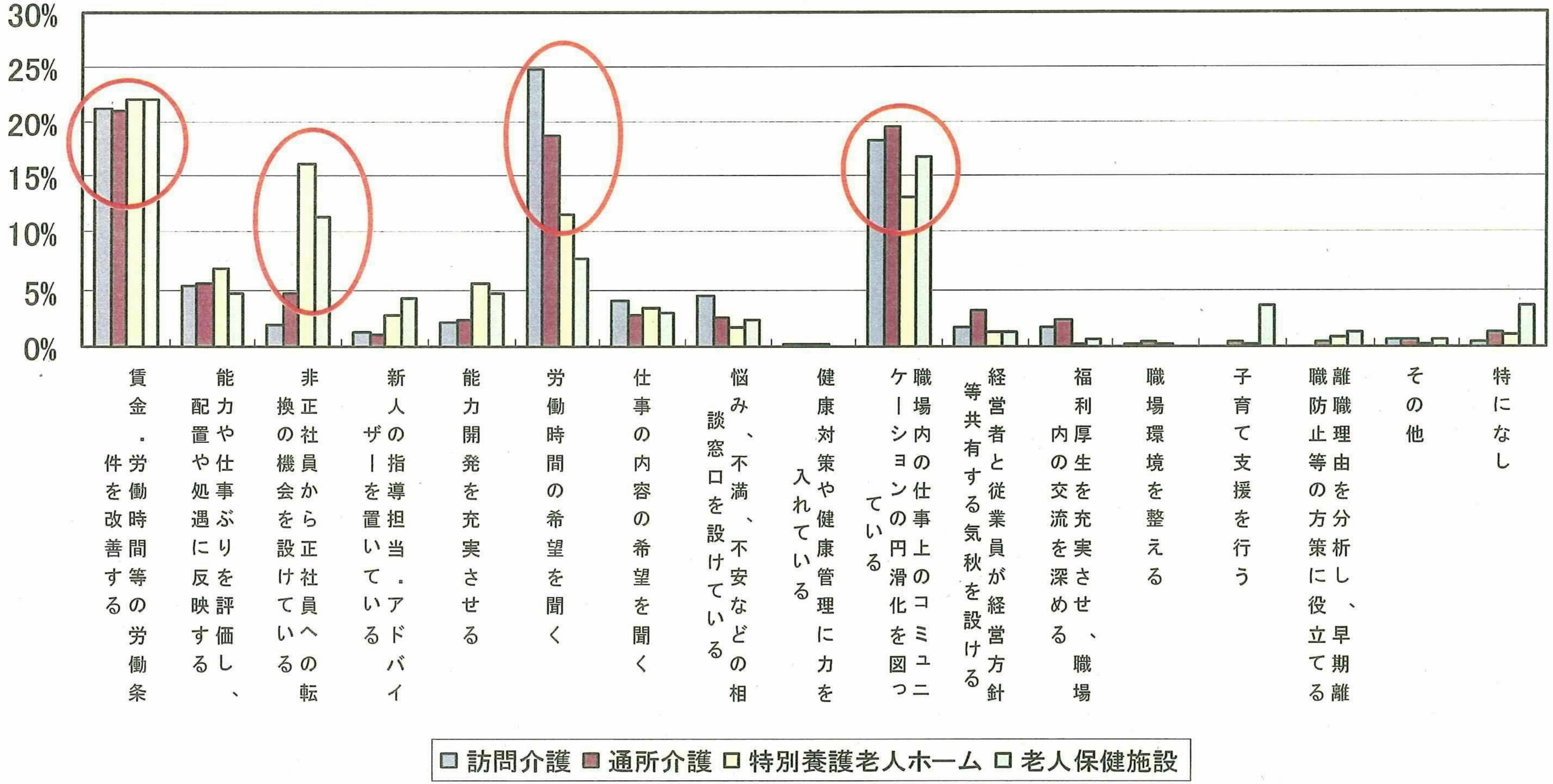
（出典）（財）介護労働安定センター「平成18年度介護労働実態調査」

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。

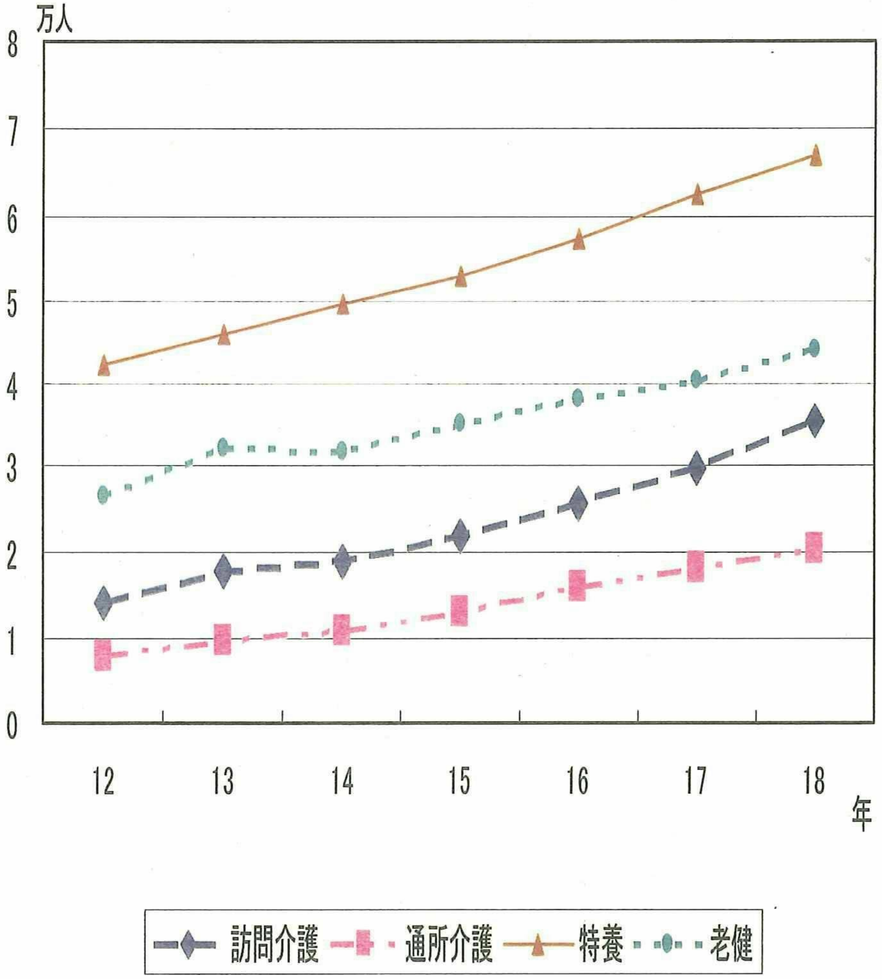
- 賃金･労働時間等の労働条件を改善する
- 職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている
- 非正社員から正社員への転換の機会を設けている(特に施設系に効果)
- 労働時間の希望を聞く(特に訪問系に効果)

早期離職防止や定着促進に最も効果のあった方策

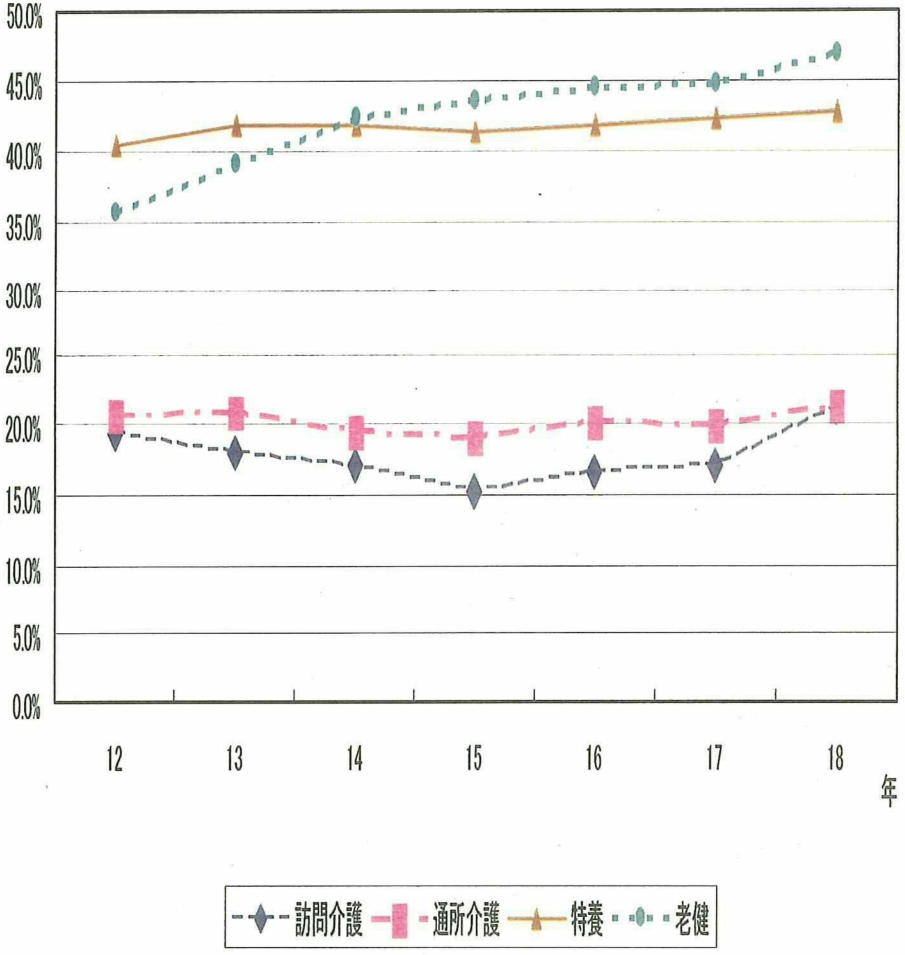


4. 介護職員の介護福祉士の資格取得状況
○　事業所や施設における介護職員の介護福祉士の資格取得状況は、年々増加傾向にある。
○　介護職員に占める介護福祉士割合は、介護老人保健施設では増加傾向にあり、その他のサービスでは横ばいである。

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）



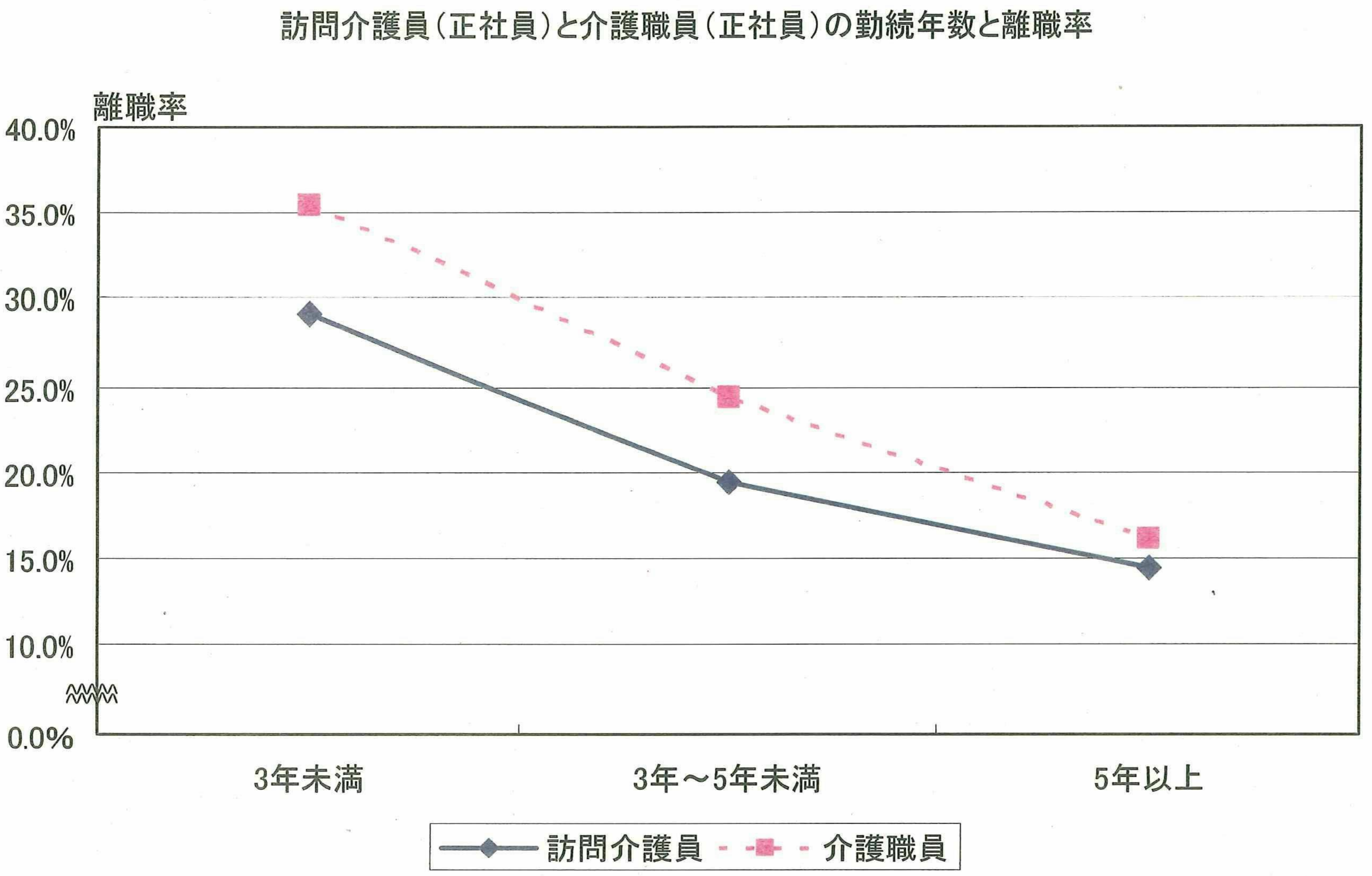
介護サービス施設・事業所における
介護職員（常勤換算従事者数）の介護福祉士割合



（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）

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。



（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。

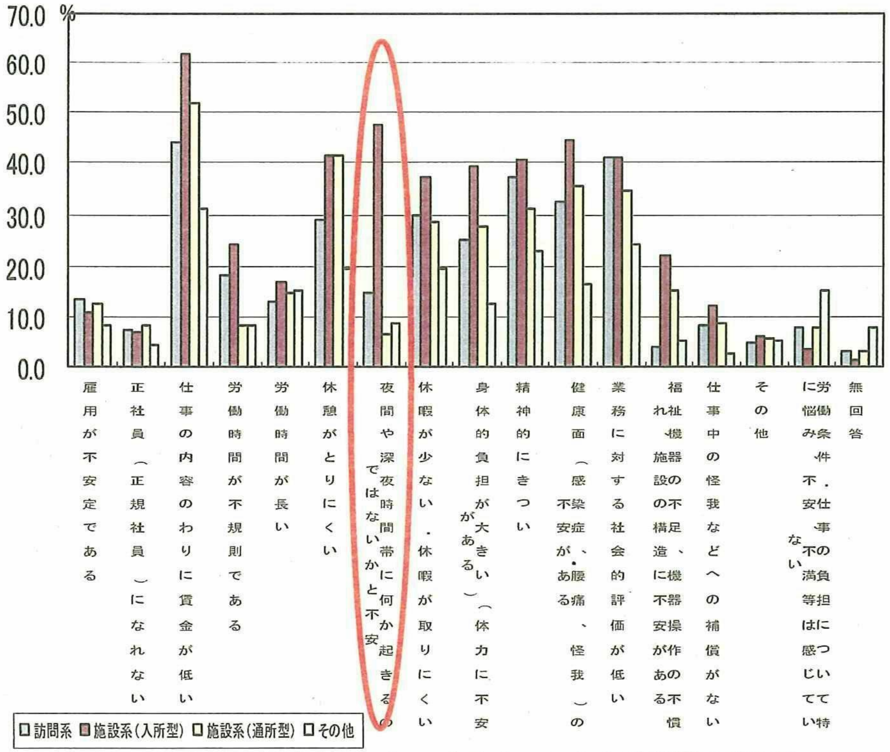
①　施設系サービスについて

- 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）

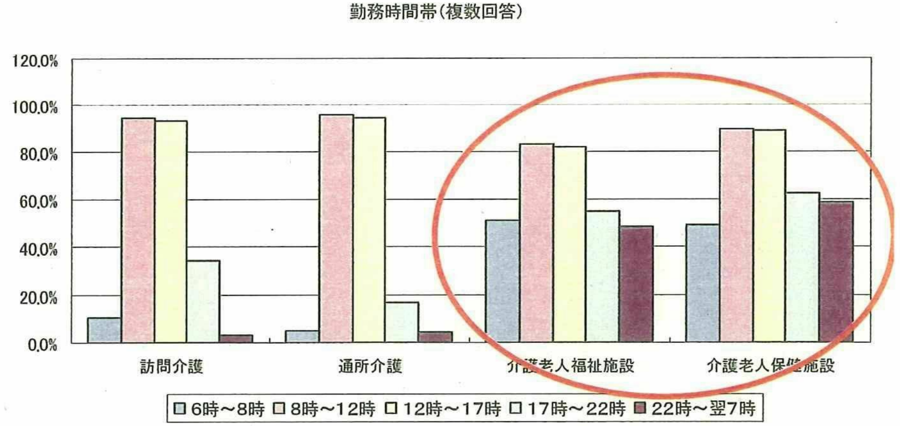
- 利用者の食事時や入浴時等の介助へのニーズが高く、サービス提供時間（サービス提供量）に偏りがある。

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＞

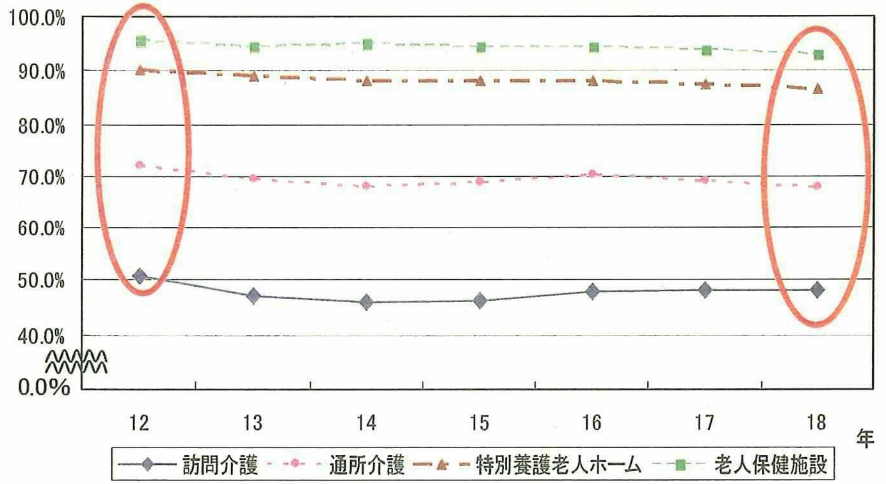
	常勤割合	非常勤割合
訪問介護	48.1%	51.9%
通所介護	67.9%	32.1%
特別養護老人ホーム	86.8%	13.2%
老人保健施設	93.0%	7.0%

（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

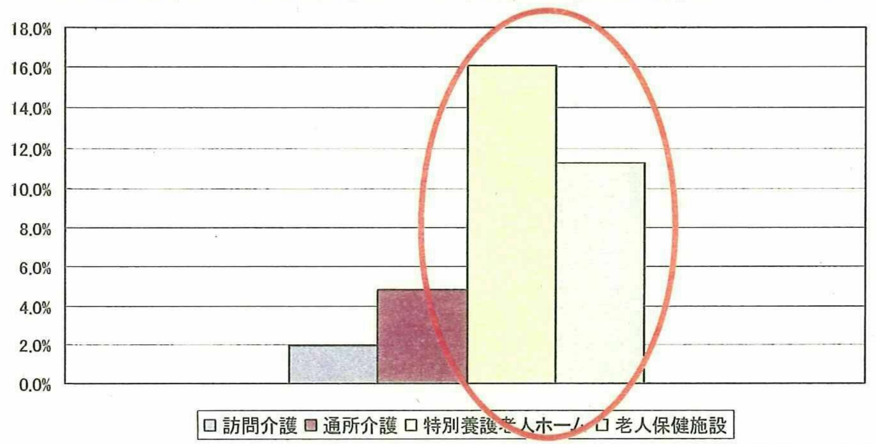
○ 介護職員（常勤換算従事者数）における常勤職員割合は、平成12年から徐々に低下傾向にある。
○ また、常勤労働者の方が、非常勤労働者に比べ、勤続年数が長い傾向がある。
○ 施設系では、非正社員から正社員への転換の機会を設けていることが定着促進等に効果がある。

主な介護サービスの常勤職員割合



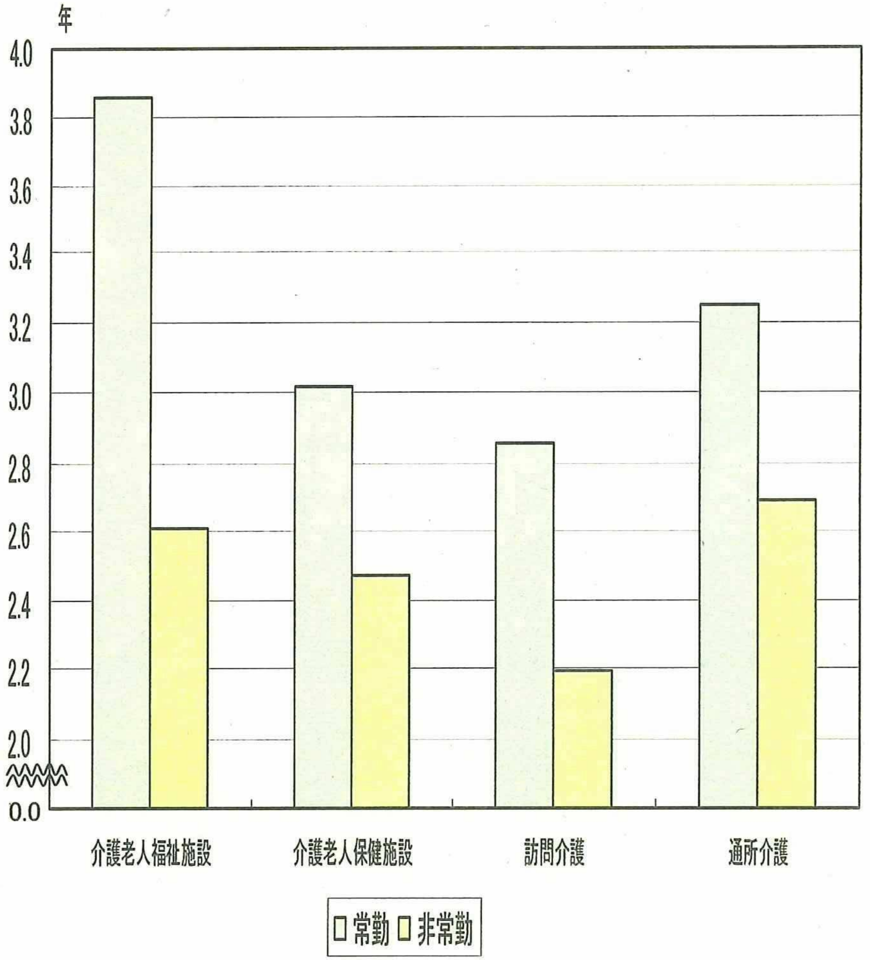
（出典）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成12年～平成18年）

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」

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。

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	

			全事業所		加算事業所	
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

(出典)厚生労働省「平成20年経営実態調査」

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、日中の間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。

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。

・ 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。

※ 給与等は個人情報に関連しうる情報であり、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。

【参考3】

第58回介護給付費分科会提出資料

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

※: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。

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。

未定稿

第５５回～第５９回給付費分科会における主なご意見

（注）本資料は、分科会の場で委員から発言のあった事項を事務局で取りまとめたものである。本資料に記載した御意見の他にも、各委員から文書で御意見を提出していただいており、それらについては、各回の分科会において資料配付していることから、本資料には記載していない。

１　総論に関する意見

○　国民にとって良いサービスとは何かを考えることが重要。

○　前回改定の評価・検証に基づき、今回の介護報酬改定を行うことが必要。

○　大都市の事業所、小規模の事業所、居宅介護支援事業所については、収支差率が低いことから何らかの対応が必要。

○　要介護度が高いと報酬が高くなるシステムをそろそろ見直し、アウトカムに対する評価を行うことも必要なのではないか。

○　介護報酬の引き上げとあわせ、給付の適正化や透明性の確保、被保険者の負担増についての国からの説明、給与水準の公表制度の創設が必要。

○　介護従事者処遇改善法の趣旨を踏まえた議論が重要。

○　今回の緊急避難的な介護従事者対策も必要だが、長期的視点に立った議論も忘れてはならず、医療との連携や短時間リハなどについても十分に検討するべきではないか。

○　加算や減算が複雑・多岐になりつつあるので、整理する方向で検討してほしい。

○　介護報酬の仕組みは可能な限り簡素化するべきではないか。

２　介護報酬・保険料負担に関する意見

○　介護報酬を引き上げると保険料も上がることから、報酬引上げの理由をきちんと説明すべき。全国の首長を納得させる説明が必要。

○　介護報酬を引き上げれば保険料が上がるのは当たり前。如何に財源を確保するかという問題がある。

○　新たな加算を創設すると利用料（１割負担）が高くなる。低所得者対策や利用料に跳ね返らない仕組みの創設が必要ではないか。

○　新たな加算を創設すると従来どおりの利用でも支給限度額に到達し、サービス利用が頭打ちになる懸念がある。加算部分に係る区分支給限度額の適用については、工夫が必要ではないか。

○　利用者負担については、高額介護サービス費の議論をすべき。高額介護サービス費の仕組みが十分活用されているのか。

○　利用者の立場からは、サービスの質が向上しない限り負担増には納得しない。

○　加算については、同じサービスを利用しながら、加算取得事業所とそれ以外の事業所とで利用者負担に差が出るのはおかしい。利用者負担が増えない仕組みの検討が必要。

○　利用者負担の増を避けるのであれば、介護報酬の引上げは不可能である。

○　介護報酬改定の議論では、財源や保険料に関する議論も行うべき。

○　加算の要件が、効率的な事業運営の妨げになっていないか検証が必要。

○　保険料の上昇を抑制する措置については、保険料が毎年度段階的に変わるのではなく、保険者の裁量により、３ヵ年の保険料を同額にすることができるようにするなど、保険者の意見を聞きながら進める形にすべきではないか。

○　今回の３％の報酬改定により、将来的には利用者の自然増も含め保険料も引き上げざるを得ないが、一方で安定財源の確保が必要であり、公費負担割合についての検討が必要ではないか。

３　介護従事者対策に関する意見

【総論に関する意見】

○　職員の処遇の悪化については、原因の分析が必要。単純に「悪化しているから報酬を上げる」という話ではない。

○　加算だけに頼らずに介護従事者の処遇向上につながる仕組みの検討が必要。

○　介護従事者処遇改善法の趣旨を踏まえた報酬改定が必要。

○　介護従事者の処遇を向上させるというが、従事者の給料をどの程度引き上げるのか。その結果、介護報酬はどの程度引き上がり、保険料はどの程度引き上がるのか。明確な説明が必要。

○　人材確保対策は意味があること。

○　特にヘルパーの処遇改善は考えてほしい。

○　介護従事者の人材確保対策は、賃金水準のみならず、研修の充実や仕事ぶりの評価と処遇への反映など雇用管理全体の高度化によってみられるべきではないか。

○　介護従事者の処遇改善につながる事業主の経営や雇用管理の自由な工夫が阻害されないような制度設計を行うべきではないか。

○　施設サービスについては、３：１という最低基準は実態に合っておらず、それを前提とした評価は見直すべきではないか。配置の実態に即したメリハリのある体制への評価が必要。

○　介護サービスにおける人材確保に関する計画といったメッセージを発信することが必要ではないか。

○　３：１という配置基準については、中重度者の入所者増えているといった実態を踏まえ、従事者の労働条件の改善の観点からも、その見直しを検討する段階になりつつあるのではないか。

○　報酬改定が処遇改善に確実につなげることが重要ではないか。

【適切な給与水準に関する意見】

○　処遇改善を図る上で適切な給与水準はどの程度か。公務員たる介護福祉士や看護師の給料を参考にしてはどうか。

○　介護職員の給与水準をどの程度にすることが必要かという点を整理すべき。

○　人材育成の観点から介護従事者の賃金水準をどの程度にするかという議論が必要。その際、施設職員については年功給のイメージが合致するが、訪問・通所系の職員については能力給のイメージが合致する。いずれにせよ、生活給の視点も必要。

○　限られた財源を有効に使う観点から、今回の介護報酬改定をいかに質の向上に結びつけるかという視点が必要。給与水準が高いから介護サービスの質が高いとは限らないが、給与水準が低いと介護サービスの質が低下することは間違いない。

○　介護サービスの提供で生計を立てている者については生活給を保障する視点からの議論が必要。一方、自ら選択してパートタイムで働いている方については、「１０３万円の壁」があることから、時給を引き上げても就労時間を抑制するだけである。

○　人材確保の観点から介護従事者の給与水準を議論するのであれば、他職種・全産業との比較も重要ではないか。

○　人材確保の観点から、介護従事者が現行の介護報酬で生計を立てていけるのか、望ましい給与水準はどの程度で現状の水準はどうかという分析が必要。

○　一律の賃金アップも必要だが、介護従事者自身が将来を見通せるような給与体系にしていくべき。

【キャリアアップに関する意見】

○　介護職員としてキャリアを積むとこれだけの仕事ができるという道筋が示されればやる気が出るのではないか。

○　介護職員の配置や専門職を評価するシステムが必要。有資格者の評価や各団体の研修の評価、キャリアアップの仕組みの構築を介護報酬体系上において明確にすべき。

○　サービス提供責任者については、常勤でなければならないので、非常勤で優秀な人をサービス提供者にするという柔軟な対応ができない。

○　勤続年数が長いことを報酬上、評価することはできないか。

○　サービス提供責任者に対する何らかの評価が必要。

○　訪問介護の管理者に特段の任用要件がないのはいかがか。何らかの資格が必要ではないか。

○　介護従事者のキャリアアップに関しては、事業主や事業主団体等への支援、介護職員本人への支援など多様な取組が考えられる。介護報酬での対応が主力ではない。

○　事業主の経営や人事労務管理の考え方により、よりよいサービスを提供するための職員の組み合わせは多様である。育成型の事業所に不利になることもあり、個別の事業所を介護報酬上評価する仕組みのなかに、勤続年数や資格者割合などを入れることは適切ではない。

○　介護従事者の育成については、報酬以外の枠組みによる対策も考えるべきではないか。

○　キャリアアップを報酬上評価することは重要な視点。有資格者の雇用について報酬上評価し、賃金に反映させることが必要ではないか。

○　看護職員のキャリアアップについては、看護師及び准看護師とは分けて考えるべきではないか。

【介護従事者の処遇改善に係る検証に関する意見】

○　介護報酬が上がったことにより、職員の給料が上がったと分かるようにすることが大事。

○　人材確保対策として給与水準を上げるために報酬上の措置を行うとすれば、「給与をいくら上げるために保険料をいくら上げる」という説明や、報酬を上げた結果どれだけそれが介護従事者の給与に行き渡ったかが分かるシステムが必要。

○　事業主に対し従事者の賃金水準に関する情報提供を求めることが必要ではないか。

○　今回の介護報酬改定で従事者の処遇改善につながるか、国民の目に見える形で検証する仕組みが必要。

○　管理者を含め、介護従事者の給与水準を公表する仕組みの検討が必要。

○　介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかについては、分科会でもフォローアップすることが必要。

【その他の意見】

○　中間管理職の職員がリーダーシップを発揮すれば離職が減ると考える。中間

管理職の待遇を改善することが必要ではないか。

○　介護職員の「夜間・深夜時間帯の不安」に対し、報酬による手当・配慮が必要ではないか。

○　施設における軽易な医療行為を介護職員に認めるべきではないか。

○　ＥＰＡから受入れた者を人員配置基準上カウントできないので、一定期間経験すれば人員配置基準にカウントできるように見直すことが必要。

○　介護は女性が中心の職場である。男女の賃金格差があることは問題という視点が必要。

○　介護の質を高めるため、介護従事者は正職員を原則とすべき。

○　現下の労働市場では、常勤換算方法でなければ介護従事者の確保は難しい。

○　介護従事者の人材確保対策については、介護報酬以外の対策の必要性についてどう考えるべきか。

○　小規模事業所への対応については、僻地にあるため小規模にせざるを得ないところや、制度上小規模であることが想定される小規模多機能型居宅介護などについて配慮すべきであり、経営判断で小規模にしているところや、単に他の事業所との競争に負けて赤字になっているところに対しては、配慮する必要はないのではないか。

○　職員の配置により報酬を変えるような「基準介護」的な考え方や複数の配置基準について検討をすべきではないか。

○　配置が手厚いから介護サービスの質が高いとは限らないのではないか。少ない職員配置でも効率的な運営で質の高いサービスを提供している事業所も存在する。手厚い配置を報酬で評価することについては慎重であるべきではないか。職員の配置に対する評価は、果たされる機能とセットで考えるべきではないか。

○　配置基準については、どれだけ手厚ければ良いかといった議論がある。配置が厚ければ利用者にとって安心であり、職員にとってもストレスが少ないという面はあるかもしれないが、配置基準を高めるとコストも上昇する。介護保険でどこまで評価するかといった議論も必要ではないか。

４　地域差に関する意見

○　地域区分の見直しは必要だが、都市部の人件費が高いのはかつての自治体単独補助に起因する面もあるので、単に都市部だけ加算するというだけではバランスを欠くのではないか。

○　第５期以降の検討課題ではあるが、地域差を勘案する仕組みとしては、生活保護の仕組みを参考にする余地があるのではないか。

○　通所系サービスを特別地域加算の対象とすることを検討してほしい。

○　中山間地域に居住する者へのサービス提供に係る移動コストについては、介護保険（介護報酬）で手当てするべきものなのか。

○　人件費の地域差を適切に反映させる仕組みは当然必要だと考えるが、改定後に検証を行うことが重要。

○　中山間地域におけるサービス提供に加算をすると、利用者負担が上がることから、そうした地域に住む者に必要なサービスが提供されない恐れがあるのではないか。

５　事業者の経営に関する意見

○　居宅介護支援事業所のあるべき経営収支等を提示すべきではないか。

○　収支差率について、どの程度であれば適切と考えるべきか。

○　スケールメリットを考慮して事業所規模の拡大を図ることが重要だが、拡大のインセンティブをどう図るか。

○　事業者に対して安定経営のモデルを提示すべき。

○　経営モデルの研究については、居宅介護支援事業所だけ別個に取り扱って考えるべき。

○　モデル事業所を設定し、教育訓練等を十分に行った上で現行の介護報酬で事業運営できるのか、他産業との比較はどうかの検証が必要。

○　事業所の大規模化については、サービス毎にではなく、地域ケアの拠点として考えていけばよい。

6　サービスの質の評価に関する意見

○　質の高いサービスを加算で評価するという場合、質の高さの評価の仕方は難しい。

○　サービスの質を評価する際は、利用者に分かりやすい評価の仕組みや指標が必要。

7　個々のサービスに関する意見

【訪問介護に関する意見】

○　３級訪問介護員の経過措置を設けることについては、これまでの国の方針と反するのではないか。むしろ制度の趣旨を徹底させることが国の役割ではないのか。

○　サービス提供責任者は常勤であることが基本ではないか。

○　サービス提供責任者の配置基準については、研修や資格の創設等により質の

担保が図られるための様々な措置が確保され、全員が非常勤でないのであれば、問題ないのではないか。また、新規事業所創設にあたっての応援など、専従でない場合も認められてよいのではないか。

○　サービス提供責任者の役割に見合う報酬上の評価を検討すべき。

○　複数のサービス提供責任者がいる場合に統括する責任者を置いてはどうか。

○　サービス提供責任者の評価については、人材確保対策の一環として明確に位置付けるべき。

○　サービス提供責任者の評価については、加算要件の中に組み込むのではなく、必要な教育訓練や福利厚生の整備を図り、現在の報酬水準でサービス提供責任者を十分に雇用できるのかを検証したうえで、位置付けを検討すべきではないか。

○　短時間の頻回訪問の推進に際しては、まずは、短時間サービスの分析を行うべきではないか。また、経営の安定化と処遇改善という点も考慮すべきではないか。

○　短時間サービスの推進は、サービスの質の低下を招くのではないか。

○　特定事業所加算については、資格要件や常勤比率、経験年数などで評価すべきではなく、全体の報酬水準を検証した上で、質の向上については、各事業所の裁量に任せるべきではないか。

○　特定事業所加算の重度化要件は厳しいのではないか。

○　現在の滞在型は非効率なので、巡回型のサービスの推進を図るべきではないか。

○　生活援助については、時間制限等により使いにくいサービスとなっているのではないか。

○　施設から在宅復帰を支援するためには、訪問介護サービスの充実が必要ではないか。

【訪問入浴介護に関する意見】

○　看護職員も訪問することになっているので、褥瘡などの処置といった医療処置への対応について、検討すべきではないか。

【訪問看護に関する意見】

○　褥瘡については、介護保険と医療保険のどちらで対応すべきか分かりづらいので、この点を明確にすべきではないか。

○　訪問看護については、訪問介護と比べて割高感がある。福祉系、医療系、施設系の各サービスの役割分担の検討が必要ではないか。

○　訪問看護の介護報酬の仕組みについては、分かりやすくするべきではないか。

○　理学療法士等による訪問看護の回数制限については、地域におけるリハビリの総量が制限されることになるので、見直すべきではないか。

○　退院時における医療系と福祉系の連携について、医療保険と同様に、介護報酬でも評価すべきではないか。

○　専ら理学療法士等の訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者要件については、見直しの方向で検討すべき。

○　重度褥瘡については、本来、医療保険で対応すべきではないか。

【訪問リハビリテーションに関する意見】

○　リハビリテーションについては、サービス提供時間に合わせた評価とするべきではないか。

【居宅療養管理指導に関する意見】

○　医療と介護の間でうまく情報交換・共有できるかが重要であり、そのあたりを報酬上評価するべきではないか。

○　医療提供と介護保険との関係について整理すべできはないか。

○　高専賃の入居者も対象となっているのにほとんど利用されていないので、総量規制を図りながらも、利用が促進されるようにすべき。

【通所介護に関する意見】

○　個別機能訓練については、具体的に何をすればよいのか明確にすべきではないか。

【療養通所介護に関する意見】

○　療養通所介護については、重度者の状態の改善や介護者のレスパイトの観点から伸ばしていくべきではないか。

○　療養通所介護と比べて老健のショートステイの報酬水準は低いのではないか。

○　定員の見直しは、それに見合う人員配置基準の見直しを前提に議論すべきではないか。

○　面積基準の緩和については、利用者の療養環境の観点からは、慎重に検討すべきではないか。

○　面積要件の見直しは、利用を伸ばすということであれば、緩和する方向でもよいのではないか。

○　定員や面積の見直しだけでは普及が進まないのではないか。報酬の見直しも含めて考えるべきではないか。

【通所リハビリテーションに関する意見】

○ 大規模な事業所に対する評価の見直しを行うのであれば、事業規模の増加に伴う収支差率の増がなだらかになるようにすべきではないか。

○ 短時間リハについては、積極的に進めるべき。

【事業所評価加算に関する意見】

○ 状態が「維持」している場合についても一定の評価を行うべき。

○ 状態が「維持」していることだけを評価するのではなく、状態が改善している場合とのバランスが取れた要件の見直しが必要ではないか。

○ 加算の取得により支給限度額を超えてしまい、他のサービスを利用しにくいというケースがあるので、その点を考慮すべき。

○ 一度改善するとそれ以上の改善は困難であり、加算が取れなくなるので、要件を見直すべきではないか。

○ 状態が改善した時期と加算が算定できる時期にタイムラグがあるのではないか。

○ 事業所評価加算を将来的に介護予防サービスだけでなく、介護サービスにも拡大するとすれば、要介護者は様々なサービスを利用することから、評価の仕組みについては、十分に検討すべきではないか。

○ 試行的にでもよいので、他のサービスにも拡大すべきではないか。

○ 事業所評価加算の趣旨を利用者によく周知すべきではないか。

【福祉用具に関する意見】

○ 福祉用具について、いわゆる外れ値の問題や安価な用具の貸与から販売への

移行を整理すべき。

○　認知症の人が使う場合が多いことを前提とした研修を行うことが必要。

○　実際の販売価格と比較して著しく高額なものには上限を設ける、そのような価格設定をする事業所に「レッドカード」を出すような仕組みを設ける、安価な福祉用具は原則購入にするなどの保険財政を踏まえた仕組みも必要ではないか。

○　日常生活の中で使用することにより、利用者の生活能力を引き出すことも想定して考えるべきではないか。

○　用具そのものの価格分以上に費用がかかっているので、価格のみならず、メンテナンス等にかかる費用も見た報酬設定にすることが必要。

【夜間対応型訪問介護】

○　オペレーションサービスの機能については、利用者の安心のため日中にもサービスを拡大すべきではないか。

○　日中にもサービスを行うとすれば、利用者が混乱しないよう名称を変えるべきではないか。

○　普及させるため、24 時間対応の巡回型にすることを検討すべきではないか。

○　オペレーターが利用者から相談を受けた際の初期の判断は重要であるので、その質を落とさないようにすべき。

○　短時間型、夜間訪問、巡回型といった新しい類型も含めてあり方を考えるべきではないか。

【小規模多機能型居宅介護に関する意見】

○　従来型サービスを単純に組み合わせた以上の費用がかかるものであり、経営

実態調査の結果や、さらに詳細な調査を行った上で、報酬について再検討すべきではないか。

○ 月あたりの定額払い方式では、一回の利用でも全額が支払われることになるので、出来高払い方式を組み合わせるなどの工夫が必要ではないか。

○ ケアマネージャーが積極的に小規模多機能型を紹介するようなインセンティブを与える仕組みを考える必要があるのではないか。

○ 中重度の利用者を重視するスタンスは変えるべきではないのではないか。

○ 特に軽度の利用者が多いことから、そういう状況でも経営を支えることができる報酬にするべき。

○ 介護の必要度を見ながら、今後の方向性を考えていくべきではないか。

○ 利用者が少ないので、例えば他のサービスの併用も検討するなどの見直しが必要ではないか。

○ 通いのサービスが少ない要因の一つとして考えられる利用定員の制限の見直しについて、検討すべきではないか。

○ 小規模多機能型居宅介護の利用者についても通院等乗降介助を利用できるようにすべきではないか。

【居宅介護支援に関する意見】

○ 居宅介護支援事業の収支差率が低いことや人件費比率が 100%を超えていることを勘案し、改善のための一定の配慮をお願いしたい。

○ 居宅介護支援事業所については、どれくらいの規模をモデルにするのか、利用者側の代表も入れて議論すべき。

○ 軽度の時点における医療とケアマネの連携を考えるべきではないか。

○　要介護度による報酬設定については、改めるべきではないか。

○　利用者宅でのモニタリングの頻度を３月に１回に見直してはどうか。

○　利用者の要介護度が、要支援の場合と要介護の場合とを行き来する度にケアマネージャーが替わる仕組みは見直すべきではないか。

○　居宅介護支援についてはケアマネ１人当たりの利用者数を35人に近づけるような方策を検討すべきではないか。

○　40件を超えた分について、報酬が逓減する仕組みについて検討を進めるべき。

○　40件を超えた分について報酬が逓減する仕組みについては、それにより利用者が増えるのか検証が必要ではないか。

○　標準相当件数の上限は廃止すべきではないか。

○　介護予防支援の報酬については、検証を行った上で改善すべできはないか。

○　中立性、公平性を担保するため事業所が独立することが大事であり、それが可能な報酬の設定を行うべきではないか。

○　アセスメントなどが重複している点については、事務負担の軽減の観点から、検討が必要ではないか。

【短期入所生活介護に関する意見】

○　ショートステイにおける夜勤については、現在の基準では十分にできないという指摘があることを受け、報酬上加算等の評価を行うべきではないか。

【短期入所療養介護に関する意見】

○　リハビリテーションの推進は、現にある施設の有効活用という観点から推進

すべきではないか。

【介護老人福祉施設に関する意見】

○　夜勤の手厚い配置を評価すべきではないか。

○　重度化対応加算の要件のうち看取りのための体制に関する要件を看取り介護加算に統合することにより、加算を取得しやすくすべきではないか。

○　収支差率が低かった50人規模の施設について、何らかの対応を考えるべきではないか。50人規模の施設については、増築・増床を認めるべきではないか。

○　手厚い配置を評価する仕組みは重要ではないか。

【介護老人保健施設に関する意見】

○　介護老人保健施設における医療の提供については、現行の「丸め」を見直すべきではないか。どの施設に入所しても必要な医療が受けられる仕組みを整備することが必要ではないか。

○　リハビリテーションの見直し、配置基準で言語聴覚士を位置付けることについては進めるべきではないか。

○　医療処置が必要な者の入所が増えていることから、看護職員の夜間の配置を義務づけることが必要ではないか。

○　小規模多機能型居宅介護との連携を行うことにより、居宅復帰が推進されるのではないか。小規模多機能型居宅介護のケアマネと施設のケアマネの連携を取ることが重要ではないか。

○　居宅サービスのケアマネとの連携については、退所時のみならず入所時にも連携ができるような仕組みを工夫すべきではないか。

【介護療養型医療施設に関する意見】

○　介護療養病床が果たすべき役割を果たせるようなインセンティブとなる報酬改定を行うべきではないか。

○　介護療養病床における手厚い人員配置を報酬上評価すべきではないか。

○　療養病床の再編成に関し、転換の受け皿としてどのような施設がどの程度整備されるのかについて示されないと不安である。都道府県の計画に任せるのは適当ではないのではないか。

【栄養管理体制加算・栄養マネジメント加算に関する意見】

○　療養病床の入院患者の半数以上が低栄養状態であり、この改善が要介護度の改善につながる。栄養マネジメント加算は、病棟に１人管理栄養士を配置するには報酬が低いのではないか。

【口腔機能向上加算・栄養改善加算に関する意見】

○　歯科衛生士を配置することにより入所者の肺炎が激減することもあり、入所者に対する口腔機能向上に向けた取組は重要なのではないか。

○　口腔ケアは在宅の要介護者にとっても重要である。在宅サービスの事業者と歯科衛生士との連携体制を評価することが必要ではないか。

○　口腔機能の向上は重要であるが、歯科医療における口腔ケアと介護保険における口腔ケアは一体的に行われているのではないか。同じ行為を歯科医療と介護保険で共に請求できることとするのは適切ではないのではないか。利用者にとって分かりにくいのではないか。

○　口腔ケアは要介護高齢者の生活にとって極めて重要な位置づけであり、歯科医療と介護保険の重複は整理した上で、重複しない部分については歯科医療を受診している場合でも口腔機能向上加算を算定できることとすべきではないか。

○　口腔機能向上・栄養改善サービスの利用・提供が進まない理由が提供事業所の数が少ないということであれば、報酬の引き上げが必要ではないか。

○　口腔機能向上・栄養改善サービスについて専門家によるアセスメントの義務付けが必要ではないか。対象者の基準を明確化すべきではないか。

【その他の意見】

○　個室ユニットケア重視を見直すべき。低所得者が入れないし、職員１人１人の責任が重いため離職も多い。

○　地域密着型サービスについては、優れたものだと思うので、今後伸ばすための議論をすべき。

○　通所系サービスについては、経営実態に合わせた報酬体系にすべき。

○　通所系や居宅介護支援の規模に応じた減算については、ある水準を超えると基本単位全体が減算になる仕組みの見直しを検討すべきではないか。

○　認知症の人の家族等からの相談に事業者が応じた場合の加算を設けてほしい。

○　口腔機能の向上については、そのサービス自体が認識されていないので、周知をするべきではないか。

○　短時間リハは、ショートステイで対応することも検討すべきではないか。

○　特定事業所加算や事業所評価加算について、自己負担増への配慮を考えるのであれば、自己負担は加算分の半分とするといったことが検討できないか。

○　在宅介護を進めようにもショートステイが利用できないケースがあるので、一定程度空床を設けている場合も評価するようにすべきではないか。

○　軽度者に対するケアであっても認知症のケアには手間がかかっている。特にグループホームについては、さらに手間がかかるにも関わらず要介護１、２の

報酬が低いのではないか。

○　介護報酬の引き上げに伴い、区分支給限度額の引き上げも必要ではないか。

○　介護サービス情報公表制度で公表される情報の内容や手数料の負担の是非については、いずれ議論をすることが必要ではないか。

○　様々な加算を創設すると同時に、給付の効率化を目指す方向も検討すべきではないか。

8　医療と介護の連携に関する意見

○　在宅医療の推進については、高齢者に必要なサービスを確保することが重要ではないか。介護療養型医療施設の取扱いについて検討するべきである。

○　地方の診療所は医療資源として必要である。療養病床として残すことができないか検討が必要。

○　医療と介護の連携については、シームレスなケアを促進できる仕組みを考えることが必要。

○　介護福祉士ではどうしても医療処置ができないと言うなら、「介護医療士」という名称にした上で認めればよいのではないか。

○　病棟の看護師と訪問系の看護師のミーティングをとおしての連携が重要なので、この連携について評価すべきではないか。

○　医療ニーズの高い方々の在宅での生活を可能にするためには、介護福祉士に一定の研修等を課した上で、事業所の判断で一定の軽微な医療行為が行えるよう対策を講ずるべきではないか。

９　資格・研修に関する意見

○　介護従事者の資格・研修制度について、実務経験者ルートの「600 時間」の研修が、介護従事者にとっては離職のインセンティブとならないか。

○　研修期間中の賃金保障、人員補充について支援が必要ではないか。

○　２級ヘルパーの者にさらに一定時間の研修が必要となる理由について理解を促すことが必要。

○　介護福祉士の資格取得方法の見直しに伴う研修費用について、すべて自己負担とすることでよいのか。

○　研修期間中の人員配置基準を緩和することが必要ではないか。

○　介護福祉士の資格見直しに伴う新たなカリキュラムへの対応のため、養成校が行う設備の整備に対し補助等を行うことはできないのか。

１０　補足給付に関する意見

○　補足給付については、利用者のことを考えるとなくすべきではないが、保険料を財源とすべきではない。

○　補足給付については、低所得者に対して差別的であってはならない制度なので、維持すべき。

○　補足給付には問題がある。世帯分離をしたら補足給付がもらえたり、在宅とのバランスがとれないこともある。補足給付を維持するとしても、横断的な低所得対策として行うべきである。

１１　その他の意見

○　応益負担の考え方は必要だが、格差社会の中にあっては、可能な範囲内で２、３割の自己負担をしてもらう人がいてもよいのではないか。

平成21年度介護報酬改定についての要望

介護施設入所者の重度化に対応した安全・安心な療養環境の確保に向けて

平成20年11月28日
社会保障審議会介護給付費分科会
委員　井部　俊子

平成21年度介護報酬改定においては、今後の高齢者単独世帯の増加や、都市部における急速な高齢化に対応し、高齢者が安心して療養生活を送れる「住まい」の整備が課題となる。また、高齢社会が必然的に迎える「多死社会」の到来を前に、高齢者の安全と尊厳を最期まで保障する「看取り」の体制整備が求められる。

高齢化・重度化が進む介護保険施設入所者の安全・安心な療養環境の確保に向け、平成21年度介護報酬改定に関する日本看護協会、日本訪問看護振興財団、全国訪問看護事業協会の意見をとりまとめ、ここに提出する。

1．特別養護老人ホームにおける重度化・看取り対応体制の強化

入所者の高齢化・重度化が進む特別養護老人ホームにおいては、喀痰吸引や経管栄養などの医療ニーズの高い入所者や、心身機能や抵抗力の低下により重篤な疾患や感染症のリスクが高い入所者が増加している。

現行の特養における看護・介護職員の配置基準では、これらの入所者に対して安全かつ適切なケアを提供することは非常に困難であり、医療ニーズの高い高齢者の受け入れ拒否、入所者の重度化による救急搬送や入院、職員の過重労働・離職を招いている。

こうした現況を改善し、真に「終の住処」となり得る安全・安心な特養ケアを確保するため、特養における看護・介護体制の再構築と、適正な報酬上の評価を求める。

具体的には、重度者介護や医療的ケアを安全に実施できる安全管理体制および看護職員24時間対応体制のもと、看護職・介護職の連携により重度化対応や看取りに取り組む施設を、特養のあらたな施設類型として報酬上でより高く評価することを要望する。

２．特別養護老人ホーム入所者への訪問看護の評価

特別養護老人ホーム入所者に対する訪問看護の提供は、現状では末期がん患者への医療保険による訪問看護のみが認められている。入所者の高齢化・重度化が進む実状をふまえ、外部から特養入所者に訪問看護サービスを提供できる仕組みを設けることにより、安全なケアの実施や疾患の重度化予防、夜間・休日のケアニーズに対応可能な体制をとれるよう要望する。

喀痰吸引、経管栄養など医療依存度の高い入所者や、誤嚥性肺炎や褥瘡のリスクが高い入所者など、訪問看護の必要な複数の者に対し、定期的あるいは短期集中的にケアを実施することにより、入所者の状態やQOLの改善、重度化予防の効果が得られる。また、吸引や排泄コントロールなど、施設の看護職員不在時に定期的なケアが必要な入所者に対しても、夜間・早朝帯に訪問看護を提供することにより、特養職員の過重負担を防ぐとともに、入所者の重度化による救急搬送や入院を予防する効果が期待できる。

2008年11月28日

社会保障審議会介護給付費分科会

介護従事者処遇改善について

慶應義塾大学　田中 滋

＜目標＞

- 質の高い介護を安定的に提供していくためには、介護従事者の処遇改善を図る必要がある。

＜考察の条件＞

- 処遇改善の根幹は賃金・給与とはいえ、事業の経営者・管理者の側から見れば、良質の従事者の確保と離職防止の手段は賃金だけにかぎられない。中長期的にはキャリアパスの明示と、示されたパスの下でキャリアアップを目指す人への支援（教育研修機会）が大切である。また、柔軟な勤労形態（例えば夜勤専門や、子育て期の女性に対する短時間正規雇用など）の提供も意味をもつだろう。時にはおしゃれで働きやすい新しいユニフォームが「この職場で働くことへの誇り」にいくばくか影響するかもしれない。
- こうした観点を踏まえると、介護報酬上の評価では、介護従事者の専門性向上に役立ち、事業経営者に処遇改善のインセンティブを与える工夫が望まれる。
- その際に介護サービスの質を評価するために用いる指標は、客観的な判断が容易で、さらに介護報酬改定の成果について今後取り組まれるであろう検証評価過程においてデータを取りやすいものでなくてはならない。
- 現時点ではエビデンスをもった指標の提示は難しいにしても、将来は明らかなエビデンスに基づく指標の開発が求められる。
- なお、事業運営の自律性を維持向上させるためには、経営者･管理者の自主的意思決定に委ねるべき事柄を過度に規制する介入とならないよう注意すべきである。

＜具体的な加算指標に関する意見＞

- 介護福祉士等の有資格者割合：異論なし
- 研修等のシステム実施：賛成
- 勤続年数：離職率との逆相関関係はみられるものの、質との関係は明らかではなく、さらにこれを指標とすることのデメリットも否定でない。ただし、現時点では何らかの使いやすい指標が必要なことは理解する。よって、「エビデンスを伴う指標の開発を急ぎ、有効な指標が得られれば将来は勤続年数は指標からはずす」との条件つきで、今回にかぎり採用することに賛成。
- 経験年数：定義が困難で、かつ信憑性の確保が容易ではないので反対。
- 常勤割合：施設については賛成。

介護従事者の賃金・給与など処遇に関する情報公表について

<目標>

- 「報酬改定が介護従事者の賃金・給与などの処遇改善に結びついたかどうかの検証」が上位目標であり、公表はそのために取りうる手段の一つ。検証が果たせるなら他の手段でもよい。したがって、公表そのものを目標とする議論にしてはならないと考える。

<考察の条件>

- 個人情報・プライバシー保護に対する配慮が第一。
- 介護従事者と経営者の自主的協議に委ねるべき雇用契約の内容に過度の影響を与えないよう注意すべきである。
- 介護事業経営者・管理者に多大な管理コストや事務処理時間を課すべきではない。むしろ事務負担の削減が図られている点は周知の通り。
  - ✧ 介護情報公表制度との関係をどうするか。
  - ✧ 介護事業者にとって、介護保険制度からの報酬だけが収入のすべてとはかぎらない。そもそも施設食住費や医療保険からも収入を得る事業者は珍しくなく、介護保険外の自由な契約に基づくサービスを行なう事業者も存在する。「公費と保険による事業である以上、給与水準等の情報を公表すべき」との意見も見られるが、介護従事者の賃金がどの収入から支払われたものかを割り当てる計算は簡単ではない。

<意見>

- 給与情報等の公開を義務付けすることは法令上も不可能に近い。
- 自主的な公表は言葉の定義からして自由でしょう。
- 報酬改定後半年ないし 1 年たった時点で、「介護報酬増のうちどの程度が処遇改善（前頁に記すように賃金・給与だけにとどまらない）につながったか」に関する検証評価を、適切な標本数を確保して実行し、公表する。

以上

平成20年11月27日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長　大森　彌殿

社会保障審議会介護給付費分科会
委員　田中　雅子
（社団法人日本介護福祉士会名誉会長）

平成２１年度介護報酬見直しにあたっての要望

平素より社団法人日本介護福祉士会へ深いご理解を賜り、厚く御礼申し上げます。

私たち介護福祉士は、介護現場で様々な立場から利用者に最も近い専門職として介護保険制度のより良い発展のために尽力してきました。

これまでも、日本介護福祉士会は社会保障審議会介護給付費分科会において、常々介護報酬の見直しが単に収支の観点からのみ議論されることに対し、介護サービスの質の維持と向上の観点にたった見直しが必要であることを提起してきました。

これからの介護報酬のあり方について、介護を実践し介護業務に熟知している介護福祉士として、サービスの質を保証し、利用者本位のサービスを提供するという観点に立って以下の提案を行います。

記

1　基本的な考え方

○　介護保険法第２条４項に規定されているように、被保険者が要介護状態になった場合においても真に在宅での生活が継続できるよう、また、居宅や施設においての日常生活の場面において、人間の尊厳が守られるような介護が実現するよう必要な介護報酬の見直しを行うべきである。(注１)

○　社会福祉士及び介護福祉士法等の一部改正法に附帯決議されているよう介護福祉士の社会的評価に見合う処遇の確保を図るため、介護報酬の見直しなど介護保険事業の充実等に努めるべきである。(注２)

○　平成１９年に告示された「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」第３　人材確保の方策　１　労働環境の整備の推進等 (1) 労働環境の改善 ②介護報酬等の設定 に示されているように、人材確保のために適切な介護報酬の設定をすること、並びにキャリアと能力に見合う給与体系の構築の観点から、介護福祉士や社会福祉士等の専門性の高い人材を配置した場合の介護報酬等による評価の在り方について検討を行うことが必要である。(注３)

（注１）介護保険法第２条第４項「第１項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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に配慮されなければならない」

（注２）社会福祉士及び介護福祉士法等の一部改正法の附帯決議

（参議院）第二項　「介護労働の魅力を高めるため雇用管理や労働条件の改善の促進、生涯を通じた能力開発及びキャリアアップの支援、潜在マンパワーの就業促進等の実効性ある介護労働力確保対策を総合的に推進すること。」

（衆議院）第三項　「福祉介護労働の魅力を高めるため、『社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針』に基づく施策として、介護福祉士の雇用管理や労働条件の改善の促進、生涯を通じた能力開発及びキャリアアップの支援、潜在マンパワーの就業促進等の実効性ある福祉・介護労働力確保対策を総合的に推進すること」

（注３）社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針、第３　人材確保の方策

１　労働環境の整備の推進等（1）労働環境の改善 ②介護報酬等の設定

「ア　給与、物価等の経済動向や地域間の給与の格差等を勘案しつつ、従事者の給与等の水準や事業収入の従事者の給与等への分配状況を含め、経営実態や従事者の労働実態を把握すること等を通じて、国民の負担している保険料等の水準にも留意しながら、適切な水準の介護報酬等を設定すること。

イ　キャリアと能力に見合う給与体系の構築等の観点から、介護福祉士や社会福祉士等の専門性の高い人材を配置した場合の介護報酬等による評価の在り方について検討を行うこと。」

２　見直し要望の具体的内容

（１）介護職員の質の確保・定着等からの観点による見直し

○　介護保険制度を持続可能にするためには、介護分野で働く者が、安心して、意欲と誇り、やりがいを持って働くことができるよう、賃金の向上やキャリアアップの仕組みを導入するなどによって介護労働の環境を改善して、介護という仕事が名実とも高齢化を支える働き甲斐のある職業にすることが必要であり、介護労働がディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）となるよう、適切な介護報酬額が確保されるべきである。

○　介護現場における就労実態の大きな変化のなかで現場において質を支えるとともに、基幹的業務や介護従事者の日常的な指導に当たることができる人材を配置するために、介護福祉士が一定数、施設および在宅サービスの分野で配置されることが必要である。

○　このように介護の現場は質の高い介護の提供が求められることから、介護福祉士（有資格者）を配置している場合は、有資格者の割合に応じて介護報酬上評価するなどサービスの質の向上の観点から給付水準を見直すことが必要である。

（2）介護報酬改定に際しての留意事項

○　基本的な考え方で示してあるように介護報酬改定にあたっては、いかにして安定的に人材を確保し、専門職として処遇を行い、その能力を高めていくかという観点を考慮して検討することが必要であり、キャリア、能力、資格に見合う加算等を含む賃金制度の構築など介護従事者個人の努力が評価される仕組みを構築すべきである。

○　平成２１年度の介護報酬改定では介護労働者の処遇を改善するためにも一定の措置を講じることが必要であると考える。その際には介護報酬の改定が単に事業者を潤すということだけにならないようにすることが重要である。報酬の改定が確実に介護労働者の処遇の向上につながるような仕組みの検討と、報酬の改定が介護労働者の処遇の向上にどの程度つながったかということを検証する仕組みを検討すべきである。

○　介護報酬の一定割合を人件費と設定し、その分は確実に介護従事者に賃金として支払われることを義務付けることも検討すべきであり、人件費比率については情報の公表で義務付けすべきである。

○　多様な働き方を促進させるためには、常勤職員の待遇改善と合わせて、非常勤職員の待遇改善も視野に入れた見直しをすべきである。

○　介護人材の定着および資質向上のためには、チームリーダーの養成が不可欠であり、平成16年度から厚生労働省の補助事業として「介護サービス従事者の研修体系のあり方の研究」が行われ、新しい研修体系が創設された。その新しい研修体系により実施されているチームリーダー養成のためのファーストステップ研修修了者の配置を運営基準に明記し、介護報酬上で評価すべきである。

なお、認知症介護実践者研修修了者、ユニットリーダー研修修了者はファーストステップ研修の一部を終了したと見なすものとし、多くの者がリーダーとしての研修を受ける機会を設け、キャリアアップの仕組みに応じた研修体系を講じることが必要である。

○　教育的機能を持たせた介護事業所、施設にあっては介護報酬上評価すべきである。

（3）基準介護の創設

○　介護労働を魅力あるものにするために、また、適切な介護サービスの提供という観点や介護労働のより安全かつゆとりあるサービスということでは現行の人員配置基準の見直しが必要であるが、その際、グループホームや小規模多機能、特定施設等の居宅系サービスを含めて新たにサービス利用者に対する介護福祉士等の配置を定めた基準介護の仕組みを導入すべきである。

○　なお、重度化に対応する等加算が必要な場合については、基準介護の類型化によって対応し介護報酬上、適切に評価すべきである。

（4）在宅介護報酬の見直し

○　訪問介護事業所におけるサービス提供責任者は、訪問介護計画の作成、サービス予定表の作成、業務管理、訪問介護員への指導など業務量は非常に多いにも関わらず、介護報酬でも評価されていない。このような業務の実態を把握し、サービス提供責任者の業務を介護報酬で評価すべきである。

○　在宅での生活が困難である理由は、在宅サービスの利用の不便さにある。利用者にとってより使いやすい介護サービスであってこそ、在宅化が促進される。利用者の生活を支える上で、身体介護と生活援助は一体的に行われ、サービスはあくまで一連のものである。パッケージとしてサービスを提供することでサービス内容を利用者にわかりやすく説明でき、かつ利用しやすい在宅サービスとなる。訪問介護における身体介護、生活援助のサービスは一体的に行われる必要があり、利用者が使いやすくするためも訪問介護の類型は一本化すべきである。

（5）その他

○　地域において重度の在宅サービス利用者が増加傾向にある。在宅での生活を可能とするためにはいわゆる医療行為の範囲をある程度介護福祉士等に行わせることが必要となる。「介護福祉士」に一定の研修等を課した上で、事業所の判断で一定の軽微な医療行為が行えるよう対策を講ずるべきである。

○　居宅における訪問介護の要である「サービス提供責任者」においては、国家資格取得後、３年以上の訪問介護実務経験を有した者に限定すべきである。

○　居宅サービス事業管理者や施設サービス事業管理者は、一定の資質を有するものに限定することが必要である。医療・保健・福祉・介護分野の国家資格取得者を最低条件とするとともに効率的、効果的なサービスの提供をはかるためのマネジメント等について一定の研修ないし資格を取得したものがその職につくべきである。

平成２０年１１月１８日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長　　大　森　　彌　　様

特定非営利活動法人
全国認知症グループホーム協会
代表理事　木川田　典彌

介護報酬改定について

私たちグループホームは、「認知症になっても、住み慣れた町で最期まで」を合言葉に、平成１２年の介護保険制度発足以来、全国に 9,700 事業所を数えるまでになりました。

グループホームにおける認知症ケアは小規模が特徴となっており、ほとんどのグループホームが１～２ユニット事業所、多くの事業主体が２事業所以下の事業規模であるため、事業経営規模も小規模となります。

昨年度に当協会が実施いたしました「認知症グループホームの実態調査」（全国７９６事業所）においては、介護報酬に占める人件費が８割にも上り、利益率は－1.6%となりました。

グループホームの経営実態は、小規模事業所であるがゆえに非常に厳しい状況となっております。

１０月３０日に発表された「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」における「生活対策」においては、「介護従事者の処遇改善と人材確保等」の具体的施策として、・介護報酬改定による介護従事者の処遇改善・平成 21 年度の介護報酬改定（プラス 3.0%）等により介護従事者の処遇改善を図ることとしつつ、それに伴う介護保険料の急激な上昇を抑制することなどが示されました。

しかし、過去二度にわたる報酬減額率が５%に及んでおり、今回取り沙汰される３%の増額では、介護職員の俸給アップにも期待されるほどは寄与せず、ましてや、グループホームの健全な経営に生かされることは大変難しい状況であり、更なる報酬アップが望ましいと考えます。

介護報酬に関する要望については、第５４回社会保障審議会介護給付費分科会において、要望事項を提出し、ご説明させていただいたところでありますが、実際のグループホーム経営の実態を鑑み、現場の介護職員、新たに介護職を目指す人材が希望を持ち、安定した事業継続ができるようご配慮いただけますよう、改めてお願い申し上げるとともに、介護保険制度改正に向け、次の事項をご検討いただけますよう重ねてお願い申し上げます。

1．グループホームの短期利用の枠組みについて

グループホーム９名定員の枠外で短期利用の定員１名を認めていただきたい。

平成１９年度の全国ＧＨ協の実態調査によると短期利用の利用率は８．４％であった。グループホームの短期利用希望が多いにもかかわらず、利用率が低いのは、入院等で空室がある場合だけ利用できるという、物理的理由である。昨今、虐待や徘徊などの緊急保護的短期利用への対応が増加傾向にあり、小規模で家庭的環境であるグループホームでの一時的避難と宿泊の意義は大きい。社会的ニーズへの対応として、定員９名以外に短期利用枠１名（個室対応）の制度変更・加算を要望する。

2．運営推進会議について

地域密着型サービス事業において義務付けられている「運営推進会議」は、運営方法・効果においてバラツキがあり、実行効果が上がっていない事業者が見受けられるが、その原因の一端としては、運営推進会議に担当者が出席しないなど市町村の対応に問題がある。

各事業所が開催する「運営推進会議」に、市町村からの出席を義務付けるよう要望するとともに、運営推進会議の有効性に対する報酬上の評価を要望する。

3．ケアマネジメントシステムについて

各 GH 事業所に配置が義務付けられる計画作成担当者のうち一名は、ケアマネジャーであることが求められているが、現在のケアマネマネジメントシステムは、生活支援を中心とした GH には馴染まない。

認知症であってもその人らしい生活をおくるためにも、ADL、医学モデルを中心とした課題中心マネジメントではなく、利用者の自己実現を目指した日常生活支援やかかわりを中心とした支援システムへの転換を要望する。

4．情報の公表について（外部評価制度について）

現在、グループホームの中で行われている共用型デイサービスについては、情報の公表が義務付けられており、グループホーム外部評価と併せ、財政的にも事務処理的にもグループホームの負担が大きいので、評価事業を見直し、グループホームの負担増とならないような制度変更を要望する。