

福岡医発第 954号(地)

平成20年 7月18日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公印省略)

『平成20年度介護保険研修会』資料の送付について

平成20年7月12日(土)に開催いたしました『平成20年度介護保険研修会』の資料をご参考までにお送りいたします。

小郡三井医師会より

介護保険担当理事 名取一幸
介護保険副担当理事 廣瀬真恵
会長 丸山 泉

福岡県医師会 介護保険研修会

介護保険の今後について

△と き：平成20年7月12日（土）16時

△ところ：福岡県医師会館 5階 研修室

※司会 福岡県医師会常任理事 山内 孝

1. 開 会

2. 挨拶 福岡県医師会会長 横倉 義武

3. 講 演

1) 「介護療養病床のゆくえ」

日本医師会常任理事 三上 裕司
座長 福岡県医師会副会長 川波 壽

2) 「介護保険制度の現状と課題」

厚生労働省老人保健局老人保健課長 鈴木 康裕
座長 福岡県医師会 会長 横倉 義武

4. ディスカッション

座長 福岡県医師会会長 横倉 義武
日本医師会常任理事 三上 裕司
厚生労働省老人保健局老人保健課長
鈴木 康裕
日本医師会副会長 竹嶋 康弘
福岡県医師会常任理事 山内 孝

5. 閉 会

福岡県医師会「介護保険研究会」

介護療養病床のゆくえ

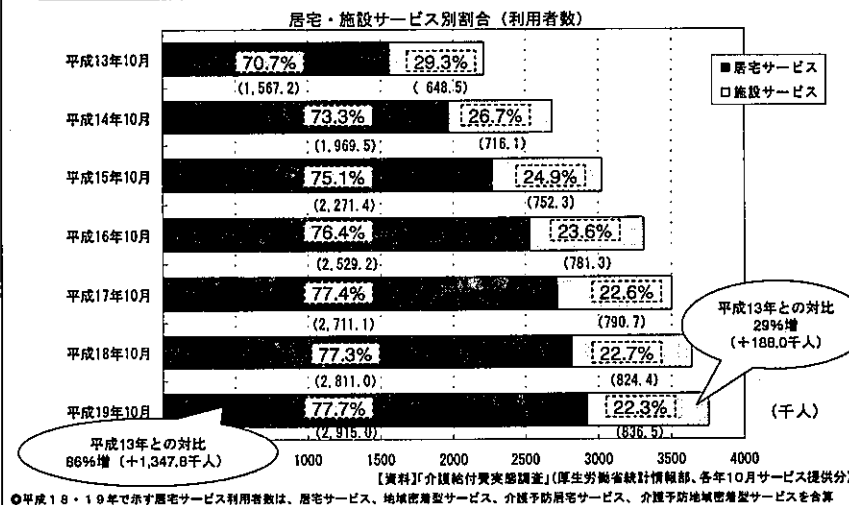
平成20年7月12日
日本医師会 常任理事

三 上 裕 司

1. サービス利用者等の推移

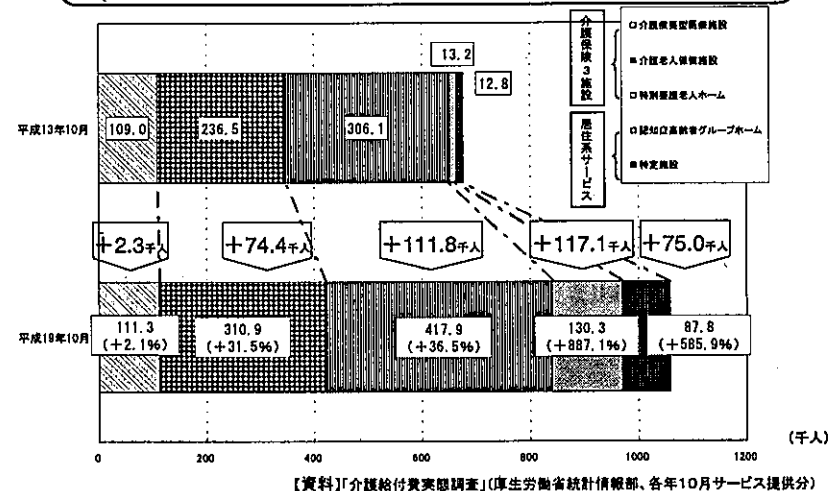
居宅・施設サービス別利用者数の推移

○ 居宅サービス利用者の占める割合が増加している。

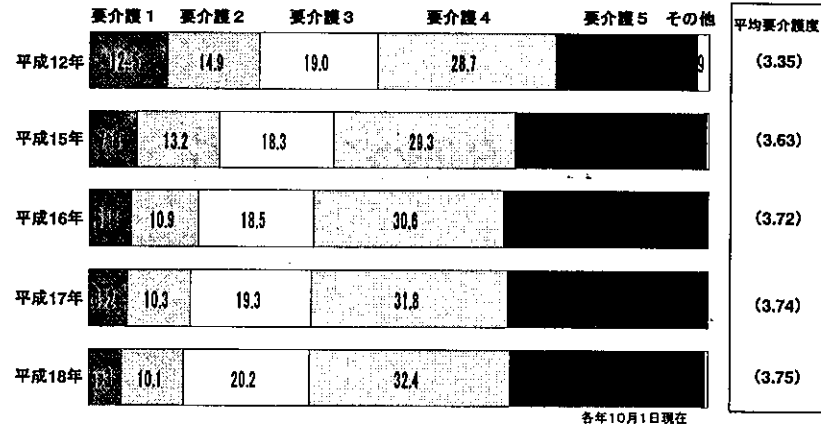


種類別の入所・居住系サービス利用者数の推移

○ 入所・居住系サービスの利用数が増加している中、介護保険3施設よりも、居住系サービスの伸び率が高い。

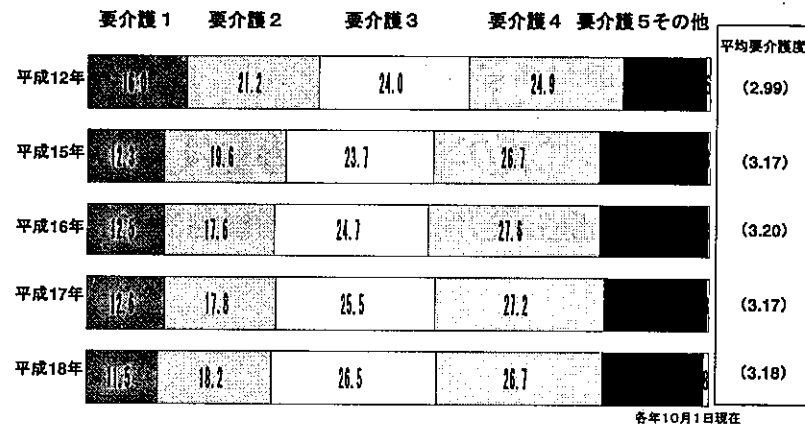


要介護度別に応じた在籍者数（構成割合）の年次推移 ～介護老人福祉施設～



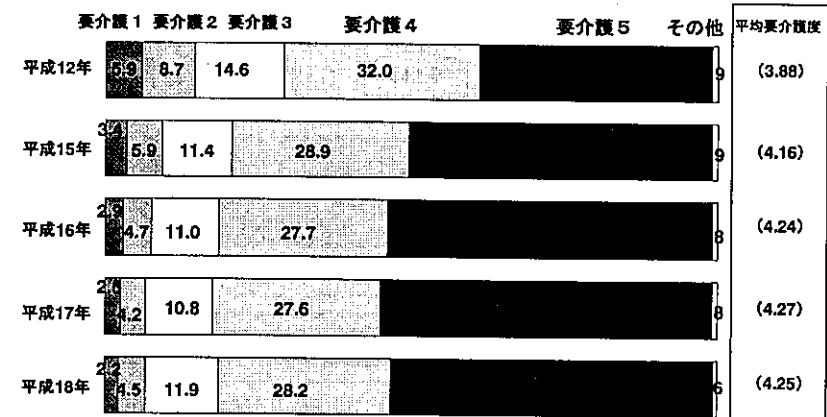
【資料】「平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果の概況」(厚生労働省統計情報部) 5

要介護度別に応じた在籍者数（構成割合）の年次推移 ～介護老人保健施設～



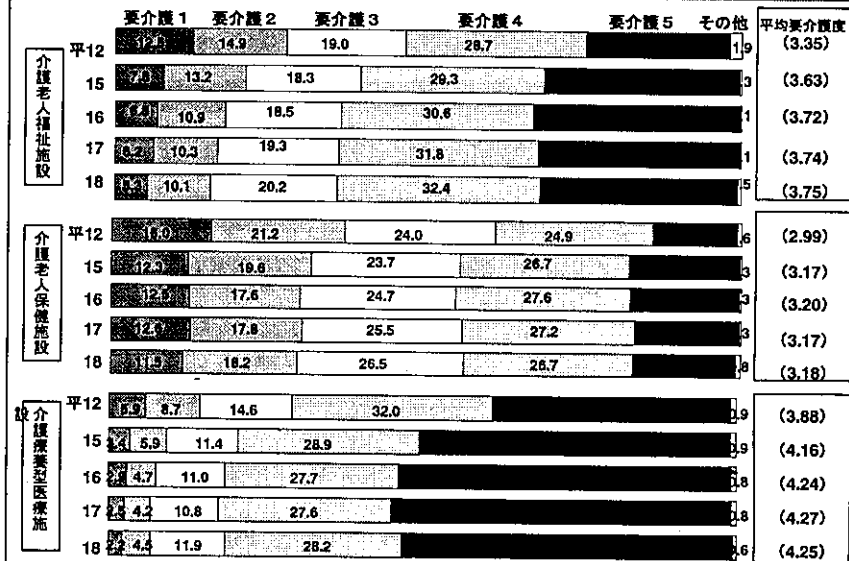
【資料】「平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果の概況」(厚生労働省統計情報部) 6

要介護度別に応じた在籍者数（構成割合）の年次推移 ～介護療養型医療施設～



【資料】「平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果の概況」(厚生労働省統計情報部) 7

要介護度別に応じた在籍者数（構成割合）の年次推移



【資料】「平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果の概況」(厚生労働省統計情報部) 8

2. 介護療養型医療施設の廃止

9

介護療養型医療施設廃止までの経過 1

◆平成17年12月13日

社会保障審議会介護給付費分科会にて「平成18年度介護報酬改定に関する審議報告」まとまる。

一 介護療養型医療施設については、「療養病床の在り方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分担の明確化、さらに、介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて、利用者の実態にも留意しつつ、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図る。～中略

一 なお、分科会としては、医療保険との機能分担も含めた療養病床全体の在り方について、厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示すことを強く要請する。

10

介護療養型医療施設廃止までの経過 2

◆平成17年12月21日

厚生労働省「医療構造改革推進本部」が「療養病床の将来像について」を発表。

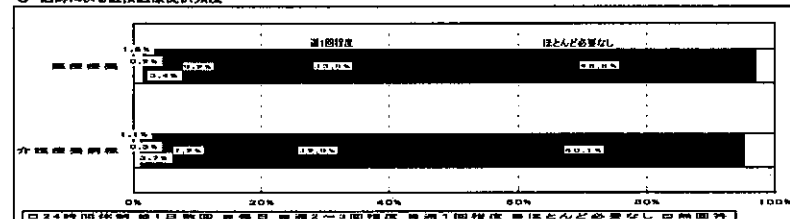
一「医療構造改革推進本部」とは、厚生労働大臣を本部長とした厚生労働省幹部で構成された組織であるが、ここで、将来的な療養病床の位置づけとして、介護療養型医療施設の廃止を打ち出す。

11

療養病床の現状

○ 療養病床の入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない人が概ね5割

○ 医師による直接医療提供頻度



○ 医療保険適用、介護保険適用、それぞれに入院する患者の状態

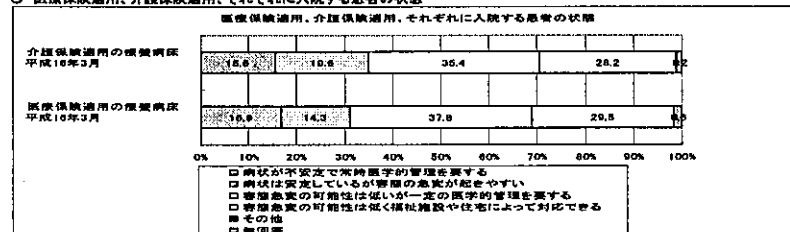
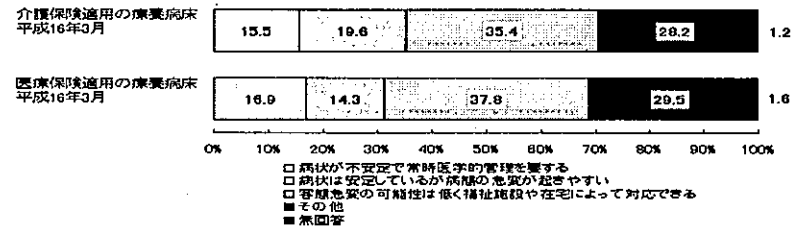


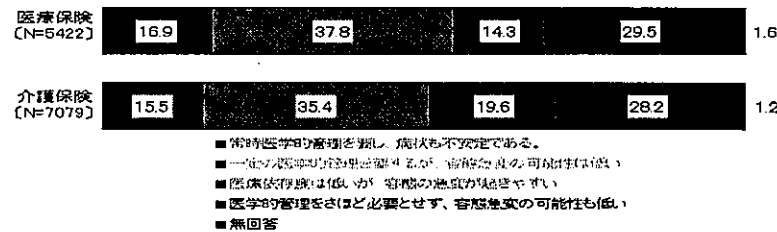
表1-(a)

適用保険別にみた現在の患者の状態



資料：厚労省「療養病床の将来像について」(H17.12.21)

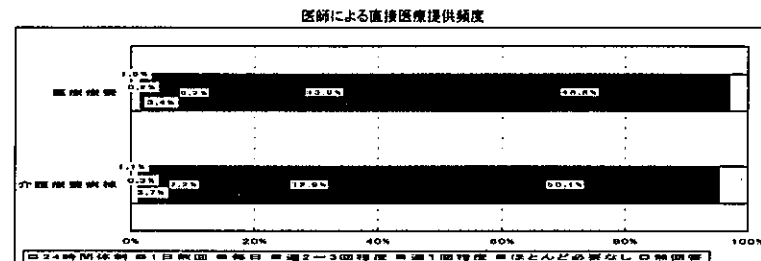
表1-(b) 保険適用、介護保険適用、それぞれに入院する患者の状態



資料：医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査」(H16.3) 13

療養病床は次のような課題を抱えています

・現在の利用状況を見ると、必ずしも医療サービスを必要とはしない方も利用しているのが実態です。

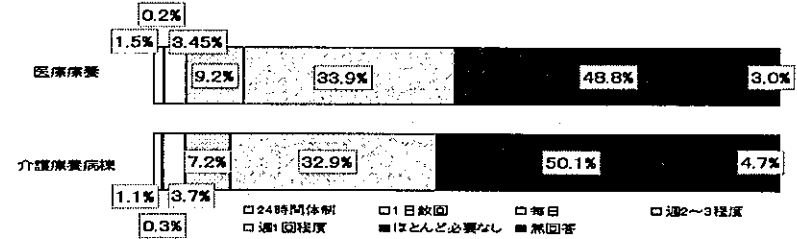


【中協「慢性期入院医療実態調査」(平成17年11月11日中協資料)】

- 高齢者の状態に即した適切なサービスの提供
 - 医療保険や介護保険の財源の効率的な活用
 - 医師・看護師など限られた人材の効率的な活用
- の観点から再編成が必要となっています。

表2-(a)

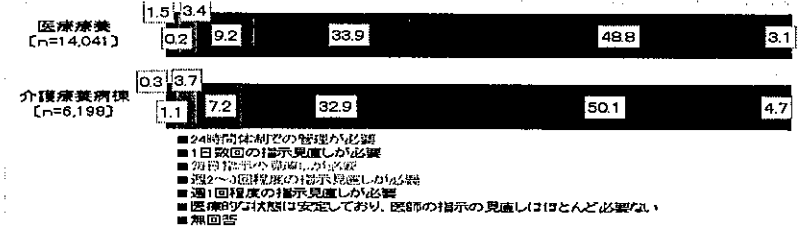
医師による直接医療提供頻度



資料：厚労省「療養病床の将来像について」(H17.12.21)

表2-(b)

医師による直接医療提供頻度



【患者特性調査より】

資料：中協「慢性期入院医療実態調査」(H17.11.11) 15

療養病床の将来像について

1. 将来的な療養病床の位置付け

(1) 医療法上の取り扱い(医療法施行規則の改正)

- ・療養病床については、医療必要度の高い患者を対象とする施設としての位置付け及び人員体制の在り方について検討する。

療養病床の将来像について②

(2) 介護保険・医療保険制度上の取り扱い

(介護保険法等の改正)

①介護保険

平成24年度以降は療養病床の体系的再編に沿って介護報酬上の評価について廃止することを検討する。

②医療保険

平成24年度以降は診療報酬上は療養病床の体系的再編に沿って適切に評価する。

17

療養病床の将来像について③

2. 今後の報酬改定等における対応

(1) 介護保険における対応(介護報酬改定、医療法施行規則の改正)

- ・現行の療養病床のほかに、将来的に特定施設(有料老人ホーム、ケアハウス)や老人保健施設等への転換を念頭に置いた経過的類型を、一定の期限内で新たに設け、介護報酬上の評価を行う。

18

療養病床の将来像について④

(2) 医療保険における対応(診療報酬改定)

- ・療養病床の診療報酬上の評価として、医療必要度に応じて適切に評価する。

(3) 転換の支援等

- ・療養病床について、特定施設や老人保健施設への転換等を進めるために、転換支援の助成等所要の措置を講じる。

19

介護療養型医療施設廃止までの経過 3

◆平成18年2月7日

日本医師会・四病院団体協議会で「介護療養型医療施設の廃止への反論」を発表。

- 一「患者が制度改正の狭間に陥り、必要で良質かつ適切な入院医療を受けられなくなることがないよう、療養病床のあり方について、介護療養型医療施設と医療保険適用療養病床との役割分担を含め、介護保険、医療保険、医療法を包含する検討を十分に行うべきである。」と主張。

20

介護療養型医療施設廃止までの経過 4

◆平成18年2月10日

「健康保険法等の一部を改正する法律」を閣議決定。

第164回通常国会へ提出。

— 新たな高齢者医療制度の創設、医療費適正化の推進、特定健康
診査等の基本的指針

— 附則 第2条3項

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～
(老健、特養の基本的あり方並びに医療の提供のあり方、設備、運営
基準のあり方並びに利用者負担のあり方の検討)

21

介護療養型医療施設廃止までの経過 5

◆平成18年6月13日

参議院附帯決議

療養病床の再編成に当たって確実な転換への支援策

— 医療区分の適切な見直し

22

介護療養型医療施設廃止までの経過 6

◆平成18年6月21日

国会において「健康保険法の一部を改正する法律」成立。

— 介護療養型医療施設は、平成24年3月31日をもって廃止される
ことが決定。

23

2. 療養病床の再編成

2-1. 再編成の考え方（厚労省）

24

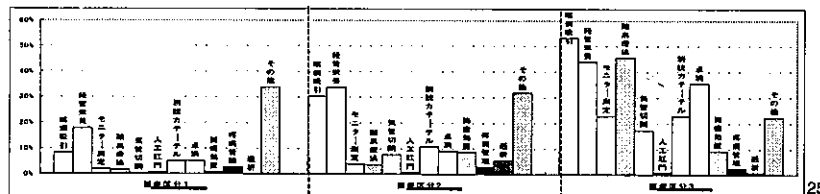
どのように医療ニーズを把握するか

- 施設の機能分化を図り、高齢者の状態に応じた適切なサービスを効率的に提供することが必要。
- そのためには高齢者の医療ニーズの把握が必要であり、その指標として、下記の医療区分を用いることとした。

○ 医療区分の概要

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慢性疼痛 ・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

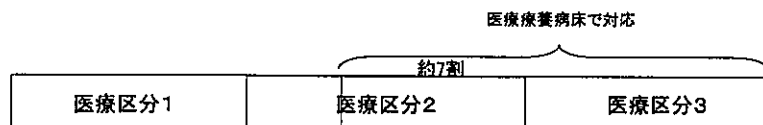
○ 療養病床における医療行為が行われた者の割合(医療区分別)(出典:療養病床アンケート調査(H18))



どのように療養病床の再編成を行うか

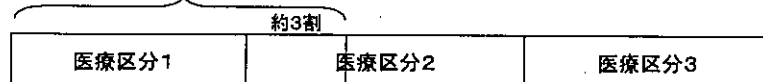
医療区分を用いて、医療の必要性を判断し、

- ・ 医療の必要性の高い患者 → 医療療養病床で対応
(医療区分3の患者のすべて 及び 医療区分2の患者の約7割の者)

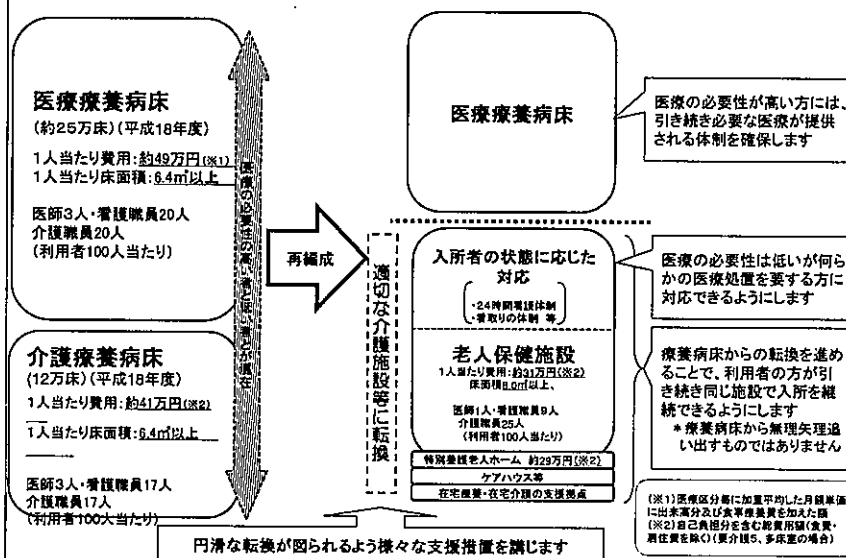


- ・ 医療の必要性の低い患者 → 療養病床から転換した老人保健施設を中心に対応
(医療区分2の患者の約3割の者 及び 医療区分1の患者のすべて)

療養病床から転換した老人保健施設を中心に対応



療養病床再編成のイメージ



2. 療養病床の再編成

2-2. 医療費適正化計画(厚労省)と日医の対応

厚生労働省は、療養病床数の目標数(案)に関し、都道府県に以下の計算式を示す方向である。

—2007年4月12日 社会保障審議会医療保険部会における説明—

厚生労働省 都道府県において達成すべき目標数<療養病床>

$$\text{① 医療療養病床数(回復期リハ除く)} - \text{医療療養病床の医療区分1 医療区分2の3割} + \text{介護療養病床の医療区分2の7割 医療区分3} = 15\text{万床}$$

② 上記に加え、後期高齢者人口伸び率や救急医療などの医療提供体制等を総合的に勘案

厚生労働省の説明

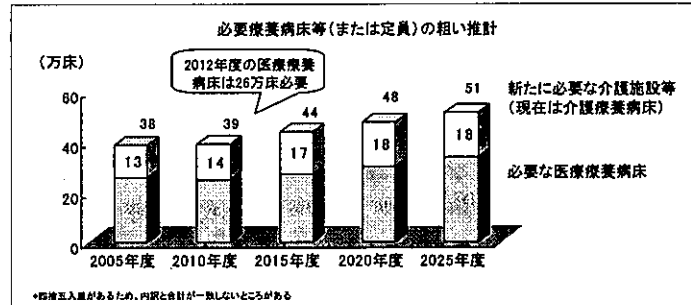
- ・医療区分1 : 医学的管理(経管栄養、胃瘻)が必要な患者も看護配置を手厚くした老健で対応可能
- ・医療区分2の3割: うつ状態、褥瘡、創傷処置、皮膚の潰瘍の患者は介護施設に転換可能

- 財政主導で決められた根拠のない数字である
- 都道府県においては、あらためて行政と医療現場が協力し、原点に立ち返って、実態を調査すべきである。

29

療養病床の必要性—日本医師会推計—

医療療養病床は、2005年度には25万床であった。今後、一部在宅復帰を実現しても、高齢者の増加に伴い2015年度には27万床が必要となる。



- 医療療養病床が必要な患者(次頁参照)
医療療養病床、介護療養病床のうち、医療の必要性の高い患者
- 新たな介護施設等が必要な患者
医療療養病床の入院患者—在宅可能9.3%—医療療養病床が必要な患者66.8%
介護療養病床の入院患者—在宅可能10.8%—医療療養病床が必要な患者38.7%

*社団法人 日本医師会「療養病床の再編に関する緊急調査」報告」他より

高齢者人口に
比例

30

日本医師会等の調査から、医療療養病床入院患者の66.8%、介護療養病床入院患者の38.7%は、医療療養病床を必要としていると推計される。

療養病床入院患者の状況(2006年)

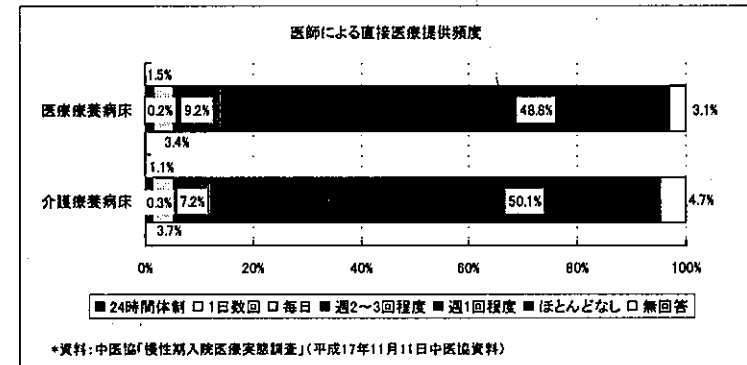
1. 医療療養病床の患者の状況	100.0%
(1) 医療療養病床が必要(①+②+③)	66.8%
① 医療区分1で医療療養病床が必要(④×⑤×⑥)	8.9%
② 医療区分2	45.2%
③ 医療区分3	12.7%
(2) 条件が整えば在宅可能	9.3%
(3) 介護施設等が必要	23.9%
④ 医療区分1	42.1%
⑤ 病状不安定で退院不可能(④のうち)	30.9%
⑥ 医学的管理、処置が必要(⑤のうち)	68.4%
2. 介護療養病床の患者の状況	100.0%
(1) 医療療養病床が必要	38.7%
(2) 条件が整えば在宅可能	10.8%
(3) 介護施設等が必要	50.5%

*社団法人 日本医師会「療養病床の再編に関する緊急調査」報告 2006年10月、日本医師会・福岡県リハビリテーションセンターほか「療養病床に関する緊急調査」報告(日本医師会ワーキングペーパーNo.122, 2006年8月)

※上記調査にもとづいて必要病床数の将来推計を行ったが、今後は、医療療養病床の必要度がさらに高い、「超後期高齢者」ともいえる人口が増えるので、実際の必要性はより高くなると推察される。

31

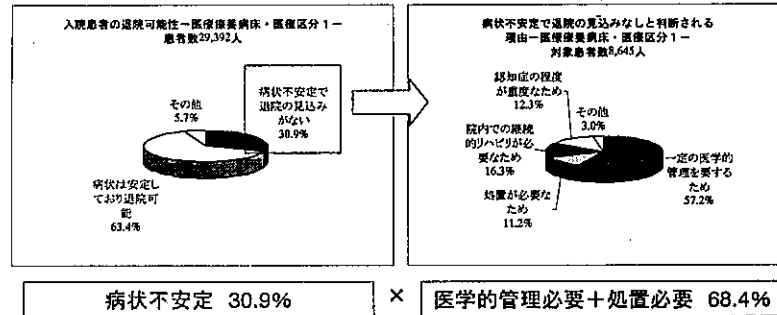
一方、厚生労働省は、「医師による直接医療提供頻度がほとんど必要なし」の患者比率にもとづいて、療養病床を削減できると主張した。しかし、「直接医療提供頻度ほとんどなし=医療不要」ではない。



しかも、そもそもの調査では「医師による指示の見直しや管理が必要な頻度」であったが、厚生労働省はこれを「医師による直接医療提供頻度」と読み替えて使用している。

32

日本医師会の調査では、医療区分1の患者の30.9%は「病状不安定で退院の見込みがない」と判断されていた。その理由のうち、「一定の医学的管理を要するため」が57.2%、「処置が必要のため」が11.2%であった。

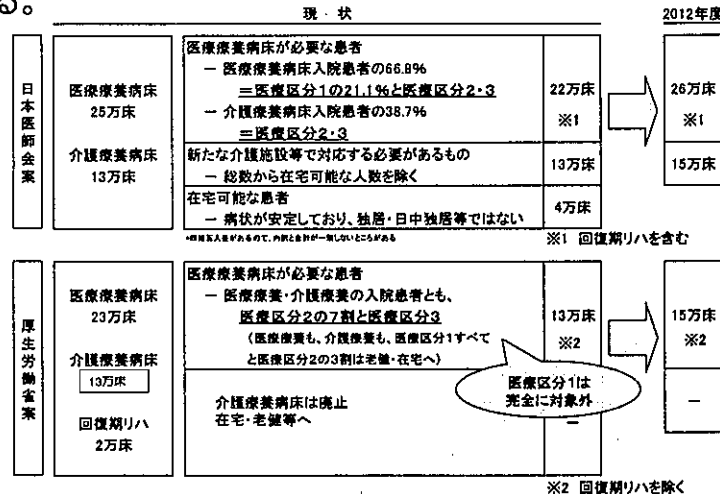


医療区分1の21.1%は医学的管理・処置が必要

*社団法人 日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」(2006年10月)より

33

しかし、厚生労働省は医療区分1については、まったく医療が必要ないという整理をし、2012年度の医療療養病床数は15万床(回復期リハを除く)で良いとしている。



34

厚生労働省は、最近、医療区分1の患者が減ってきたという調査結果を公表した。しかし、在宅復帰を強いられ医療難民となった患者があることも懸念される。

医療療養病床 ADL区分・医療区分の状況

ADL区分	平成17年度調査				平成18年度調査			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計
ADL区分3	14.3%	18.5%	8.6%	41.4%	10.4%	25.9%	16.0%	52.3%
ADL区分2	15.8%	10.3%	2.1%	28.1%	11.1%	11.4%	2.7%	25.2%
ADL区分1	18.7%	9.3%	1.8%	30.5%	12.9%	8.0%	1.5%	22.4%
全体	48.8%	38.1%	12.3%	100.0%	34.4%	45.3%	20.2%	100.0%

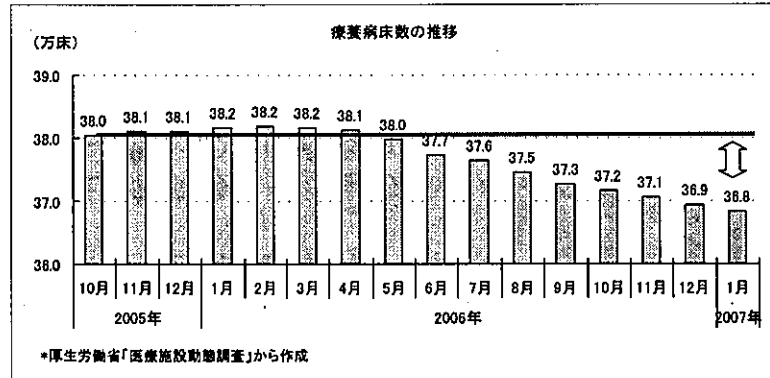
*厚生労働省「平成18年度『慢性期入院医療の包括評価に関する調査』(患者特性調査(医療療養病床)集計結果速報)」より
2007年2月 中區協・診療報酬調査専門機構・慢性期入院医療の包括評価調査分科会 提出資料

都道府県がこれから実態把握を行った場合、補足できるのは、すでに医療難民が出た後の姿

退院を強いられ、医療が必要であるにもかかわらず、医療を受けられなくなった患者もあるのでは？

35

療養病床再編シナリオが描かれた2005年38.0万床に比べると、2007年1月の療養病床は36.8万床であり、すでに1万床以上が失われている。しかし、これもすべて円満な在宅復帰の結果かどうかは疑問である。



36

日本医師会としては、2012年度末における医療療養病床数(都道府県において達成すべき目標)は、以下のようにあるべきと主張する。

医療療養病床の現状の数*1 (2006年10月) 回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く	
—	医療療養病床から介護保険施設等に転換または削減する見込み数 (医療区分1) × (100 - 21.1%) 医療難民(2006年7月 日本医師会調査より)
+	介護療養病床*2から医療療養病床へ転換する見込み数(2006年6月) (医療区分2) + (医療区分3)
×	調査時点(2006年)と計画スタート時点の間の後期高齢者の増加数による補正

*1 医療保険適用の療養病床 *2 介護保険適用の療養病床

37

「療養病床の目標数」について

38

主要な疾病別にみた 推計入院患者数の推移(75歳以上)

◆将来人口推計と、年齢階級別の疾患別入院受療率(将来も一定と仮定)のみから将来予測。

◆「脳血管疾患」「認知症(アルツハイマーを含む)」「心疾患」「肺炎」の入院患者数は、今後も増加。

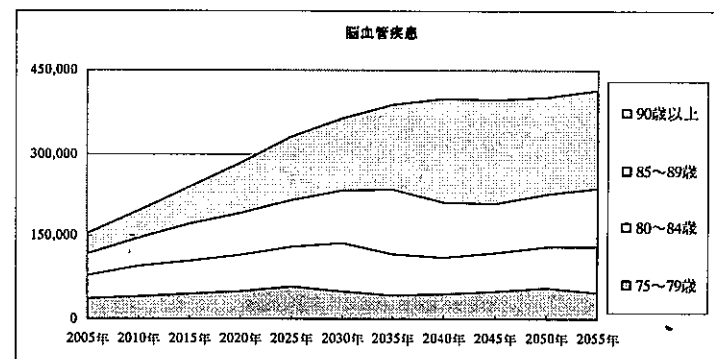
◆2040年頃までの人口増を反映し、特に80歳以上の入院患者数のウエイトが高くなることが見込まれる。

注)厚生労働省「平成17年患者調査」(認知症の入院受療率のみ平成14年)、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成18年12月推計)」より推計。認知症は、「血管性および詳細不明の認知症」及び「アルツハイマー」の合計である。
[計算式]推計入院患者数 = 将来推計人口(出生中位・死亡中位推計) × 傷病分類別入院受療率。ただし、日医では急性期の入院受療率は2011年まで年2%低下するとしているが、急性期と慢性期に分けることが困難なため、ここでは現在の入院受療率で一定としている。

39

脳血管疾患

◆高齢者に多い代表的な疾患である脳血管疾患の入院患者数は、今後、90歳以上が急速に増加し、2025年に2.1倍となる。

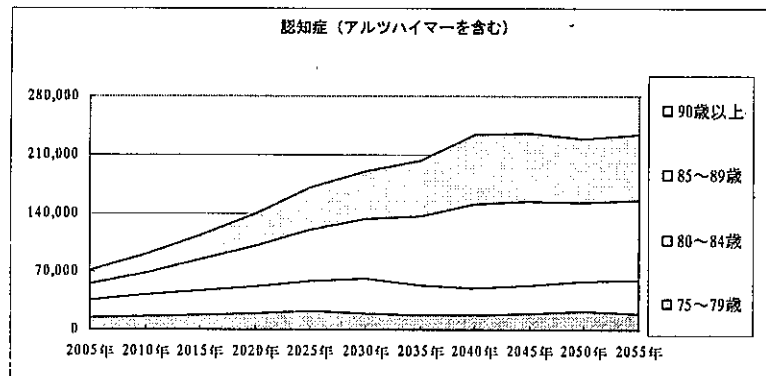


出所) 厚生労働省「平成17年患者調査」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成18年12月推計)」より作成。

40

認知症(アルツハイマーも含む)

◆ 80歳以上の入院患者が急速に増加し、2025年には2.2倍となる。

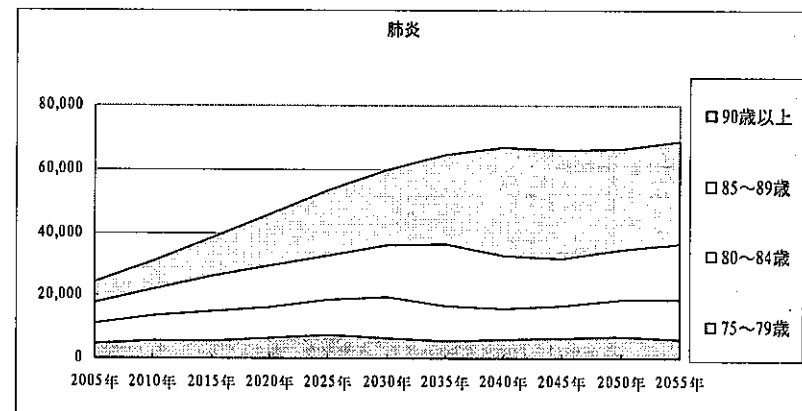


出所) 厚生労働省「平成14年患者調査」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成18年12月推計)」より作成。
認知症は、「血管性および詳細不明の認知症」及び「アルツハイマー」の合計である。

41

肺炎

◆ 90歳以上が急速に増加し、2025年に2.2倍となる。

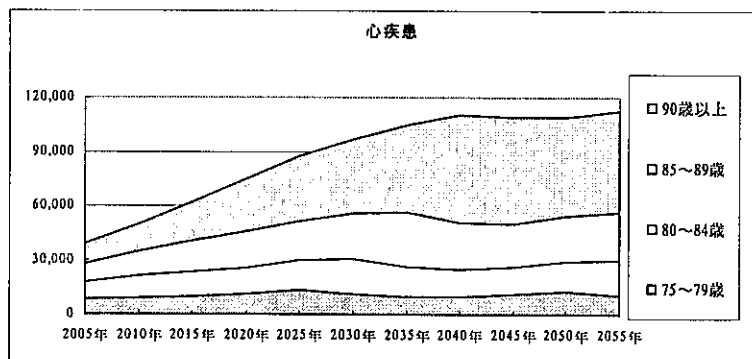


出所) 厚生労働省「平成17年患者調査」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成18年12月推計)」より作成。

43

心疾患

◆ 75歳以上の患者は、今後90歳以上が急速に増加し、2025年には2.2倍となる。

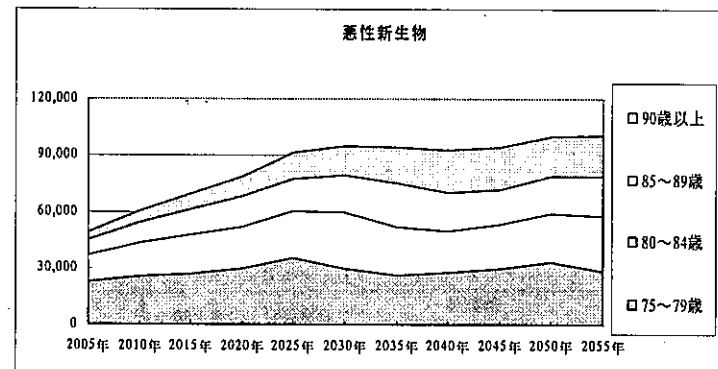


出所) 厚生労働省「平成17年患者調査」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成18年12月推計)」より作成。

42

悪性新生物

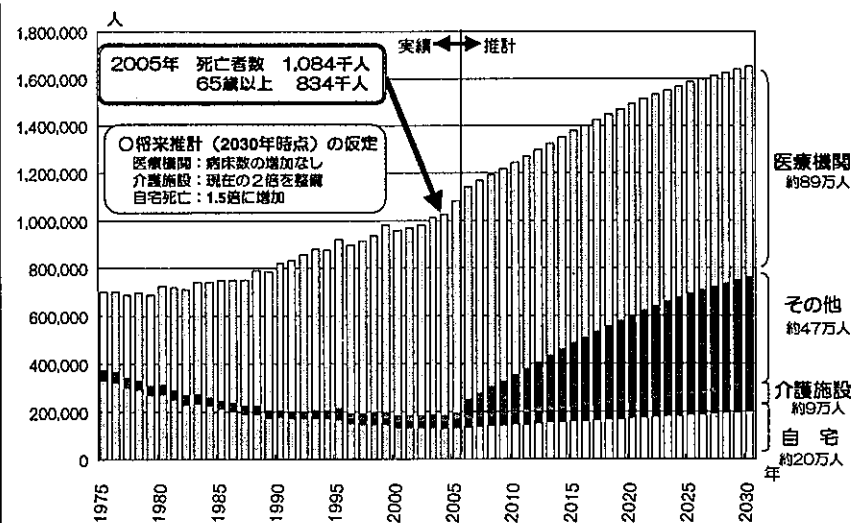
◆ 本疾患群については、80歳未満の比率が高い。75歳以上の患者は、2025年に1.9倍となるが、2025年以降は微増の見込み。



出所) 厚生労働省「平成17年患者調査」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成18年12月推計)」より作成。

44

今後の看取りの場は？



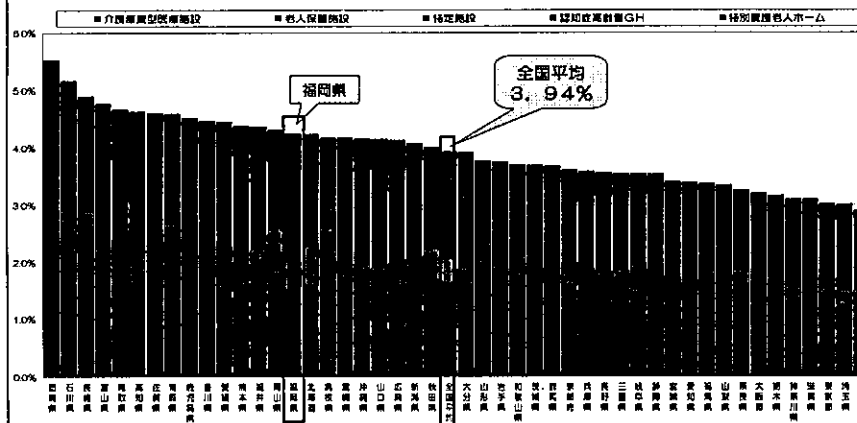
【資料】
2005年(平成17年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2006年(平成18年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、特養

45

施設の整備状況

○ 入所・居住系サービスの整備は全国的に進んでいるが、地域差がある。



※1 介護保険3施設については、平成17年度末の定員数(厚生労働省老健局計画課調べ)を平成18年度の高齢者人口の見込み(第3期介護保険事業(支)計画)で除して得た率。
※2 居住系サービス(認知症グループホーム、特定施設)については、平成17年度末のサービス利用者数(厚生労働省老健局計画課調べ)を平成18年度の高齢者人口の見込み(第3期介護保険事業(支)計画)で除して得た率。

46

療養病床の目標病床数

	平成18年10月現在	平成24年度末目標値	増減数
北海道※1,2	18,737	18,737	0
青森	3,029	1,455	△1,574
岩手	2,990	1,803	△1,187
宮城	3,333	2,074	△1,259
秋田	2,496	1,990	△506
山形	1,774	1,318	△456
福島	4,572	2,200	△2,372
茨城	5,955	4,170	△1,785
栃木	4,583	2,345	△2,238
群馬	4,669	2,312	△2,357
埼玉	12,625	9,200	△3,425
千葉※3	9,815	7,206	△2,609
東京※2	21,033	28,077	+7,044
神奈川	12,537	10,355	△2,182

※1 現状値は19年現在 ※2 回復期リハビリ病棟を含む ※3 計画未策定のため参考値。現状値は19年現在、目標値は24年度全体

【出典：日本医事新報 No.4383】 47

療養病床の目標病床数

	平成18年10月現在	平成24年度末目標値	増減数
新潟	—	—	—
富山	5,563	2,176	△3,387
石川	5,291	3,475	△1,816
福井	2,977	1,600	△1,377
山梨	2,015	1,278	△737
長野	4,039	2,760	△1,279
岐阜※1	3,735	1,910	△1,825
静岡	10,954	4,852	△6,102
愛知	14,574	8,977	△5,597
三重	4,904	2,614	△2,290
滋賀※1	3,186	1,733	△1,453
京都	6,607	3,660	△2,947
大阪	22,165	12,919	△9,246
兵庫	14,138	9,236	△4,902
奈良	—	—	—
和歌山	2,893	1,551	△1,342

※1 現状値は19年現在

【出典：日本医事新報 No.4383】 48

療養病床の目標病床数

(床)

	平成18年10月現在	平成24年度末目標値	増減数
鳥 取	1,349	942	△407
島 根	2,805	1,527	△1,278
岡 山	5,728	3,066	△2,662
広 島	11,417	5,739	△5,678
山 口	9,565	4,153	△5,412
徳 島	4,843	2,755	△2,088
香 川	3,143	1,382	△1,761
愛 媛	3,777	2,699	△1,078
高 知 ^{※1}	6,793	2,941	△3,852

※1 現状値は19年現在

〈出典：日本医事新報 No.4383〉 49

療養病床の目標病床数

(床)

	平成18年10月現在	平成24年度末目標値	増減数
福 岡 ^{※2}	24,817	12,980	△11,837
佐 賀	—	—	—
長 崎	7,823	3,739	△4,084
熊 本	11,289	5,021	△6,268
大 分	3,160	1,560	△1,600
宮 崎	4,811	2,025	△2,786
鹿児島	11,383	8,247	△3,136
沖 縄	3,751	2,456	△1,295
合 計	327,643	213,215	△114,428

※2 回復期リハビリ棟を含む

〈出典：日本医事新報 No.4383〉 50

療養病床の目標病床数

(床)

	平成18年10月現在	平成24年度末目標値	増減数
北海道 ^{※1}	18,737	18,737	0
青 島	3,029	1,455	△1,574
岩 手	2,990	1,803	△1,187
宮 城	3,333	2,074	△1,259
秋 田	2,496	1,990	△506
山 形	1,774	1,318	△456
福 島	4,572	2,200	△2,372
茨 城	5,955	4,170	△1,785
栃 木	4,583	2,345	△2,238
群 馬	4,669	2,312	△2,357
埼 玉	12,625	9,200	△3,425
千葉 ^{※3}	9,815	7,206	△2,609
東京 ^{※2}	21,033	28,077	+7,044
神奈川	12,537	10,355	△2,182
新潟	—	—	—
高 山	5,563	2,178	△3,385
石 川	5,291	3,475	△1,816
福 井	2,977	1,600	△1,377
山 梨	2,015	1,278	△737
長野	4,039	2,760	△1,279
岐阜 ^{※1}	3,735	1,910	△1,825
静岡	10,954	4,852	△6,102
愛 知	14,574	8,977	△5,597
三 重	4,904	2,614	△2,290
滋 賀 ^{※1}	3,185	1,733	△1,453
京 都	5,607	3,660	△1,947
大 阪	22,165	12,919	△9,246
兵 庫	14,138	9,236	△4,902
奈良	—	—	—
和歌山	2,893	1,551	△1,342
鳥 取	1,349	942	△407
島 根	2,805	1,527	△1,278
岡 山	5,728	3,066	△2,662
広 島	11,407	5,739	△5,678
山 口	9,565	4,153	△5,412
徳 島	4,843	2,755	△2,088
香 川	3,143	1,382	△1,761
愛 媛	3,777	2,699	△1,078
高知 ^{※1}	6,793	2,941	△3,852
福岡 ^{※2}	24,817	12,980	△11,837
佐 賀	—	—	—
長 崎	7,823	3,739	△4,084
熊 本	11,289	5,021	△6,268
大 分	3,160	1,560	△1,600
宮 崎	4,811	2,025	△2,786
鹿児島	11,383	8,247	△3,136
沖縄	3,751	2,456	△1,295
合 計	327,643	213,215	△114,428

※1 現状値は19年現在 ※2 回復期リハビリ棟を含む ※3 計画病床数のため推定値。現状値は19年現在、目標値は24年度末注

〈出典：日本医事新報 No.4383〉51

「介護療養型老人保健施設」 の創設とその問題

療養病床・介護老人保健施設の報酬の類型は以下のとおり。

療養病床		介護老人保健施設		
医療保険適用	介護保険適用			
(医師3名)	(医師3名) 【通常型】	(医師2名) 【経過型】(～H23)	(医師1+α名) 【介護療養型】	(医師1名) 【従来型】
看護 4:1 ABC 8割以上 介護 4:1	看護 6:1 介護 4:1 1,322単位	看護 6:1 介護 4:1 1,224単位	看護 6:1 介護 4:1 1,073単位 (加算含む) 1,046単位 (加算含む) ・入所自費40人以下の施設については、オンコールによる緊急連絡体制を行っている場合も可	看護・介護 3:1
看護 5:1 介護 5:1 885点 【医療区分1 ADL区分3】	看護 6:1 介護 5:1 1,189単位 看護 6:1 介護 6:1 1,152単位	看護 8:1 介護 4:1 1,182単位	看護 6:1 介護 6:1 1,046単位 1,019単位	
	【ユニット型】 ユニット型の報酬 ※2	【経過型ユニット型】(～H23) 経過型ユニット型の報酬 ※2	【療養病床から転換 ・ユニット型】 転換型ユニット型の報酬 ※2	【ユニット型】 ユニット型の報酬
新規に報酬を創設する類型				

※1 今後、介護療養型老人保健施設の入所者の介護ニーズの実態を把握し、平成24年4月以降の対応を検討。

※2 ユニット型施設については、①日中はユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること、②ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること、③2のユニットごとに夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1人以上、とされており、看護職員・介護職員については、概ね2:1の配置が評価されている。

※3 単位数は、要介護5、多床室入所の場合を表示

53

		従来型個室					多床室				
		個室 第1	個室 第2	個室 第3	個室 第4	個室 第5	個室 第1	個室 第2	個室 第3	個室 第4	個室 第5
型別S枠組		70 2	75 1	804	858	911	78 1	83 0	883	937	990
	介護療養型老健と既存老健との差	1	35	56	56	56	1	35	56	56	56
介護療養型老健と介護療養型S枠組との差	※夜勤あり。41床以上	70 3	78 6	860	914	967	78 2	86 5	939	993	1,04 6
	療養体制維持特別加算 (4:1を基準)	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
	既存療養4:1との比較	32	5	-15 9	-20 8	-24 4	0	-2 7	-19 1	-23 8	-27 6
	療養体制維持特別加算を含む比較	59	32	-13 2	-17 9	-21 7	27	0	-16 4	-21 1	-24 9
	既存療養5:1との比較	92	66	-20	-12 2	-11 1	60	34	-52	-15 4	-14 3
	療養体制維持特別加算を含む比較	11 9	93	7	-95	-84	87	61	-25	-12 7	-11 6
	既存療養6:1との比較	12 9	94	17	-86	-74	90	62	-15	-11 8	-10 6
	療養体制維持特別加算を含む比較	14 9	12 1	44	-59	-47	11 7	89	12	-91	-79
型別S枠組 既存介護療養型	4:1	67 1	78 1	1, 0 19	1, 1 20	1, 2 11	78 2	89 2	1, 1 30	1, 2 31	1, 3 22
	5:1	61 1	72 0	880	1, 0 36	1, 0 78	72 2	83 1	991	1, 1 47	1, 1 39
	6:1	58 1	69 2	843	1, 0 00	1, 0 1	69 2	80 3	954	1, 1 11	1, 1 52

54

療養病床における現状の診療報酬上の問題点

中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会
「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」(2007年6月)より

〈ケア時間〉

〈医療処置時間〉

	医康区分1	医康区分2	医康区分3	全体
ADL区分3	141.3	150.7	190.4	161.7
ADL区分2	118.9	139.4	180.2	136.0
ADL区分1	90.8(18)		120.0	97.0
	84.9			
全体	112.9	139.6	184.0	141.3

單位:分

IM 54- 43

〈患者1人1日当たり収入・費用〉 []内の数字は収

〈療養病棟入院基本料〉

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	(13,341) 16,875	(17,931) 17,479	(21,591) 19,822	17,944
ADL区分2	(12,131) 16,355	(17,931) 17,418	(21,591) 19,473	17,108
ADL区分1	(12,131) 15,127(12) [12,131] 14,986	(17,931) 17,418 [17,931] 17,418	(21,591) 19,473 [21,591] 17,194	15,482
全体	16,024	17,209	19,594	(17,351)

單位: 元

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885	1,320	1,709
ADL区分2	750		
ADL区分1			

H2O診療報酬改定 新点数

單位：點

※入院基本料以外の収入:一律4,491円
※4,491円の内訳:入院基本料等加算1,163円 出産高初分

54

まとめ

医療・介護難民を生まないために

1. 医療療養病床の必要数の上方修正
2. 医療区分の見直し
3. 医療区分1 ADL 3の診療報酬の見直し
4. 介護保険施設の整備
5. 介護療養型老人保健施設の介護報酬の見直し
6. 介護保険施設における医療提供のあり方の見直し

56

介護保険制度の現状と課題

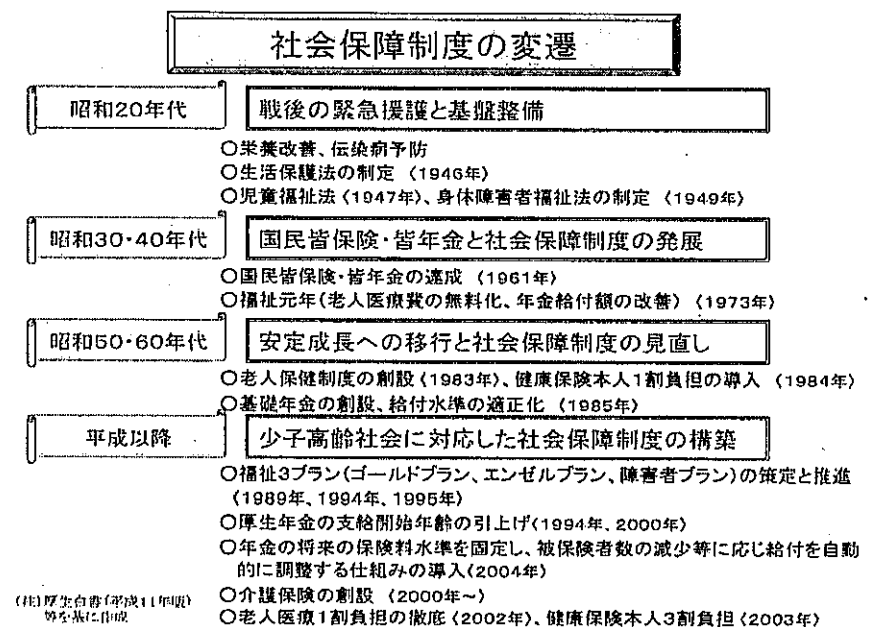
平成20年7月12日

厚生労働省老健局老人保健課
課長 鈴木 康裕

本日の内容

1. 社会保障制度改革について
2. これからの高齢者像
3. 介護保険の現状
4. 高齢者の在宅療養と終末期
5. 療養病床の再編成
6. 介護従事者の状況
 - ①介護サービス事業に係る事務負担の見直し
 - ②介護従事者等の実態把握と介護報酬改定

1. 社会保障制度改革について



「社会保障の在り方に関する懇談会」資料から

我が国の社会保障制度の特徴

○ すべての国民の年金、医療、介護をカバー（国民皆保険・皆年金体制）

- ・ 年金制度は、高齢期の生活の基本的部分を支える年金を保障
- ・ 医療保険制度は、「誰でも、いつでも、どこでも」保険証1枚で医療を受けられる医療を保障
- ・ 介護保険制度は、加齢に伴う要介護状態になっても自立した生活を営むことが出来るよう必要な介護を保障

○ 社会保障給付の大宗を占める年金・医療・介護は、社会保険方式により運営

○ 社会保険方式に公費も投入し、「保険料」と「税」の組み合わせによる財政運営

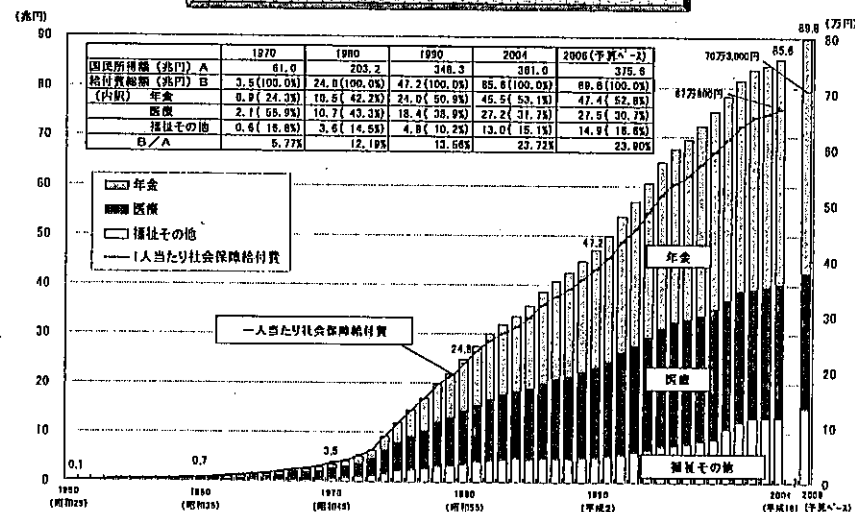
- ・ 社会保障の財源は、約60%が保険料。約30%が公費、約10%が資産収入等で、保険料中心の構成

○ 「サラリーマングループ」と「自営業者等グループ」の2本立て

- ・ サラリーマン（被用者）を対象とする職域保険（健康保険、厚生年金）と自営業者、農業者、高齢者等を対象とする自営業者等グループ（国民健康保険、国民年金）の2つの制度で構成

「社会保障の在り方に関する懇談会」資料から

社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成16年度社会保障給付費」、2006年度(予算ベース)は厚生労働省推計
 (注1) 図中の数値は、1950、1960、1970、1980、1990及び2004並びに2006年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。
 (注2) 2006年度の「一人当たり社会保障給付費」は、給付費総額を平成18年1月1日時点(概算値)の人口総数で除したものの。

7

社会保障給付費の規模

○ 制度の充実と高齢化の進展が相まって、社会保障給付の規模は大きく拡大

- ・ この30年間に対国民所得比で約4.1倍に拡大
- ・ 給付規模約86兆円は、一般会計予算の規模(約82兆円)を上回る
- ・ 1人当たり給付費は、年間67万1,800円

(給付費の推移) 1970年度 2004年度(予算ベース)
 給付費 約3.5兆円 → 約24.5倍 → 約86兆円
 対国民所得比 5.8% → 約4.1倍 → 約23%

(構成割合)(国民所得比) 1970年度 2004年度(予算ベース)
 年金 1.4% → 12.5%
 医療 3.4% → 7.2%
 福祉その他 1.0% → 3.7%

(参考) 1970年度 2004年度(見通し)
 国民負担率 24.3% → 35.5%
 潜在的国民負担率 24.9% → 45.1%

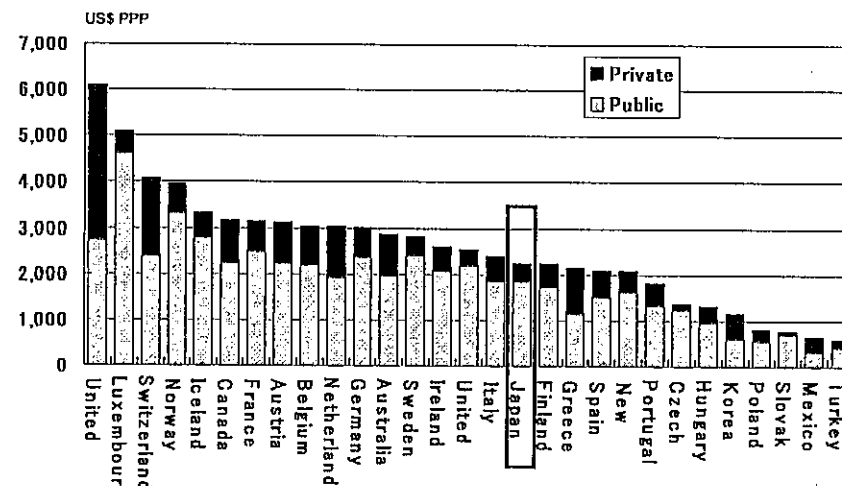
○ 社会保障給付費の規模は、欧州諸国と比較して小さく、米国と同程度

(注) 国民負担率も、欧州諸国と比較して小さく、米国と同程度になっている。

○ 欧州諸国と比較して、高齢者関係の給付の比重が高く、児童・家庭関係の給付の比重が低い

「社会保障の在り方に関する懇談会」資料から

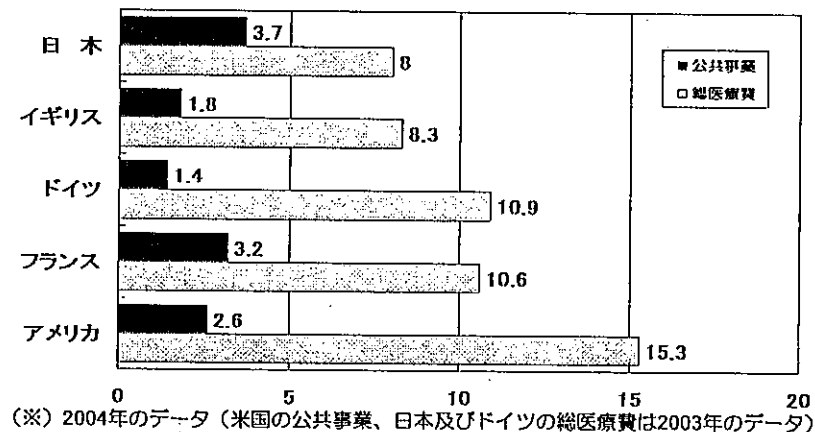
国民一人あたり医療費（2003年）



SOURCE: OECD HEALTH DATA 2006

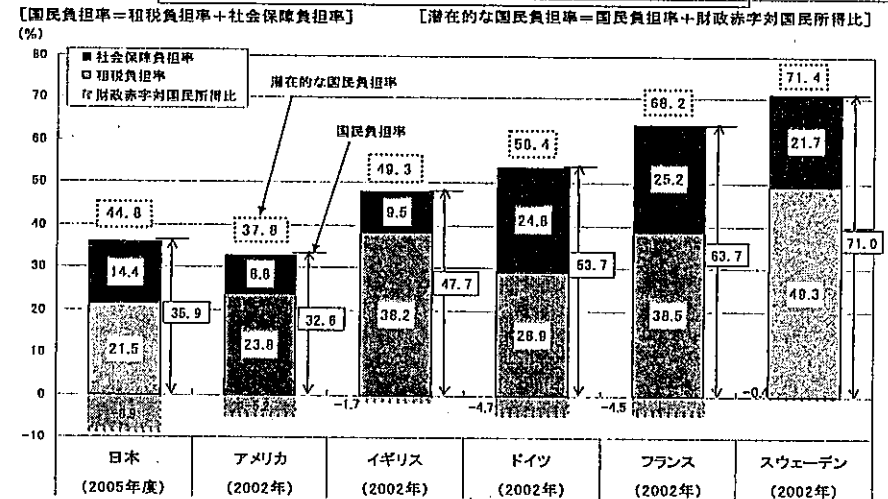
8

公共事業及び総医療費の 対国内総生産（GDP）比の国際比較



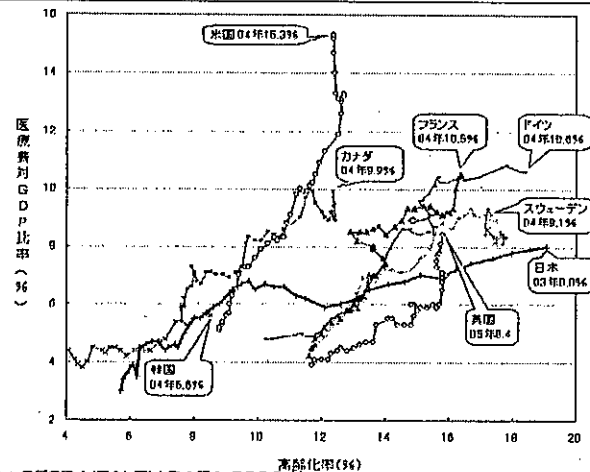
出典：公共事業：日本／国民経済計算年報、諸外国／OECD National Accounts 2005
総医療費：OECD HEALTH DATA 2006

国民負担の国際比較



(注) 1. 日本は2005年度（平成17年度）実績。諸外国は2002年実績。
2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。
【諸外国出典】“National Accounts” (OECD)、“Revenue Statistics” (OECD) 等

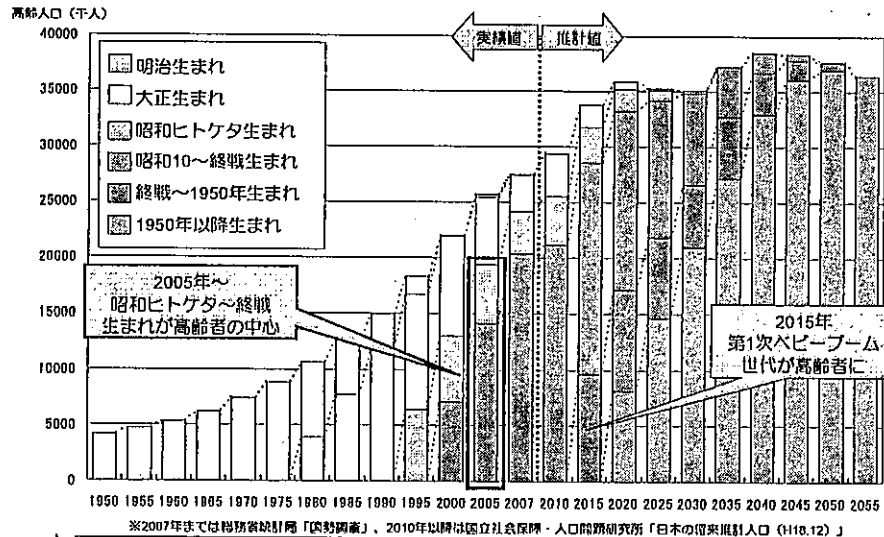
医療費の対国内総生産（GDP）比と 高齢化率との関係（国際比較）



出典：OECD HEALTH DATA 2006
日本以外の2000年以降高齢化率はStatistical Abstract of United States 2007

2. これからの高齢者像

世代別に見た高齢者人口の推移



「介護」モデル→「介護＋予防」モデル、個別ケアの推進

13

高齢者の世帯形態の将来推計

(万世帯)					
	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯	4,904 万世帯	5,014	5,048	5,027	4,964
世帯主が65歳以上	1,338 万世帯	1,541	1,762	1,847	1,843
単独 (比率)	386万世帯 28.9%	471 30.6%	566 32.2%	635 34.4%	680 36.9%
夫婦のみ (比率)	470万世帯 35.1%	542 35.2%	614 34.8%	631 34.2%	609 33.1%

(注) 比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計—平成15年10月推計—」

「家族同居」モデル→「同居＋独居」モデル

15

認知症高齢者の日常生活自立度判定Ⅱ以上の高齢者の増加

○ 要介護者のうち1/2は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」でクラスⅡ以上となっており、こうした高齢者は今後急速に増加する。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 (2002.9末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位：万人				
			居宅	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設	その他の施設
総数		314	210	32	25	12	34
再掲	認知症自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	認知症自立度Ⅲ以上	79	28	20	13	8	11

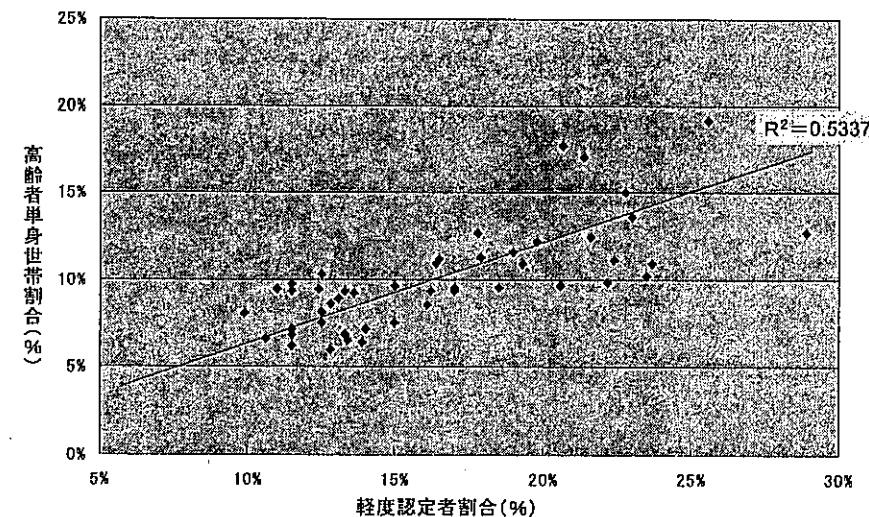
将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症自立度Ⅱ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
認知症自立度Ⅲ以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※ 下段は、65歳以上人口比(%)

(平成15年6月 高齢者介護研究会報告書より)

14

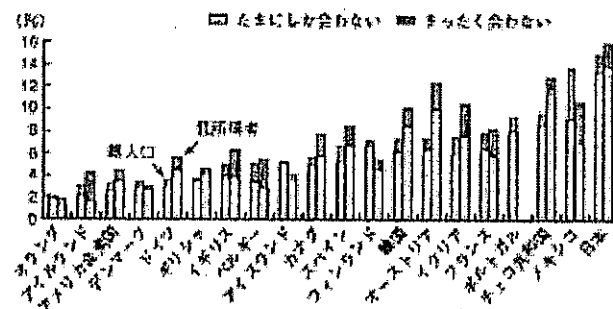
都道府県別の高齢者単身世帯割合と軽度認定割合の相関



※高齢者単身世帯割合(「H17国勢調査(総務省統計局)データから算出)：65歳以上が世帯主かつ単身世帯÷全世帯数
※軽度認定割合(介護保険事業状況報告(H17.10)から算出)：要支援者数÷全認定者数

16

OECD加盟国における社会的孤立の状況 (world Values Survey 2001)

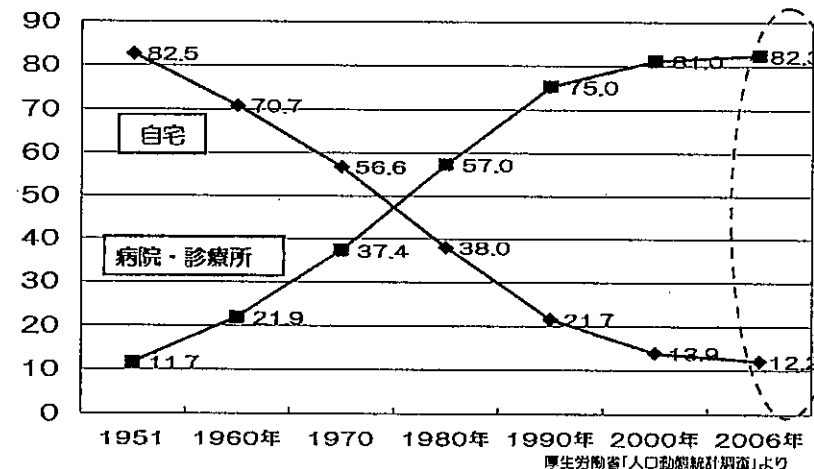


(広井良典氏作成資料より)

17

死亡の場所の推移

- 居宅や多様な居住の場において療養を行う患者は増加し、在宅医療を行う医療機関も増加しているが、死亡場所については、この50年間で、自宅での死亡が約8割であったものが、医療機関での死亡が約8割を超え、逆転している。



19

今後急速に高齢化が進む都市部

- 今後急速に高齢化が進むのは、首都圏をはじめとする「都市部」。
- 都市部においては、高齢期の「住まい」などが大きな課題となる。

都道府県別の高齢者（65歳以上）人口の推移

	2005年時点の 高齢者人口(万人)	2015年時点の 高齢者人口(万人)	増加数	増加率	順位
埼玉県	116	179	63	+55%	1
千葉県	106	160	53	+50%	2
神奈川県	149	218	70	+47%	3
愛知県	125	177	52	+42%	4
大阪府	165	232	68	+41%	5
(東京都)	233	316	83	+36%	(7)
岩手県	34	39	5	+15%	43
島根県	20	22	2	+11%	44
秋田県	31	34	4	+11%	45
山形県	31	34	3	+10%	46
鹿児島県	44	48	4	+10%	47
全国	2,576	3,378	802	+31%	

「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）について」（国立社会保障・人口問題研究所）

18

3. 介護保険の現状

被保険者数・要介護認定者数の推移

○ 被保険者数の推移

65歳以上の被保険者数は、7年7ヶ月で約552万人（25%）増加

	平成12年4月末	平成19年4月末	平成19年11月末
被保険者数	2,165万人	2,682万人	2,717万人

（出典：介護保険事業状況報告）

○ 要介護認定を受けた人数の推移

要介護認定を受けた者は、7年7ヶ月で約233万人（107%）増加

	平成12年4月末	平成19年4月末	平成19年11月末
認定者数	218万人	441万人	451万人

（出典：介護保険事業状況報告）

21

平成20年度予算における費用負担構造

介護給付費 66,559億円		
第1号保険料	平均19%	12,646億円
第2号納付金(当該年度分)	31%	20,633億円
	国庫(再掲)	4,257億円
国 (居宅給付費) (施設等給付費)	20% 15%	11,847億円
国 (調整交付金)	5%	3,328億円
都道府県 (居宅給付費) (施設等給付費)	12.5% 17.5%	9,784億円
市町村	12.5%	8,320億円

保険負担
(50%)
33,279億円

公費負担
(50%)
33,279億円

※数字は、それぞれにおいて四捨五入しているため、合計において一致しない。

※第1号保険料は、平成19年度の給付費に充てられる額を計上。

※第2号納付金は、この他に精算分として▲610億円(国庫負担(再掲)▲164億円)がある。

※居宅給付費とは、施設等給付費以外の給付費。

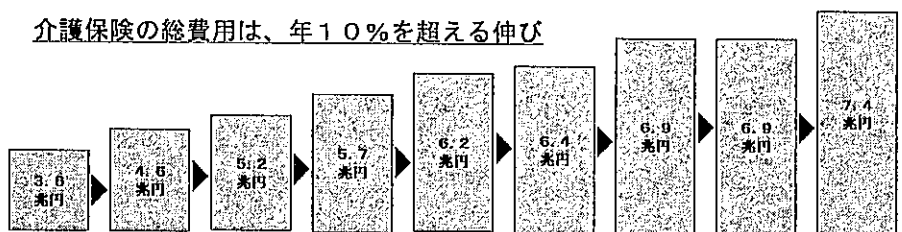
※施設等給付費とは、都道府県知事が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設に係る給付費。

23

介護保険財政の動向

○ 総費用の伸び

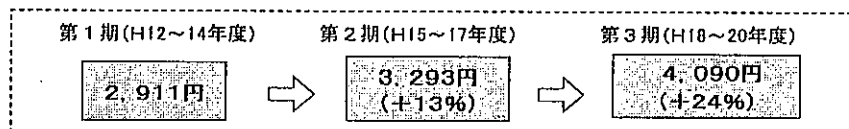
介護保険の総費用は、年10%を超える伸び



※補正後 ※補正後

○ 1号保険料〔加重平均〕

1号保険料も第1期(H12~14)から第3期(H18~20)で約40%増

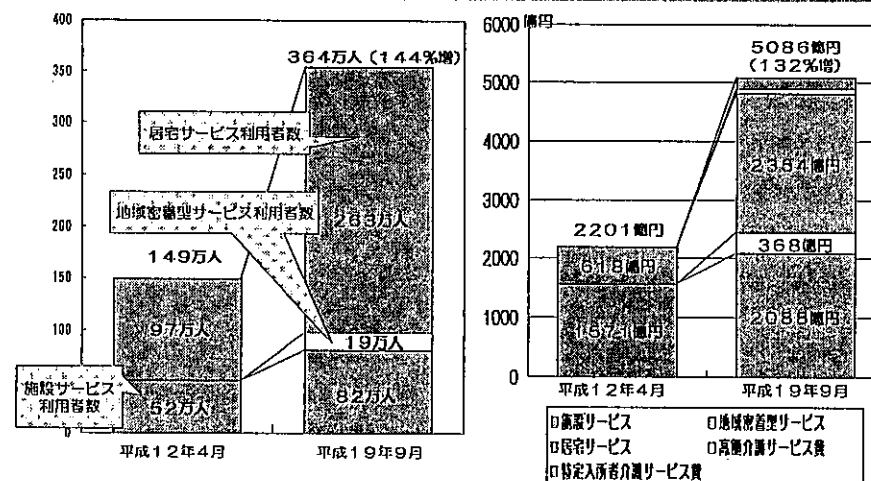


22

介護保険の利用者数及び保険給付費の推移

○ 利用者数は、制度発足時の約2.4倍に増加している。

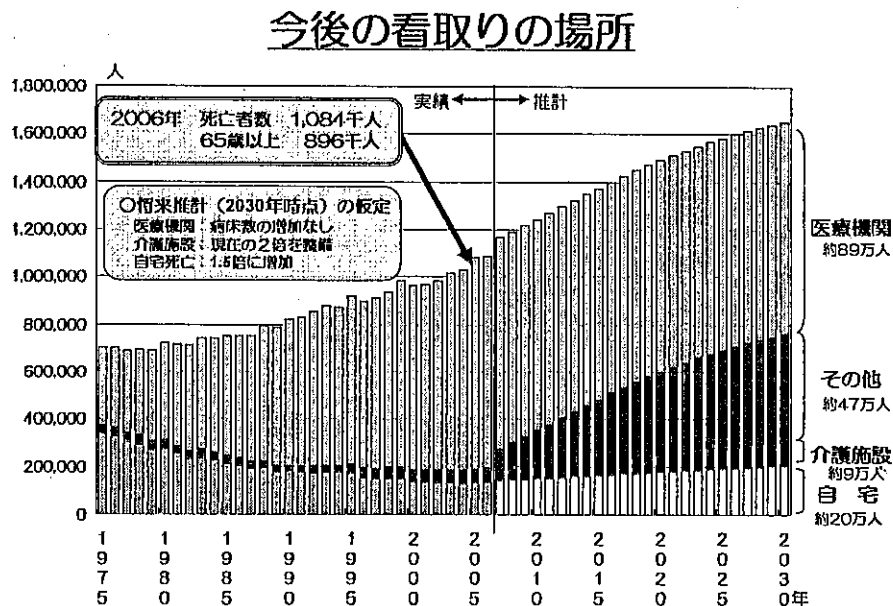
○ 1ヶ月当たりの保険給付額は、年々増加し、発足時の約2.3倍に増加している。



（出典：介護保険事業状況報告、平成19年データは、介護予防を含む）

24

4. 高齢者の在宅療養と 終末期



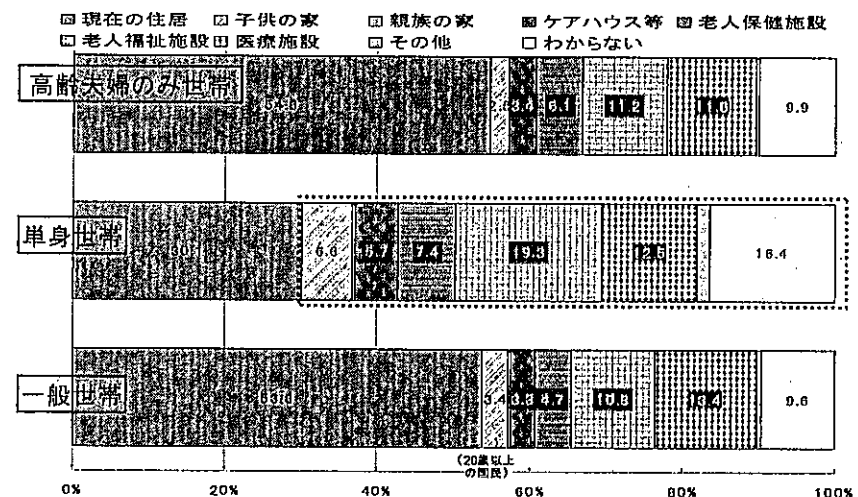
【資料】
2005年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

30

介護を希望する場所・最期まで過ごしたい場所

○ 一人暮らし高齢者の2/3は、現在の居宅以外での介護を希望。



内閣府「世帯類型に応じた高齢者の生活実態等に関する意識調査（平成17年度）」

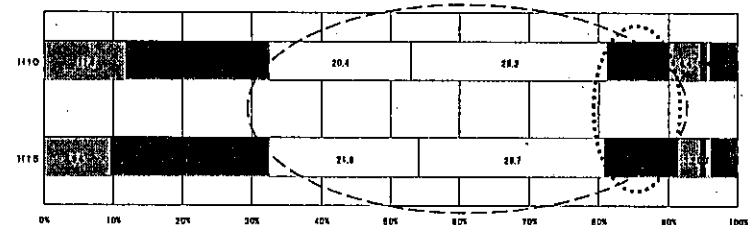
31

終末期における療養場所についての希望

厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(平成16年7月)より

問 ご自身が痛みを伴い治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。

→「自宅」を6割、「最期まで自宅」を1割の一般国民が希望されている。



☐ なまぐさ臭く臭うまで満った(又は満入状態中の)換気装置に入換したい

☐ なまぐさ臭く臭く換気装置(換気装置における圧入状態を抑制することを目的とした病後)に入換したい

☐ 病中で満満して、必要になればそれまでの換気装置に入換したい

☐ 自分で満満して、必要になれば換気装置の入換に入換したい

☐ 自分で満満して、必要になれば換気装置の入換に入換したい

☐ 換気装置の換気装置(例えば、換気装置など)で積極的に治療を受けた

☐ その他

☐ その他

☐ わからない

☐ その他

→ 自宅希望

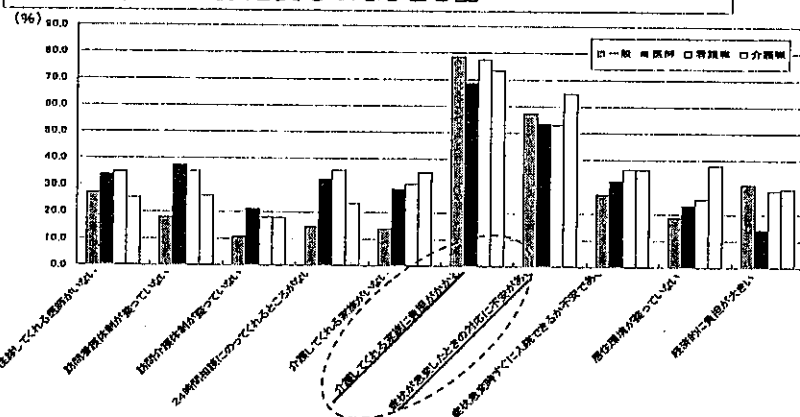
32

自宅で最期まで療養することが困難な理由

厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(平成16年7月)より

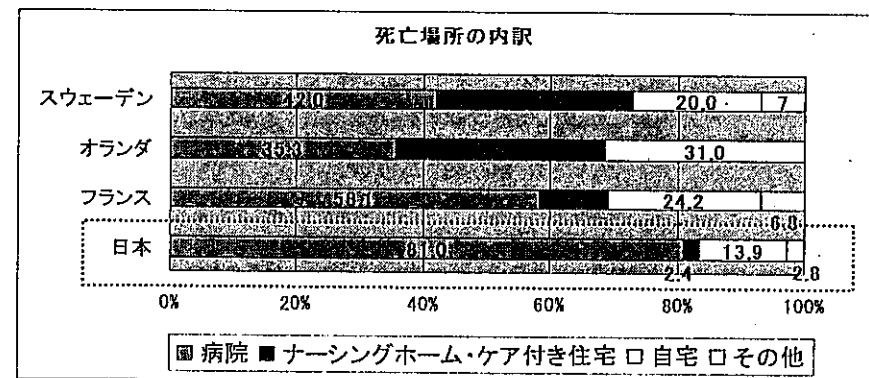
問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかでもお答えください。(前問で「実現困難である」と回答した人に対する質問)

→ 家族の負担、症状急変時の対応を心配



33

(参考) 死亡の場所 (各国比較)

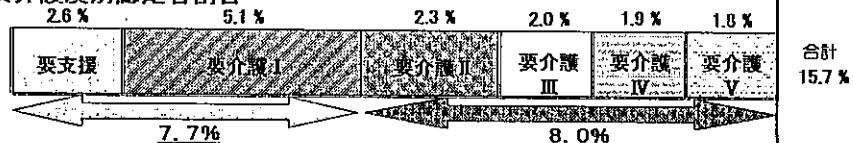


出典: 厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(平成16年7月)より
 (注) スウェーデン: 2000年時点のデータ。オランダ: 1998年時点のデータ。フランス: 1998年時点のデータ。日本: 2000年時点のデータ。
 ※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

35

65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○要介護度別認定者割合



○各国の高齢者の居住状況(定員の比率)

国	介護施設3施設	介護施設3施設	合計
日本 (2002)	※ (1.1%)	介護施設3施設 (3.2%)	19.7%
英国 (1984)	リタイアメント・ハウジング (5.0%)	老人ホーム (3.0%)	16.1%
スウェーデン (1990)	サービス・ハウス (5.6%)	老人ホーム (3.0%)	17.2%
デンマーク (1989)	サービス付高齢者住宅・高齢者住宅 (3.7%)	老人ホーム (プライエム) (5.0%)	15.1%
米国 (1992)	リタイアメント・ハウジング (5.0%)	ナースィング・ホーム (5.0%)	12.3%

※: シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホーム
 出典: 「世界の高齢者住宅」(関田真理子氏(日本建築センター))

*: 高齢化率は、UN, World Population Prospects, The 2006 Revisionから抜粋

34

訪問看護ステーション数及び従事者数の年次推移

○訪問看護事業所数 → 事業所数は漸増傾向が続き、うち8割は24時間体制。

平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
4,730 (70.8%)	4,825 (73.5%)	4,991 (75.2%)	5,091 (77.1%)	5,224 (77.7%)	5,309 (78.6%)	5,470

※ () 内は、緊急時訪問看護加算の届け出事業所の割合
 ※ 緊急時訪問看護加算...訪問看護ステーションが利用者又はその家族に対して24時間連絡体制にあり、かつ、計画的に訪問することになっていない緊急訪問を必要に応じて行うことを評価するもの。

○訪問看護従事者数 → 職員一人当たりの延べ利用者数は若干増加する傾向。

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
1事業所当たり 常勤換算従事者数	4.5	4.6	4.8	4.9	5.0	4.9
1事業所当たり常勤換算 看護職員数	4.0	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2
9月中の常勤換算看護職員 1人当たり延利用人数	57.4	61.6	67.6	67.8	69.1	72.7
(訪問看護利用者数)	22.1万人	24.5万人	26.3万人	27.5万人	28.0万人	23.2万人

【資料】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査

36

諸外国の在宅における看取りに関するデータ

出典：①World fact book 2000、②～⑤OECD Health Data 2007、
⑥⑦⑧～⑩医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告」（2002）を参考に厚生労働省にて作成。

「これからの高齢者像」からの問題と対応（まとめ）

-
- 高齢者の増加
- 高齢者の増加に伴う課題
- 高齢者社会の課題
1. 高齢者人口の増加（要介護者の増加）
- ・ 要介護（要支援）にならない対策の整備
 - ・ 要介護になっても安心してサービスが受けられる体制の整備
2. 認知症高齢者の増加
- ・ 連携した医療・介護サービスの提供
 - ・ 治療法の開発等、研究の重点化 等
3. 老夫婦世帯、高齢者単独世帯の増加
4. 都市部の超高齢化社会の進展
- ・ 高齢者住まいの確保
 - ・ 療養環境（医療・介護）の整備 等
5. 高齢者の死亡者数が増加
- ・ 医療・介護の連携体制の強化
 - ・ 看取りを行う場の確保
 - ・ 在宅療養を支援するサービスの整備 等

介護予防事業の導入（H18介護報酬改定）

中・重度者へのサービスの重点化 等
(H18介護報酬改定)

認知症PTにおける検討 (H20～)

高齢者用住宅等、「自宅」「施設」以外の
住まいの確保の推進

退院時における医療・介護の連携等に対する評価 (H20診療報酬改定)

在宅療養の推進・看取り実施体制の確保

- ・訪問看護
- ・リハビリテーション
- ・看取り体制

今後の課題

- ・ 高齢者の住まいと療養の場所の変化
 - － 一人暮らし高齢者の増加
 - － 都市部での高齢化の進展

⇒ 高齢者のための「住まい」の整備

⇒ 「在宅」で療養できる環境の整備
- ・ 高齢者の死亡者の増加
 - － 最期を迎えられる場所の確保
 - － 看取りを行う体制の必要性

⇒ 「看取り」を行うための体制の整備

⇒ 「看取り」を行う場所の拡充

医療・介護両面からの
アプローチが重要

- ・高齢者が安心して暮らせる住宅の確保
- ・高齢者が安心して暮らせるための在宅環境の整備

- ・高齢者が疾病を有していても在宅で暮らせるようにするための「訪問看護」の充実
- ・養取りが行える施設の整備

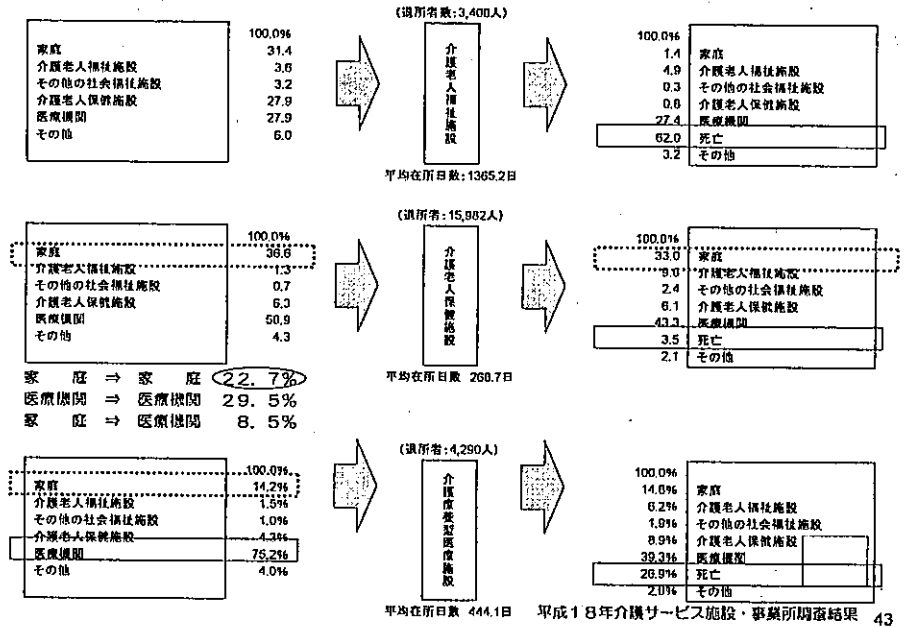
5. 療養病床の再編成

介護施設等の概要

	介護療養型医療施設	老人保健施設	特別養護老人ホーム	認知症高齢者グループホーム	特定施設
基本的性格	重医療・要介護高齢者の長期療養施設	要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設	要介護高齢者のための生活施設	認知症高齢者のための共同生活住居	要介護高齢者も含めた高齢者のための生活施設
定義(介護保険法)	「介護療養型医療施設」の定義 療養病床等を有する病院または診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下の介護その他の世話を必要とする施設。	「介護老人保健施設」の定義 要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下の介護及び機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上の世話を必要とする施設。	「介護老人福祉施設」の定義 老人福祉法に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養の世話を必要とする施設。	「認知症対応型共同生活介護」の定義 要介護者であって、認知症であるもの(その認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話及び機能訓練を行うこと。	「特定施設入居者生活介護」の定義 有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホームまたは適合高齢者専用賃貸住宅に入居している要介護者について、提供するサービスの内容等を定めた計画に基づき行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を必要とする施設。
施設数	2,929	3,391	5,716	8,350	1,941
利用者数	111,099人	280,589人	392,547人	115,644人	66,070人
平均要介護度	4.30	3.10	3.73	2.39	2.32
平均在所日数	444.1日	268.7日	1365.2日	(データなし)	(データなし)

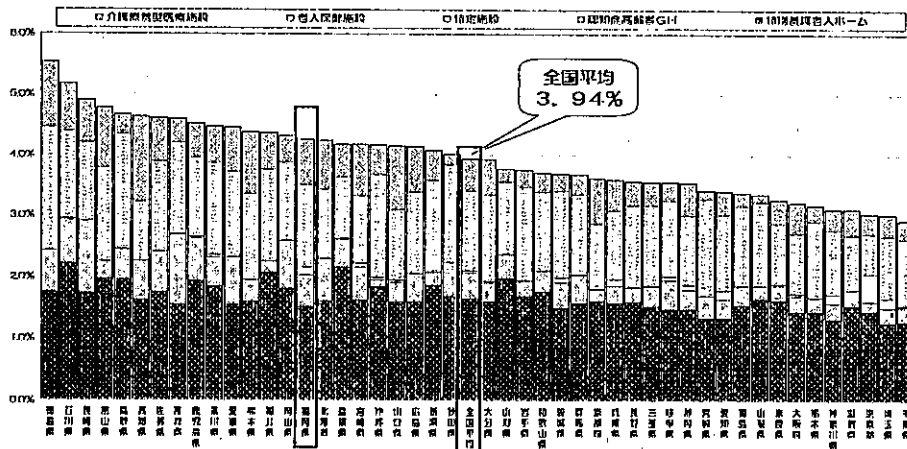
1 平均要介護度は「介護給付費実施調査(厚生労働省統計情報部、平成17年11月発表)」から算出
2 施設数、利用者数、平均在所日数は、「介護サービス施設・事業所調査(同、平成18年10月1日時点)」
3 認知症グループホーム、特定施設(外部サービス利用型特定施設を除く。)については、介護予防事業を除いた要介護者に対するサービス実施施設のみを計上 41

介護3施設における入退所の現状



施設の整備状況

○ 入所・居住系サービスの整備は全国的に進んでいるが、地域差がある。



※1 介護療養型医療施設については、平成17年度末の定義(厚生労働省統計情報部)を平成18年度の高齢者人口の算出(第3期介護保険事業(支)計画)で除いて算出。
※2 居住系サービス(認知症グループホーム、特定施設)については、平成17年度末のサービス利用者数(厚生労働省統計情報部)を平成18年度の高齢者人口の算出(第3期介護保険事業(支)計画)で除いて算出。
42

療養病床の再編成の経緯

①いわゆる老人病院問題

S48の老人医療費無料化を契機に、老人病院が介護施設の機能を肩代わりし、社会的入院の実態があった。

②我が国の医療資源の配置の実態

我が国の人口当たり病床数は欧米の約3倍。病床当たり医師数は欧米の3分の1。
→ 医師等の医療資源は広く薄く配置。
社会的入院を解消し、療養病床から急性期医療に医療資源を再配分することが必要。

③療養病床入院患者の実態

介護療養病床と医療療養病床の入院患者の状況に大きな差は見られない。
→ 両者の役割分担が明確ではなかった。

④医療費の伸びのコントロールに関する経済財政諮問会議との論争



H18医療制度改革: 生活習慣病の予防、平均在院日数の短縮で医療費の適正化

平成18年度医療制度改革

- 平成18年度医療制度改革では、
 - ① 生活習慣病の予防
 - ② 平均在院日数の短縮 により医療費の適正化を図ることとした。
 ②については、病床の中で平均在院日数が長い療養病床の再編成を行うことで対応。
 ※平均在院日数 全病床平均:約36.4日 療養病床等:172.3日
- 療養病床再編成の考え方については、平成18年当時、民主党、日本経団連、連合も理解を示した。
- 平成18年の医療制度改革関連法で、介護療養病床は平成24年3月末に廃止することとされた。
- 療養病床数について【平成18年当時の試算】
 - ・ 38万床 → 平成24年度末:15万床
 (医療療養:25万床、介護療養:13万床。) (医療療養:15万床、残りの病床は介護施設等に転換。)
 - ※ 財政影響については、▲3千億円(医療保険:▲4千億円 介護保険:＋1千億円)と試算。
- 平成24年度末の療養病床数は、各都道府県が後期高齢者人口の伸び率等を加味して目標数を設定。これを基に全国目標数を設定。財政効果は、この全国目標数を基に改めて計算。

45

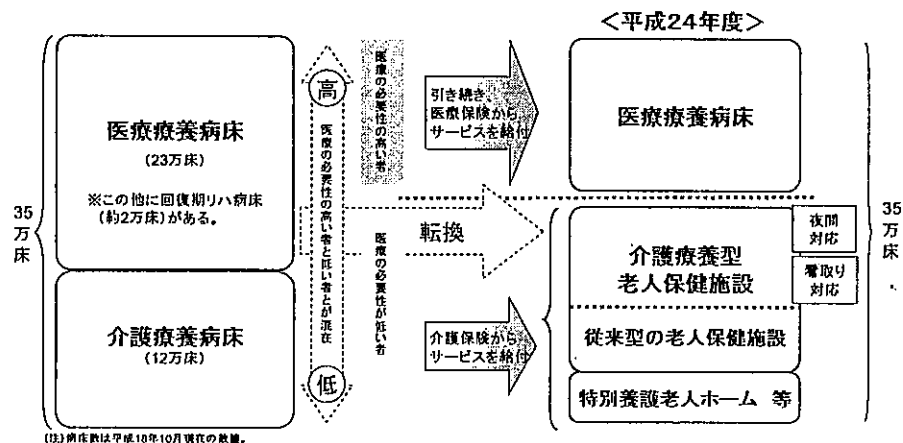
介護療養型老人保健施設について

- 療養病床の転換に際し、医療の必要性が低い方を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。
 - ※ 医療の必要性の低い方に必要となる医療行為の内容、頻度、所要時間等について、客観的なデータ分析を行い、「介護療養型老人保健施設」の基準・報酬を設定している。
 - ※ 医師については、施設サービス費に加え、入所者の状態により個別ニーズが大きく異なる医学的管理を出来高で評価。このため、最低基準は1名とし、「1.0」分を加算で評価する。
- この介護療養型老人保健施設の介護報酬の水準については、今秋、施設の運営や入所者の状況等について調査を行い、平成21年4月の介護報酬改定で、適宜見直しを行う。

47

療養病床再編成の進め方

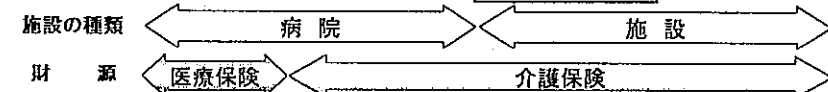
療養病床の再編成とは、今の療養病床が患者を退院させることなく(ベッド数を削減することなく)、介護施設等に転換するもの。



46

医療療養病床・介護保険施設について (60床当たり)

	医療療養病床	介護療養病床	介護療養型老人保健施設	老人保健施設
ベッド数	約25万床	約12万床	— (H20.5創設)	約31万床
1人当たり床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当たり費用額	約49万円 (H18年)	約41.2万円 (H18.4月以降)	約33.4万円 (H20.5月以降)	約30.8万円 (H18.4月以降)
人員配置 (60床当たり)	医師 3人 看護職員 12人 介護職員 12人	医師 3人 看護職員 10人 介護職員 10人 ※報酬で15人まで評価	医師 1人+α 看護職員 10人 介護職員 10人 ※報酬で15人まで評価	医師 1人 看護職員 6人 介護職員 14人



48

利用者・医療機関の療養病床再編成に対する懸念

1. 療養病床数の削減により、病院から無理に退院させられるのではないか。

- 療養病床の再編成は、患者を入院させたまま、平成24年3月まで時間をかけて、「ベッド数(施設の受入れ数)」を減らすことなく、介護保険施設に転換するもの。

2. 医師の配置が1名になると、夜間・休日に医師がおらず、適切な医療が受けられないのではないか。

- 転換した施設は、医療機関(医療療養病床)を併設することが一般的で、夜間や休日はこうした医療機関の医師による対応が可能。

※ 介護療養型老人保健施設は、入所者の要介護レベルに応じた適切な医学的管理を行った場合を加算で評価。
また、急性増悪時に施設の医師では対応することが困難な処置を外部の医師が行った場合は診療報酬で評価。

3. 介護療養型老人保健施設の報酬の水準が低い。

- 介護報酬の水準については、今秋、施設の運営や入所者の状況等について調査を行い、平成21年4月の介護報酬改定で、適宜見直しを行う。

※ 収支は、収入のみならず、医師等の配置基準の変化によるコスト(支出)の変化を総合的に考慮することが必要。

49

療養病床再編成のスケジュール

- 平成18年6月 : ・医療制度改革関連法成立
・介護保険法が改正され、介護療養病床はH24.3月末に廃止することとされた。
- 平成20年5月 : ・介護療養型老人保健施設を創設
- 平成20年 秋 : ・介護療養型老人保健施設の実態を調査
- 平成21年4月 : ・介護報酬改定(必要に応じて、介護療養型老人保健施設の報酬を適宜見直し)
- 平成22年4月 : ・診療報酬改定
- 平成24年4月 : ・介護療養病床廃止(ベッド数は削減することなく介護施設等へ転換)
・介護報酬・診療報酬 同時改定

51

療養病床に関する報酬について

① 医療療養病床の診療報酬(入院基本料)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750点	1,320点	1,709点
ADL区分1	750点	1,198点	1,709点

② 介護療養病床の介護報酬(基本単価)

	介護報酬
要介護5	1,322単位
要介護4	1,231単位
要介護3	1,130単位
要介護2	892単位
要介護1	782単位

※多床室 介護職員4:1の場合

③ 介護療養型老人保健施設の介護報酬(基本単価)

	介護報酬
要介護5	1,073単位
要介護4	1,020単位
要介護3	966単位
要介護2	892単位
要介護1	809単位

※多床室 介護職員4:1の場合

50

6. 介護従業者の状況

介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律

【平成20年5月28日公布・施行】

政府は、高齢者等が安心して暮らすことのできる社会を実現するために介護従事者等が重要な役割を担っていることにかんがみ、介護を担う優れた人材の確保を図るため、平成二十一年四月一日までに、介護従事者等の賃金水準その他の事情を勘案し、介護従事者等の賃金をはじめとする処遇の改善に資するための施策の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

2 離職の状況

- 介護職員の離職率は、全産業と比較して正社員において高い。
- 職員の定着率が低いと回答している事業所は、訪問系よりも施設(入所)系の事業所が多い。

(1) 離職率

	全体	正社員	非正社員
全産業平均	16.2%	13.1%	26.3%
介護職員	20.3%	21.7%	27.3%
ホームヘルパー		19.6%	14.0%

※全産業の出典は「平成18年度雇用動向調査結果(厚生労働省)」(平成18年1月1日現在の常用労働者数に対する1月から12月の期間中の離職者の割合)

※全産業については「全体」は「常用労働者」、「正社員」は「一般労働者」、「非正社員」は「パートタイム労働者」を指す。

※介護職員及びホームヘルパーの出典は「平成18年介護労働実態調査(介護労働安定センター)」(平成17年9月1日の従業者数に対するその後1年間の離職者数の割合)

(2) 従業員の定着状況

	定着率が低くて困っている	定着率は低いけど特に困っていない	定着率は低くない
訪問系	12.7%	8.9%	70.1%
施設(入所)系	25.4%	14.4%	58.0%

(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

53

1 労働者の属性

- 福祉施設介護員やホームヘルパーは、全産業と比較して、女性労働者の比率が高く、勤続年数は短い。また、きまって支給する現金給与額も、全産業と比較して低い。
- 訪問系の事業所では、非正社員の労働者が多い。

(1) 一般労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

	男				女			
	構成比	平均年齢	勤続年数	きまって支給する現金給与額	構成比	平均年齢	勤続年数	きまって支給する現金給与額
全産業	68.8%	41.8歳	13.5年	372.7千円	31.2%	39.1歳	8.8年	238.6千円
福祉施設介護員	29.2%	33.2歳	4.9年	227.1千円	70.8%	37.2歳	5.3年	206.4千円
ホームヘルパー	15.2%	37.6歳	3.9年	230.6千円	84.8%	44.7歳	4.5年	197.0千円

(出典)平成10年賃金構造基本統計調査(厚生労働省)。調査時点:平成18年7月。

一般労働者とは短時間労働者以外の労働者であり、正規雇用・非正規雇用を問わない。

(2) 労働者の就業形態

	正社員	非正社員
施設(入所)	65.0%	34.8%
訪問系	34.3%	65.3%

(出典)平成18年介護労働実態調査((財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

54

3 有効求人倍率の推移

- 社会福祉専門職種の有効求人倍率は最近急速に高まっている。介護関連職種の有効求人倍率も高まっている。

		平成8	平成10	平成11	平成12	平成13	平成14	平成15	平成16	平成17	平成18
全産業	常用(含パート)	0.70	0.48	0.47	0.80	0.54	0.54	0.66	0.83	0.94	1.02
	常用(除パート)	0.66	0.40	0.38	0.47	0.42	0.41	0.53	0.71	0.84	0.92
	常用的パートタイム	1.08	1.08	1.08	1.39	1.28	1.28	1.45	1.32	1.29	1.35
社会福祉専門職種	常用(含パート)	—	—	—	—	0.54	0.59	0.74	0.86	1.08	1.30
	常用(除パート)	0.20	0.16	0.25	0.32	0.30	0.43	0.55	0.69	0.91	1.10
	常用的パートタイム	—	—	—	—	1.31	1.37	1.81	1.47	1.55	1.79
介護関連職種	常用(含パート)	—	—	—	—	—	—	—	1.14	1.47	1.74
	常用(除パート)	—	—	—	—	—	—	—	0.69	0.97	1.22
	常用的パートタイム	—	—	—	—	—	—	—	2.62	2.66	3.08

○有効求人倍率の地域格差: 介護関連職種(常用(含パート)) 東京都 2.82倍～ 沖縄県 0.69倍

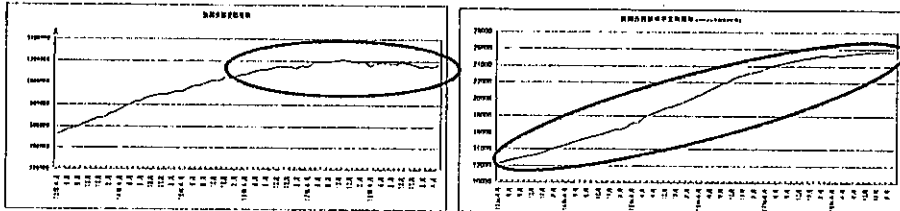
(出典) 職業安定業務統計。数値は年度内各月の平均値。

55

56

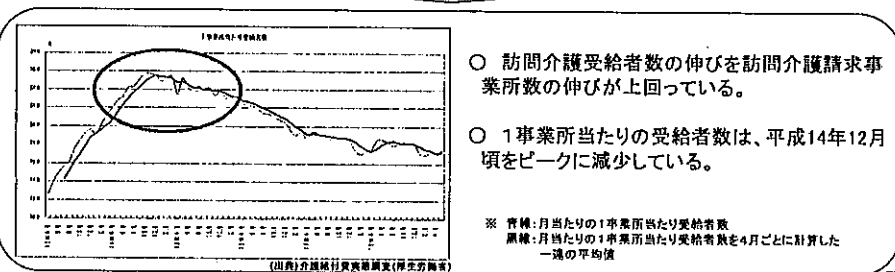
訪問介護事業所の運営状況・訪問介護事業者の動向

- 訪問介護受給者数は平成17年11月をピークに減少を始めている。
- 訪問介護請求事業所推移(平成18年4月以降の予防給付については除く。)は、訪問介護受給者数の伸び率が下がり、かつ、減少を始めた時点以降も引き続いて増加している。



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)



- 訪問介護受給者数の伸びを訪問介護請求事業所数の伸びが上回っている。

- 1事業所当たりの受給者数は、平成14年12月頃をピークに減少している。

※ 青線：月当たりの1事業所当たり受給者数
黒線：月当たりの1事業所当たり受給者数を4月ごとに計算した一週間の平均値

57

事業所運営上の問題点

事業所は、介護報酬、労働条件・福祉環境の改善、良質な人材の確保、事務手続きの煩雑さを事業所運営上の問題点と考えている。

○ 指定介護サービス事業を運営する上での問題点(複数回答)

サービス提供以外の事務の煩雑さ
労働条件・福祉環境

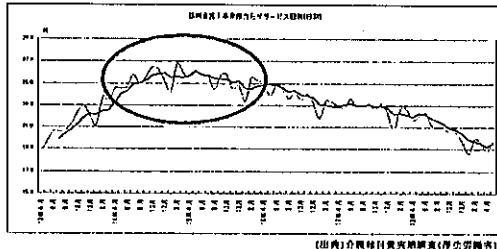
	訪問系	施設(入所)系
今の介護報酬では十分な賃金を払うことができない	45.9%	49.1%
介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われてしまう	46.8%	37.0%
経営(収支)が苦しく労働条件や福祉環境の改善をじたくてもできない	35.1%	33.1%
良質な人材の確保が難しい	30.1%	44.6%
介護保険の請求事務が煩雑で時間に追われてしまう	19.8%	13.9%
介護従事者の介護業務に関する知識や技術が不足しており、教育が必要	11.1%	20.1%
介護保険の改定等についての的確な情報や説明が得られない	13.9%	13.8%
利用者や利用者の家族の介護サービスに対する理解が不足している	18.4%	10.6%
介護従事者の介護業務に臨む意欲や姿勢に問題がある	5.9%	9.8%
管理者と職員間のコミュニケーションが不足している	3.9%	8.6%
介護従事者同士のコミュニケーションが不足している	4.3%	8.4%
雇用管理等についての情報や指導が必要である	5.7%	5.1%
その他	4.4%	3.8%
特に問題はない	3.4%	3.1%

(出典)平成18年介護労働実態調査(財)介護労働安定センター) 調査時点:平成18年8月

59

訪問介護事業所の運営状況・「1事業所当たり受給者数」減少の影響

① 訪問介護1事業所当たりのサービス回数について



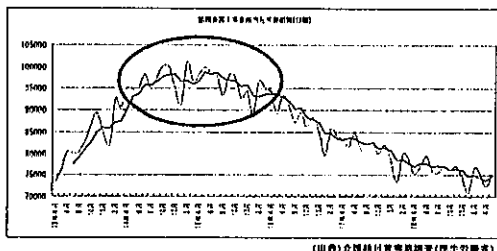
(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

- 2. のとおり、1事業所当たりの受給者数が減少している中で、結果として、訪問介護1事業所当たりのサービス回数は近年減少傾向にある。

- 訪問介護1事業所当たりのサービス回数のピークは、平成14年10月頃から平成15年4月頃までとなっている。

※ 青線：月当たりの1事業所当たりのサービス回数
黒線：月当たりの1事業所当たりのサービス回数を4月ごとに計算した一週間の平均値

② 訪問介護1事業所当たりの費用額について



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

- 2. のとおり、1事業所当たりの受給者数が減少し、また、上記のとおり、訪問介護1事業所当たりのサービス回数も減少していることから、訪問介護1事業所当たりの費用額についても近年減少傾向にある。

- 訪問介護1事業所当たりの費用額のピークは、平成14年11月頃から平成15年6月頃までとなっている。

※ 青線：月当たりの1事業所当たりの費用額
黒線：月当たりの1事業所当たりの費用額を4月ごとに計算した一週間の平均値

58

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のポイント

基本的な考え方

- 質が高い介護サービスを安定的に提供するためには、必要な介護労働力を安定的に確保することが必要であるが、介護事業の経営や介護労働者の処遇に影響を与えようと考えられる要因は、次のとおり様々である。
- 介護報酬の水準のみでは介護事業の経営や介護労働者の処遇に係る問題の根本的な解決につながらない。様々な要因について十分な分析を行い、幅広い観点からの施策を講じる必要がある。

【介護事業の経営や介護労働者の処遇に影響を与えようと考えられる要因】

- ① 介護報酬の水準
 - 労働者の専門性等に係る評価は適正か。人件費等の地域差を適正に反映しているか 等。
- ② 介護サービス事業に係る基準や規制の在り方
 - 事業者の経営努力や事業展開の妨げになっていないか 等。
- ③ 介護保険サービスの在り方とその範囲
 - 社会保険である介護保険が担うべき範囲のサービスか。
- ④ 介護事業市場の状況
 - 競争が激化しているのではないかな 等。
- ⑤ 介護サービス事業のマネジメント
 - 収益を労働者の賃金に適切に分配できるような事業運営モデルになっているか 等。
- ⑥ 人事労務管理の在り方
 - 労働者の就業形態や介護能力に応じた職員配置は適正か 等。
- ⑦ 介護労働者市場や他の労働市場の状況
 - 好況経済下で労働市場全体が逼迫し、介護労働者のなり手が減っているのではないかな 等。
- ⑧ 介護サービス提供以外の事務負担
 - 事務が煩雑であるため、介護サービスの効率的な提供の妨げになっているのではないかな。

今後の検討課題 ①

【各事業に共通する事項について】

- 介護労働者の定着を図るための措置を講じる際には、例えば常勤職員と短時間勤務職員などの労働者の属性に応じた対策を講じる必要があるのではないか。
- 介護労働者のキャリアアップに資する基準や取組に対する評価等を検討する必要があるのではないか。
- 書類作成や事務に係る負担が可能な限り軽減されるよう規制の見直しが必要ではないか。
- 介護労働者に対する適正な処遇の確保を可能とする介護報酬の水準について分析が必要ではないか。
- 事業所における介護労働者に係る人件費(※)配分の実態と人件費の決定要因、望ましい人件費配分の在り方や適正な人件費配分を促す仕組みについて、分析が必要ではないか。
※ 外都委託、派遣等に係る費用を含む。
- 給与水準等の地域差を適切に反映させる仕組みを検討する必要があるのではないか。
- 事業所の労働条件、キャリアアップ、福利厚生、安全衛生管理等といった労働環境に関連する事項を事業所が情報開示することを検討する必要があるのではないか。

61

介護従事者の処遇の向上を図るための今後の対応について

1. 介護従事者等の実態の把握

- ①介護事業経営概況調査(事業所経営の実態を調査)約4,800事業所 平成19年10月実施
- ②介護事業経営実態調査(事業所経営の実態を調査)約23,800事業所 平成20年4月実施
- ③介護労働実態調査(介護労働者の実態を調査。(財)介護労働安定センター実施。)

2. 平成21年介護報酬改定に向けた検討

- 1. で把握した介護従事者の実態や事業所の経営等を踏まえ、社会保障審議会介護給付費分科会において十分な御議論をいただき、適切な報酬設定を行う。

3. 介護報酬改定以外での対応

介護報酬の改定以外にも、介護従事者の処遇の向上のためにどのような措置が取り得るか、幅広く検討を行う。

(参考)「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(抄)」

「第3 人材確保の方策」の「1 労働環境の整備の推進等」中「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。(国、地方公共団体)

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。(国、地方公共団体)

63

今後の検討課題 ②

【訪問・通所系の事業について】

- 業務の実態に即した適切なサービス提供を可能とする観点から、サービス提供責任者等について、サービスの質の確保を前提に人員配置基準の在り方等を検討する必要があるのではないか。
- 介護保険が担うべき役割を考慮しつつ、訪問介護における生活援助の在り方や、介護保険サービスと相対契約による付加的なサービスの組み合わせの在り方を検討する必要があるのではないか。

【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等について検討する必要があるのではないか。
- 施設系の事業者については、将来の施設の建替え等に備えた資金の積立てにより人件費等の必要な運営コストを過度に圧迫することのないよう、収入により建替えに要する借入金を返済していくモデルに切り替えることが必要ではないか。

【その他】

- 実地指導・監査や制度の運用に関し、複力事業者の事務負担の増加を招かない仕組みを検討する必要があるのではないか。

62

6. 介護従業者の状況

①介護サービス事業に係る事務負担の見直し

事務負担の現状及び見直しの方針

【介護サービス事業に係る事務負担の現状】

○ 介護サービス事業については、「各記録作成や各種委員会が多すぎて、利用者とのコミュニケーションの問題から職員のやりがいも無くさせる。」「書類作成や事務に係る負担が可能な限り軽減されるよう規制の見直しが必要ではないか。」などと指摘されている。(ワーキングチームにおける事業者ヒアリング・ワーキングチーム報告書等)

※ ワーキングチームは、介護サービス事業所団体、労働者団体等からヒアリングを行い、介護サービス事業の経営実態を把握した上で、介護従事者の定数を両するために必要な措置内容を検討することを目的に、社会保険庁高齢介護給付見直し委員会に設置された。

【事務負担の見直しの方針】

○ 事務負担の現状を踏まえ、事務手続・書類について可能なものから削減・簡素化することにより、効率的な事業運営や介護従事者の負担の軽減を図ることが必要である。

○ 一方で、現行の事務手続・書類については、適切な介護サービスの提供を確保することを目的として求められているものであるから、削減・簡素化を行っても必要な情報が得られるものについて具体案を検討することとする。

削減・簡素化が可能な事務手続・書類について

- (1) 他の事務手続や書類と内容が重複しており、他の書類や手続で代替可能なもの
- (2) 様式や項目を削減・簡素化しても必要な情報が得られるもの
- (3) 事務手続や書類作成の頻度が必要以上に高いため、その頻度の見直しが必要であるもの
- (4) 都道府県、市町村の独自の判断により、国が求めているものよりも詳細、又は頻度が高くなっているもの

65

他の事務手続・書類と重複しているため代替するもの

事務手続・書類	該当するサービス	必要とされる作業・書類	見直し案
住宅改修における事前申請書	・住宅改修	・居室サービス計画 ・住宅改修申請書	住宅改修申請書の第2表について、居室サービス計画上の記載で代替
訪問(予防)介護報告書	・訪問介護 ・介護予防訪問介護	・訪問(予防)介護報告書	介護手帳への記載で代替
リハビリテーションマネジメント加算(短期集中含む)	・訪問(予防)リハビリテーション ・通所リハビリテーション(短期集中) ・老人保健施設	① リハビリテーション実施計画書 ② 定期的な記録 ③ ケアマネジメント連携用紙	①～③について、訪問リハビリテーション計画や施設サービス計画等上の記載等で代替
栄養マネジメント加算	・通所介護 ・通所リハビリテーション ・認知症対応型通所介護 ・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	① 栄養ケア計画 ② 栄養ケア提供経過記録 ③ 栄養ケアモニタリング ④ スクリーニング ⑤ 栄養アセスメント	①、②について、通所介護計画や施設サービス計画上の記載等で代替
経口移行・経口維持加算	・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	経口移行計画又は経口維持計画(栄養ケア計画の専用)	施設サービス計画上の記載で代替
口腔機能向上加算	・通所(予防)介護 ・通所(予防)リハビリテーション ・認知症対応型(予防)通所介護	① 口腔機能改善管理指導計画 ② 定期的な記録、③ モニタリング、 ④ リスク把握、⑤ アセスメント	①、②について、通所介護計画等上の記載で代替 ③について、⑤で代替
個別機能訓練加算	・通所介護 ・認知症対応型(予防)通所介護 ・特定(予防)地域密着型介護 ・老人福祉(地域密着型)施設	① 個別機能訓練計画 ② 開始時及びその3ヶ月後に1回以上行う利用者に対する説明の記録 ③ 定期的な記録	通所介護計画や施設サービス計画上の記載等で代替
リハビリテーション機能強化加算	・短期入所(予防)介護 ・老人保健施設 ・老人福祉施設	リハビリテーション実施計画書	短期入所(予防)介護介護計画上の記載等で代替
運動機能向上加算	・介護予防通所介護 ・介護予防通所リハビリテーション	① 運動機能向上計画 ② 定期的な記録 ③ モニタリング	①、②について、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハビリテーション計画上の記載等で代替

67

見直しの対象となる事務手続・書類の概要(案)

1. 他の事務手続・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。

例) 住宅改修申請書、訪問看護報告書、リハビリテーションマネジメント加算に係る書類等

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。

例) 訪問(予防)介護の指定申請書、居室サービス計画、施設サービス計画等

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。

4. 都道府県、市町村の独自の判断により、国が求めているものより詳細、又は頻度が高いもの

都道府県、市町村に対し、国と同様に適切な介護サービスの提供の確保に支障を来さない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する。

66

様式や項目を削減・簡素化するもの

事務手続・書類	該当するサービス	必要とされる作業・書類	見直し案
訪問(予防)介護の指定申請書(サービス提供責任者に係る部分)	・訪問介護 ・介護予防訪問介護	・サービス提供責任者の経歴	サービス提供責任者の(介護福祉士、ヘルパー1級の者については)経歴に替えて資格証、終了証等で足りるものとする。 ※ 変更の届出時、指定の更新時において同じ
居室サービス計画	・居室介護支援	第1表～第6表までの記載	第5表の「サービス担当者に対する関係内容」については、他の表への記載することで問題ないことから、第5表を削除
施設サービス計画	・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	第1表～第7表までの記載	第6表の「サービス担当者に対する関係内容」については、他の表への記載することで問題ないことから、第6表を削除
介護サービス情報の公表制度	・訪問介護 ・介護予防訪問介護 ・訪問看護 ・介護予防訪問看護 ・通所介護 ・介護予防通所介護 ・老人保健施設 ・短期入所生活介護 ・老人福祉施設 ・地域密着型老人福祉施設 ・介護療養型医療施設 等	① 基本情報について、年に1回公表センター等に報告 ② 事業情報について、1年に1回指定調査機関が調査し、調査後に公表センターに報告	・同一事業所内で一体的に運営している同類型のサービス(例:訪問介護と介護予防訪問介護等)については、一体的に調査・報告を行うこととする。 ・調査項目の確認事項2項目(居室介護支援事業所とサービス事業所とが1回以上連携していること、確認、サービス提供責任者が1年以上利用者を訪問すること)の削減・訪問介護事業所等が対象
リハビリテーションマネジメント加算	・訪問(予防)リハビリテーション ・通所リハビリテーション(短期集中) ・老人保健施設	① リハビリテーション実施計画書 ② 定期的な記録 ③ ケアマネジメント連携用紙	③について、利用者に対して行ったリハビリテーションの内容や本人の状況等を伝達すれば足りるものであり、①や②に記載することで足りるため、③の様式を廃止
栄養マネジメント加算	・通所介護 ・通所リハビリテーション ・認知症対応型通所介護 ・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	① 栄養ケア計画 ② 栄養ケア提供経過記録 ③ 栄養ケアモニタリング ④ スクリーニング ⑤ 栄養アセスメント	③の様式を廃止するとともに、①～⑤の記載項目を削減する。③については、⑤の記載で十分足りるものであり、重複している項目については削除する。
口腔機能向上加算	・通所(予防)介護 ・通所(予防)リハビリテーション ・認知症対応型(予防)通所介護	① 口腔機能改善管理指導計画 ② 定期的な記録、③ モニタリング、 ④ リスク把握、⑤ アセスメント	モニタリングについては、アセスメントの際の記録内容で十分足りることから、③の様式を廃止し、①～⑤については、重複している記載項目の削除を行う。

68

事務手続・書類作成の頻度の見直し

事務手続・書類	該当するサービス	必要とされる作業・書類	見直し案
福祉用具貸与に係るサービス担当者会議の開催	・福祉用具貸与	・福祉用具貸与に係るサービス担当者会議の開催 (6ヶ月に1回)	現行では、6ヶ月に1回の開催とされているところ、運用を弾力化し、利用者の状態に応じて随時必要なときに開催することとする。
介護サービス情報の公表制度	・訪問介護 ・介護予防訪問介護 ・訪問看護 ・介護予防訪問看護 ・通所介護 ・介護予防通所介護 ・老人保健施設 ・短期入所生活介護 ・老人福祉施設 ・地域密着型老人福祉施設 ・介護療養型医療施設 等	① 基本情報について、年に1回 公表センター等に報告 ② 調査情報について、1年に1 回指定調査機関が調査し、調 査後に公表センターに報告	これまでは、紙ベースやメールでの報告としてきたところ、インターネットのWEB上で直接入力して報告することを可能にする。
各種委員会の開催	・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	施設対策委員会の開催 (1ヶ月に1回程度)	現行では、1ヶ月に1回程度の開催とされているところ、「少なくとも3ヶ月に1回」とした上で、必要に応じ随時開催することとする。また、事故防止検討委員会と兼ねることができることとする。
算取り介護加算	・老人福祉施設	① 介護に係る経費の作成 ② 本人又は家族への説明・同意 (少なくとも週に1回)	②について、算行では少なくとも週1回とされているところ、入所者の状態等に応じ随時行うこととする。

69

6. 介護従業者の状況

②介護従事者等の実態把握と介護報酬改定

介護報酬改定等に向けた実態の把握について

1 介護事業者の経営実態を調査

各々の介護サービスの費用について実態を明らかにし、介護報酬設定の基礎資料を得ることを目的に調査を実施。

- ① 概況調査(平成19年10月に約4,800施設・事業所を対象に実施。)
- ② 詳細調査(平成20年4月に約23,800施設・事業所を対象に実施。平成20年9月中に集計結果を取りまとめ予定。)

2 介護従事者の実態を調査

- 平成19年11月に労働者51,000名及び17,000事業所を対象に、(財)介護労働安定センターが実施。例年、7月頃に結果公表。)

71

介護事業者の経営実態の分析に際しての視点

- サービスごとの収支差率はどうなっているか。前回調査結果(平成16年)との変動要因は何か。
- 地域別の収支差率の状況はどうなっているか。
- 事業所の規模別(定員・サービス提供回数・利用者数等)の収支差率の状況はどうなっているか。
- 設置主体別の収支差率の状況はどうなっているか。

72

介護報酬改定に向けた今後のスケジュール

○ 平成20年

- ・ 6月18日 :概況調査の集計結果の公表
- ・ 9月中 :詳細調査の結果取りまとめ
- ・ 秋以降 :介護給付費分科会で介護報酬改定の議論開始
- ・ 12月下旬:介護報酬改定率セット

平成21年度予算案政府案閣議決定

○ 平成21年

- ・ 1月下旬 :介護報酬改定案諮問・答申
- ・ 4月1日 :介護報酬改定