

社会保障審議会介護給付費分科会(第 151 回)議事次第

日時：平成 29 年 11 月 15 日（水）
9：00 から 12：00 まで
於：ベルサール九段 ホール（3 階）

議 題

1. 平成 30 年度介護報酬改定に向けて（介護老人福祉施設、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護 等）
2. その他

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

29. 11. 15現在

氏 名	現 職
安 部 好 弘	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
安 藤 伸 樹	全国健康保険協会理事長
井 口 経 明	東北福祉大学客員教授
石 田 路 子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
石 本 淳 也	公益社団法人日本介護福祉士会会長
伊 藤 彰 久	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
稲 葉 雅 之	民間介護事業推進委員会代表委員
井 上 隆	一般社団法人日本経済団体連合会常務理事
大 西 秀 人	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長）
小 原 秀 和	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
亀 井 利 克	三重県国民健康保険団体連合会理事長（名張市長）
河 村 文 夫	全国町村会政務調査会行政委員会委員（東京都奥多摩町長）
齋 藤 訓 子	公益社団法人日本看護協会副会長
齊 藤 秀 樹	公益財団法人全国老人クラブ連合会常務理事
佐 藤 保	公益社団法人日本歯科医師会副会長
鈴 木 邦 彦	公益社団法人日本医師会常任理事
瀬 戸 雅 嗣	公益社団法人全国老人福祉施設協議会理事・統括幹事
武 久 洋 三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
◎ ※ 田 中 滋	慶応義塾大学名誉教授
田部井 康 夫	公益社団法人認知症の人と家族の会理事
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
※ 福 田 富 一	栃木県知事
堀 田 聰 子	慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
本 多 伸 行	健康保険組合連合会理事
松 田 晋 哉	産業医科大学教授

（敬称略、50音順）

※は社会保障審議会の委員

◎は分科会長

介護老人福祉施設の報酬・基準について

これまでの議論における主な意見について

＜介護老人福祉施設での看取り・医療ニーズについて＞

- 死亡診断のためだけに医療機関に搬送するということは、安らかな看取りからは避けるべき。
- 配置医師の関与など適切な評価に基づく看取り加算が必要。

＜居室とケアについて＞

- 個別のユニット割合が高まっている方向性については賛成だが、ニーズは様々であり、柔軟な対応が必要。

＜障害者支援について＞

- 受け入れが広がるような施策が必要。

＜身体的拘束について＞

- 状況を把握し、検証する仕組み、職員教育が必要。

※第146回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国個室ユニット型施設推進協議会から、「ユニット型準個室の名称変更」について要望があった。

入所者の医療ニーズへの対応について

論点 1

- 介護老人福祉施設の入所者の医療や看取りに関するニーズに、よりの確に対応できるよう、配置医師や他の医療機関との連携、夜間の職員配置や施設内での看取りに関する評価を充実することとしてはどうか。

対応案

- (1) 医療ニーズへの対応をより一層進める観点から、以下の要件を満たす場合において、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことを新たに評価することとしてはどうか。

【新設する要件】

- ① 入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていること。
- ② 複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力病院等の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること。
- ③ ①及び②の内容につき、届出を行っていること。
- ④ 看護体制加算（Ⅱ）を算定していること。
- ⑤ 早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し、診療を行う必要があった理由を記録すること。

入所者の医療ニーズへの対応について

対応案（続き）

（２）常勤医師配置加算の加算要件について、現行の要件を以下のように変更してはどうか。

【変更後の要件】

- ・ 同一建物内でユニット型施設と従来型施設が併設され、一体的に運営されている場合、１名の医師により双方の施設で適切な健康管理及び療養上の指導が実施されている場合には、双方の施設で加算を算定できることとする。

【参考】常勤配置医師加算の概要（現行）

<算定要件>

- ①常勤専従の医師を１名以上配置していること

※同一建物内でユニット型施設と従来型施設が併設されている場合、常勤職員の専従が要件となっているため、双方の施設でそれぞれ常勤医師を配置することをもって双方の施設で当該加算を算定することができる。

<単位数>

- ・ 25単位／日

（３）介護老人福祉施設は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めなければならないことを義務付けてはどうか。

入所者の医療ニーズへの対応について

対応案（続き）

（４）特に人が手薄となる夜間の医療処置に対応できるよう、夜勤職員配置加算について、
現行の要件に加えて、夜勤時間帯を通じて、

①看護職員を配置していること 又は

②認定特定行為業務従事者を配置していること（この場合、登録特定行為事業者として都道府県の登録が必要）

について、これをより評価することとしてはどうか。

※ 短期入所生活介護も同様としてはどうか。

【参考】夜勤職員配置加算の概要（現行）

<算定要件>

夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っていること

<単位数>

地域密着型

・従来型の場合

夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ：41単位／日

・経過型の場合

夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ：13単位／日

・ユニット型の場合

夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ：46単位／日

・ユニット型経過型又は旧措置の場合

夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ：18単位／日

広域型

・従来型（31人以上50人以下）の場合

夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ：22単位／日

・従来型（30人又は51人以上）の場合

夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ：13単位／日

・ユニット型（31人以上50人以下）の場合

夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ：27単位／日

・ユニット型（30人又は51人以上）の場合

夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ：18単位／日

入所者の医療ニーズへの対応について

対応案（続き）

（５）介護老人福祉施設内での看取りをさらに進める観点から、看取り介護加算の算定に当たって、介護老人福祉施設内で対応案（１）に示した医療提供体制を整備し、さらに介護老人福祉施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価することとしてはどうか。

【対応案（１）で示した体制】

- ① 入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていること。
- ② 複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力病院等の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること。
- ③ ①及び②の内容につき、届出を行っていること。
- ④ 看護体制加算（Ⅱ）を算定していること。

【参考】看取り介護加算の概要（現行）

<算定要件>

- ・常勤看護師１名以上を配置し、施設又は病院等の看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保していること。
- ・看取りに関する指針について入所者・家族に説明し同意を得るとともに、看取りの実績を踏まえ適宜見直しを実施していること。
- ・看取りに関する職員実習を実施していること。
- ・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断していること。
- ・他職種が共同で作成した介護に関する計画について、入所者又は家族の同意を得ていること。
- ・看取りに関する指針に基づき、他職種の相互の連携の下、介護記録等を活用し、入所者・家族に説明していること。

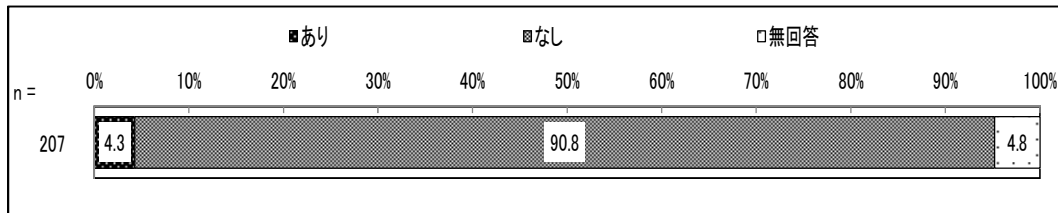
<単位数>

- ・1,280単位／死亡日 ・680単位／死亡日の前日・前々日

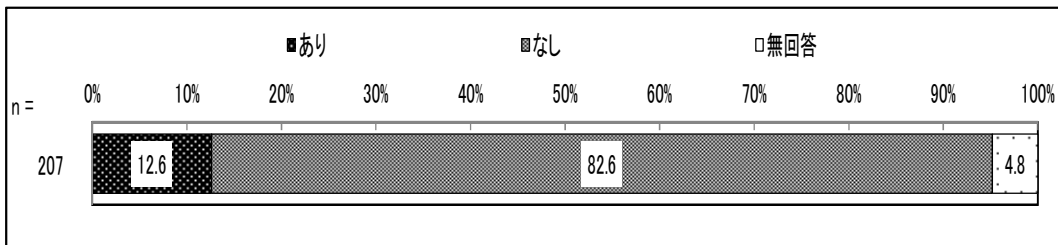
医師の診療等について

- 配置医以外へ訪問診療や往診を依頼できる施設は少ない。
- 配置医が対応困難時に代わりに施設に訪問可能な医師の所属は「いない」が41.6% 配置医以外が31.6%、他の配置医が17.9%であった。

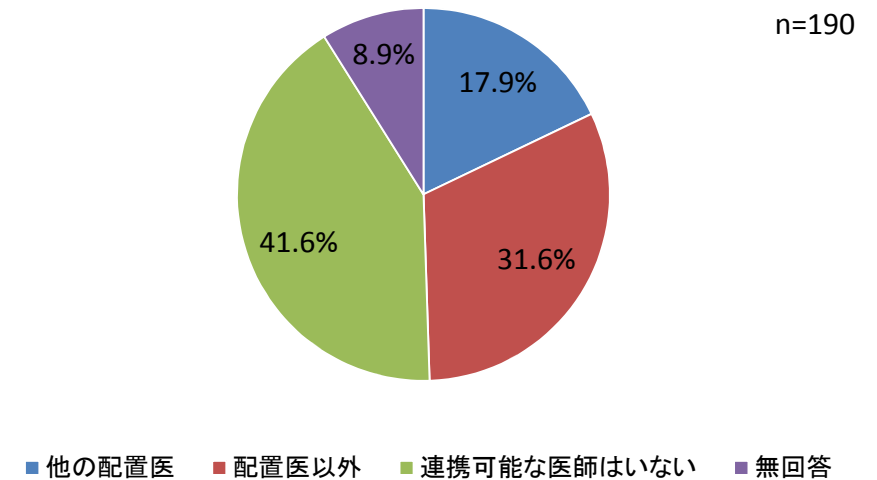
訪問診療を依頼可能な医師の有無 (n=207)



往診を依頼可能な医師の有無 (n=207)



対応困難時に代わりに施設に訪問可能な医師の所属



出典：平成28年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業報告書 エム・アール・アイリサーチアソシエーツ(株)

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業報告書 エム・アール・アイリサーチアソシエーツ(株)

医師の診療等について

- 入所者の夜間の緊急時（看取りの場合に限らず。）における医師との連携方法（複数回答）について、「救急車を呼ぶ」のみを選択した施設は16.0%であった。また、「救急車を呼ぶ」のみ選択することについては、「原則病院等に移す」としている施設よりも、「希望があれば施設内で看取る」としている施設の方が割合が低い。
- 「配置医に連絡する」を選択した施設では、施設の看取りの方針として、「希望があれば施設内で看取る」割合が高かった。

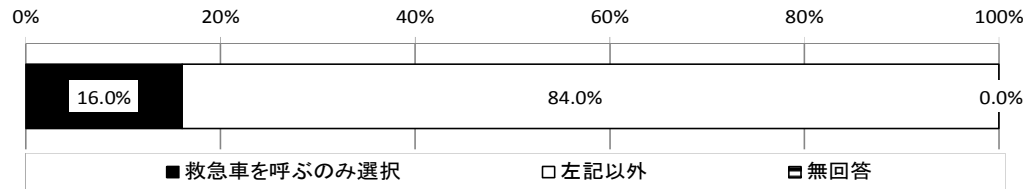
入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法(複数回答)(n=1,502)

合計	配置医に 連絡する	協力病院 に連絡す る	救急車を 呼ぶ	その他	無回答
1,502 100.0%	820 54.6%	701 46.7%	1,052 70.0%	35 2.3%	19 1.3%

施設の看取りの方針別 入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法

	合計	救急車 を呼ぶ のみ選 択	左記以 外
全体	1,502 100.0%	241 16.0%	1,261 84.0%
希望があれば、施設内で 看取る	1,171 100.0%	164 14.0%	1,007 86.0%
原則、病院等に移す	245 100.0%	60 24.5%	185 75.5%

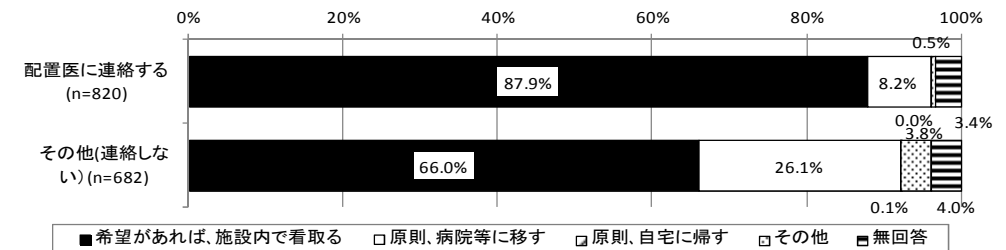
入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法(n=1,502)



非常勤の配置医の勤務日以外の対応別 入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法

	合計	救急車 を呼ぶ のみ選 択	左記以 外
全体	1,502 100.0%	241 16.0%	1,261 84.0%
勤務日以外でも、対応し てもらえる	704 100.0%	67 9.5%	637 90.5%
勤務日以外は電話で指示 を得ることができる	591 100.0%	118 20.0%	473 80.0%
原則、勤務日以外は対応 してもらえない	87 100.0%	33 37.9%	54 62.1%

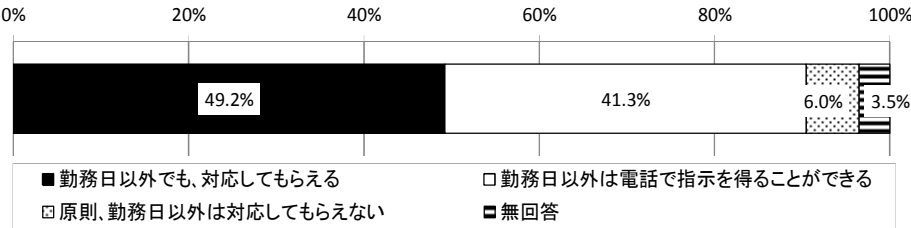
入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法別 施設の看取りの方針



医師の診療等について

- 非常勤の配置医の勤務日以外の対応は、「勤務日以外でも対応してもらえる」が49.2%、「勤務日以外では電話で指示を得ることができる」が41.3%であった。
- 非常勤の配置医が「勤務日以外でも対応してもらえる」施設では、「希望があれば施設で看取る」割合が高い。
- 配置医が実施している業務は定期的な診察や主治医意見書の作成などが多い。
- 配置医が担当している業務内容で負担が多いと感じる業務は、「夜間の臨時の診察(急変対応)」、「休日の臨時の診察(急変対応)」で割合が高い。

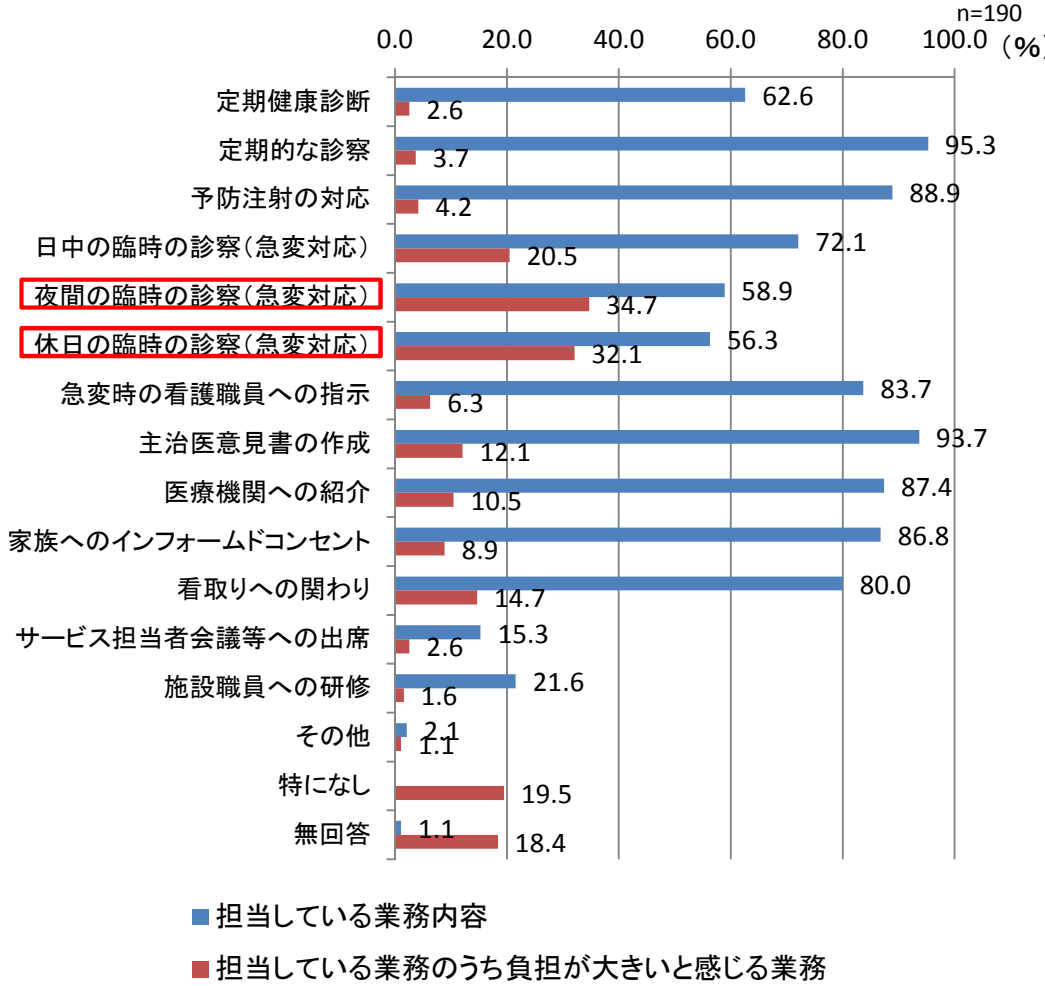
非常勤配置医による勤務日以外の対応 (n=1,432)



配置医の勤務日以外における対応別 施設の看取りの方針

	合計	希望があれば、施設内で看取る	原則、病院等に移す	原則、自宅に帰す	その他	無回答
全体	1,502	1,171	245	1	30	55
	100.0%	78.0%	16.3%	0.1%	2.0%	3.7%
勤務日以外でも、対応してもらえる	704	593	73	1	13	24
	100.0%	84.2%	10.4%	0.1%	1.8%	3.4%
勤務日以外は電話で指示を得ることができる	591	435	126	0	10	20
	100.0%	73.6%	21.3%	0.0%	1.7%	3.4%
原則、勤務日以外は対応してもらえない	87	56	26	0	3	2
	100.0%	64.4%	29.9%	0.0%	3.4%	2.3%

配置医が担当している業務と担当している業務と負担の重い業務



医療ニーズへの対応

- 看護職員と認定を受けた介護職員により、夜間・休日を通じたんの吸引ができる体制にある施設は41.1%であり、入所定員が「29人以下」の施設では26.2%であった。
- 入所定員100人あたりの看護職員数(常勤換算)＋認定特定行為実施介護職員数が多い施設では、たんの吸引や経管栄養に対応している割合が高い。

入所定員100人あたりの看護職員数(常勤換算)＋認定特定行為実施介護職員数別
施設内で対応可能な処置

入所定員別 夜間・休日を通じたんの吸引が実施できる体制か

	合計	夜間・休日を通じたんの吸引が実施できる体制にある	必要があれば、体制を整えることがある	常時実施できる体制はとっていない	その他	無回答
全体	1,502 100.0%	618 41.1%	129 8.6%	539 35.9%	60 4.0%	156 10.4%
29人以下	324 100.0%	85 26.2%	23 7.1%	179 55.2%	12 3.7%	25 7.7%
30人以上～60人未満	502 100.0%	218 43.4%	51 10.2%	154 30.7%	21 4.2%	58 11.6%
60人以上～100人未満	455 100.0%	216 47.5%	40 8.8%	137 30.1%	22 4.8%	40 8.8%
100人以上	208 100.0%	95 45.7%	15 7.2%	66 31.7%	4 1.9%	28 13.5%

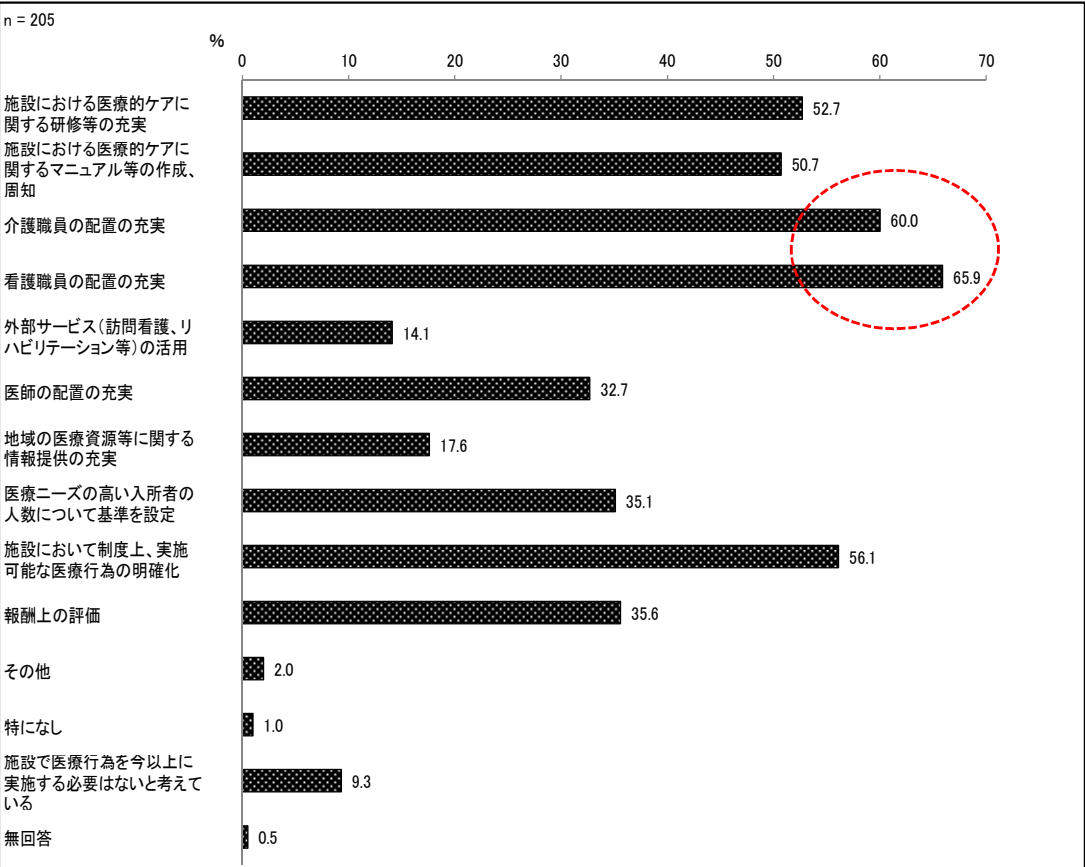
		胃ろう・腸ろう	喀痰吸引
全体	1,502 100.0%	1,265 84.2%	1,172 78.0%
0人以上～4人未満	181 100.0%	134 74.0%	109 60.2%
4人以上～6人未満	300 100.0%	239 79.7%	215 71.7%
6人以上～8人未満	295 100.0%	239 81.0%	218 73.9%
8人以上～10人未満	165 100.0%	143 86.7%	133 80.6%
10人以上～20人未満	278 100.0%	257 92.4%	246 88.5%
20人以上	220 100.0%	207 94.1%	207 94.1%

出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業

医療ニーズへの対応

- 医療ニーズの高い入所者に対応する上で今後必要なこととして看護職員、介護職員の配置の充実が必要という意見が多い。
- 認定特定行為実施介護職員が原則夜勤または当直に含まれている施設では、たんの吸引や経管栄養に対応している割合が高い。
- 施設の看取りの方針として「希望があれば施設内で看取る」施設では、「夜間・休日を通じたんの吸引が実施できる体制にある」施設が多い。

医療ニーズの高い入所者に対応する上で今後必要と考えること（複数回答）



出典：平成28年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業報告書 エム・アール・アイリサーチアソシエーツ(株)

認定特定行為実施介護職員の夜間の対応別 施設内で対応可能な処置

		胃ろう・腸ろう	喀痰吸引
全体	1,502 100.0%	1,265 84.2%	1,172 78.0%
原則、夜勤職員には1人以上含まれる	372 100.0%	353 94.9%	347 93.3%
原則、1人以上が当直する	23 100.0%	23 100.0%	22 95.7%
ローテーションによりいないこともある	673 100.0%	579 86.0%	541 80.4%
原則、夜勤・当直はない	83 100.0%	55 66.3%	45 54.2%

施設の看取りの方針別 施設内で対応可能な処置

	合計	夜間・休日を通じたんの吸引が実施できる体制にある	必要があれば、体制を整えることができる	常時実施できる体制はとっていない	その他	無回答
全体	1,502 100.0%	618 41.1%	129 8.6%	539 35.9%	60 4.0%	156 10.4%
希望があれば、施設内で看取る	1,171 100.0%	534 45.6%	118 10.1%	367 31.3%	45 3.8%	107 9.1%
原則、病院等に移す	245 100.0%	64 26.1%	5 2.0%	141 57.6%	12 4.9%	23 9.4%

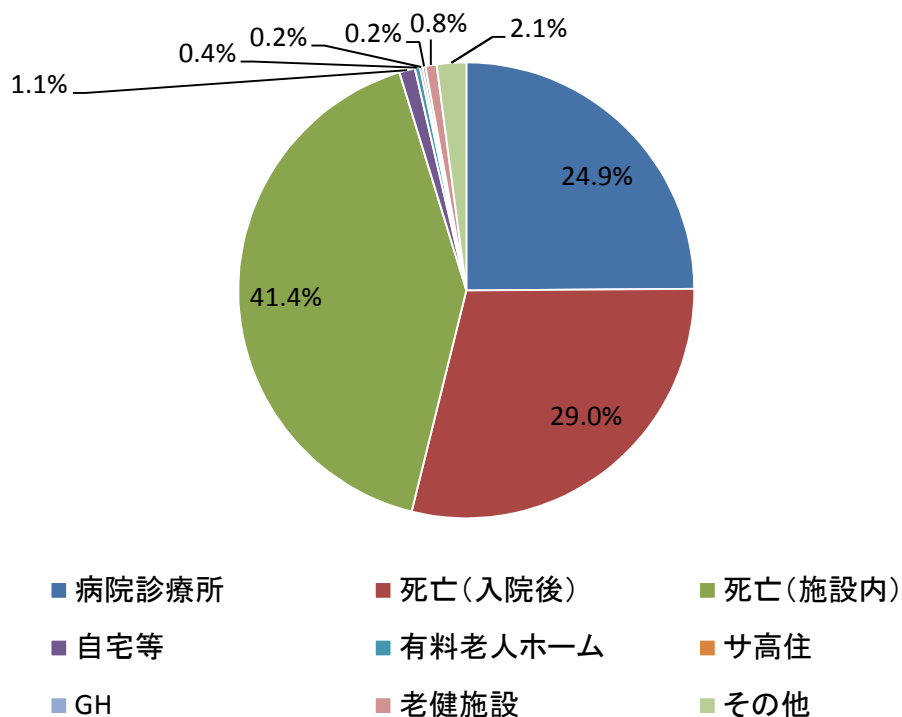
出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業

看取りについて

- 平成28年4月～9月に施設を退所した人は、1施設あたり平均7.2人であり、入院後の死亡退所と施設内死亡を合わせて、死亡退所の割合は70.4%、病院・診療所への入院により特養を退所した人は24.9%であった。（死亡退所のうち施設内死亡の割合は60%）
- 施設の看取りの方針は、「希望があれば施設内で看取る」が78.0%、「原則、病院に移す」が16.3%であった

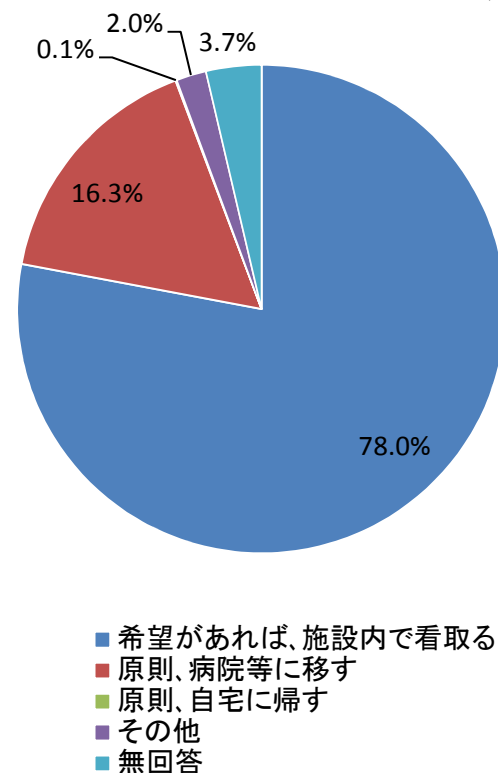
退所先別 退所人数（平成28年4月～9月）

（n=1,453施設 10426人）



施設の看取りの方針

（n=1,502）



報酬改定における介護老人福祉施設の看取り対応の強化

平成18年4月改定

・「看取り介護加算」の創設

【160単位(最終的に医療機関等で死亡した場合は80単位)】

平成21年4月改定

・「看取り介護加算」の見直し

(看取りに向けた体制の評価と、看取りの際のケアの評価を別個に行うこととした)

【死亡日以前4日～30日:80単位/日、

死亡日の前日・前々日:680単位/日、

死亡日:1280単位/日】

平成24年4月改定

・特養の配置医以外の在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、特養における看取りを行った場合、末期の悪性腫瘍患者に加え、疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。

平成27年4月改定

・看取り介護の体制構築・強化のため、PDCAサイクルによりこれを推進すること等を要件として、死亡日以前4日以上30日以下における看取り介護の手厚い実施を図る。

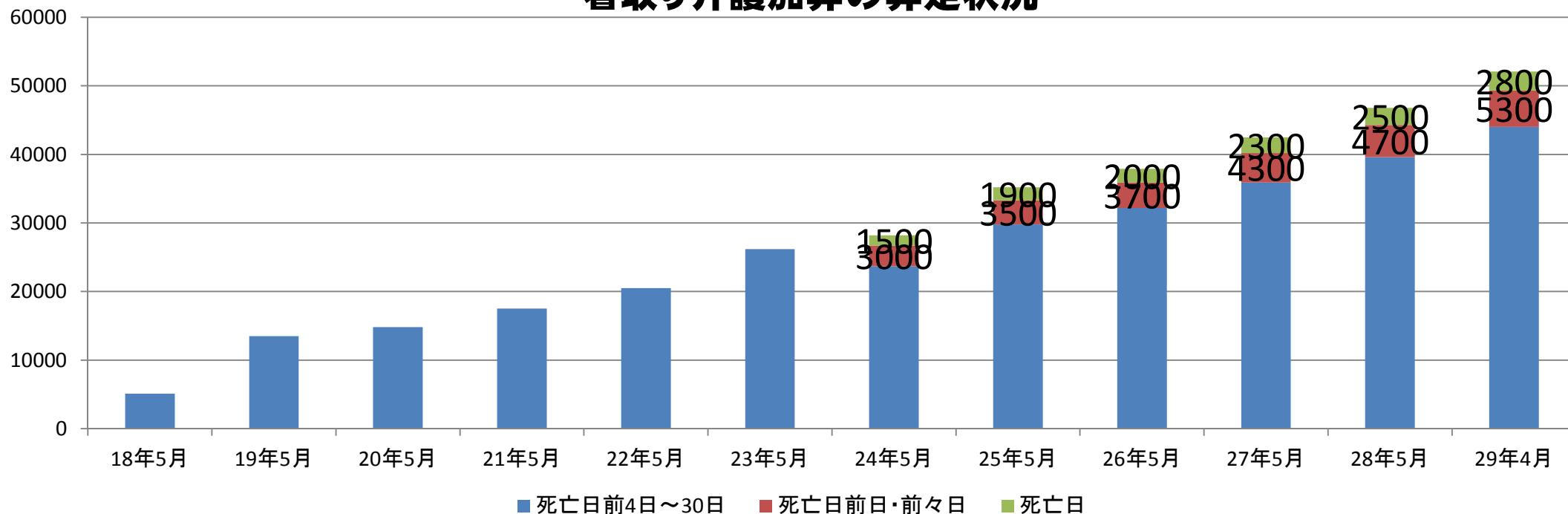
【死亡日以前4日～30日:144単位/日、

死亡日の前日・前々日:680単位/日、

死亡日:1280単位/日】

算定日数/月

看取り介護加算の算定状況



出典:介護給付費実態調査(地域密着型介護老人福祉施設を含む。)

自立支援・重度化防止に資する介護の推進について

論点 2

- 入所者の自立支援・重度化防止に資する介護を進めてはどうか。

対応案

- 個別機能訓練加算について、以下の要件を満たす場合に、新たに評価することとしてはどうか。

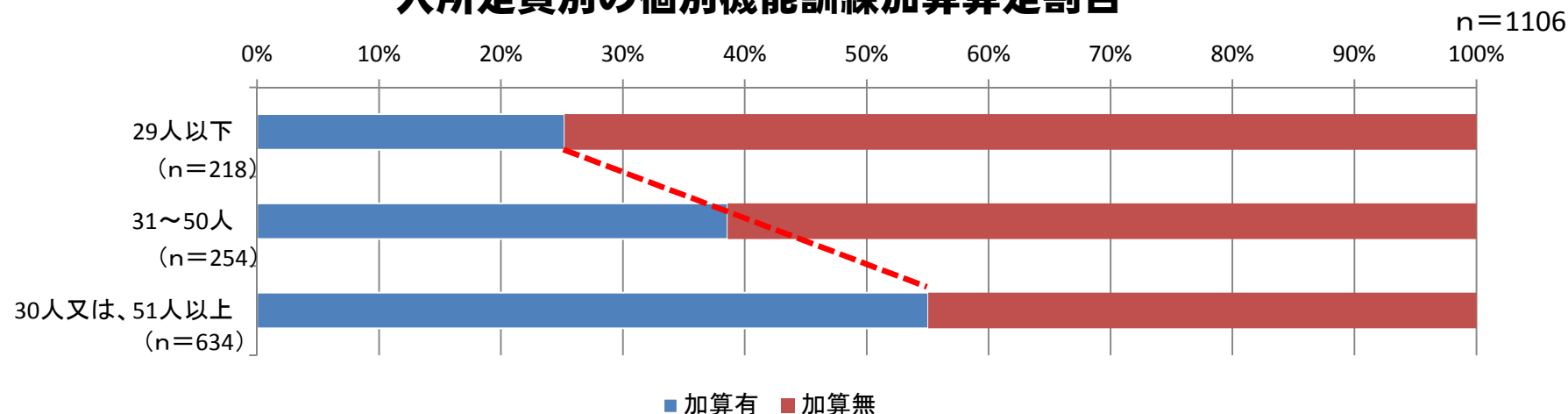
【新設する要件】

- ・ 訪問・通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、介護老人福祉施設を訪問し、介護老人福祉施設の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。
 - ・ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が共同して、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施すること。
- ※ 特定施設入居者生活介護も同様としてはどうか。

個別機能訓練加算の算定状況

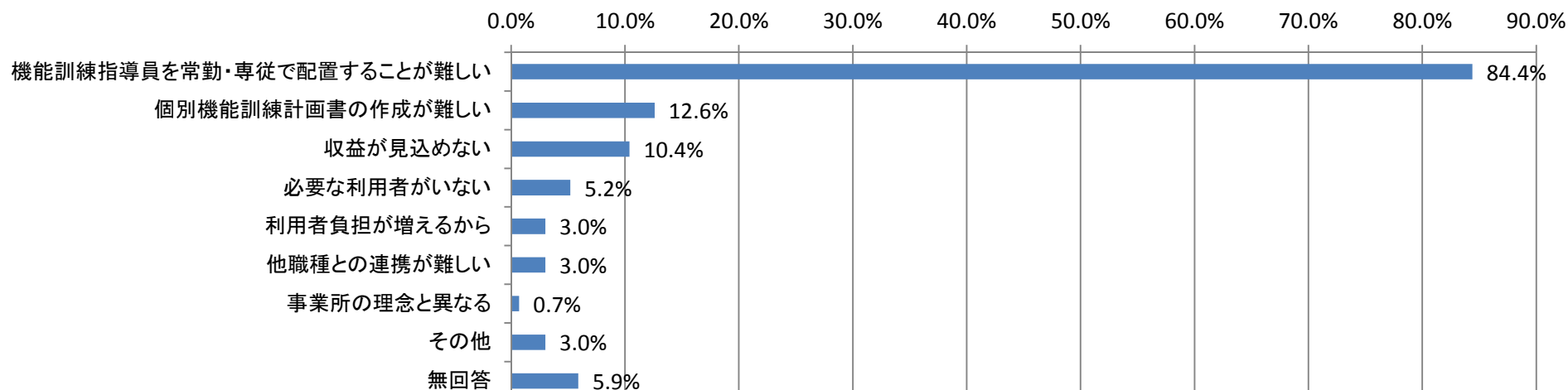
- 個別機能訓練加算は、小規模な事業所ほど算定割合が低い。
- 個別機能訓練加算の届出をしていない理由では「機能訓練指導員を常勤・専従で配置することが難しい」が84.4%、「個別機能訓練計画の作成が難しい」が12.6%、「収益が見込めない」が10.4%であった。

入所定員別の個別機能訓練加算算定割合



出典:平成29年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホームにおける看護職員の役割等に関する調査研究事業(三菱UFJリサーチ & コンサルティング (速報値))

個別機能訓練加算の届出をしていない理由 (複数回答) (n=135)



出典:平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業

介護老人福祉施設における居室とケアについて

論点 3

- ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を適当なものに見直すこととしてはどうか。

対応案

- ユニット型準個室の名称を「ユニット型居室」としてはどうか。
 - ※ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護、短期入所療養介護も同様としてはどうか。

介護老人福祉施設の居室類型

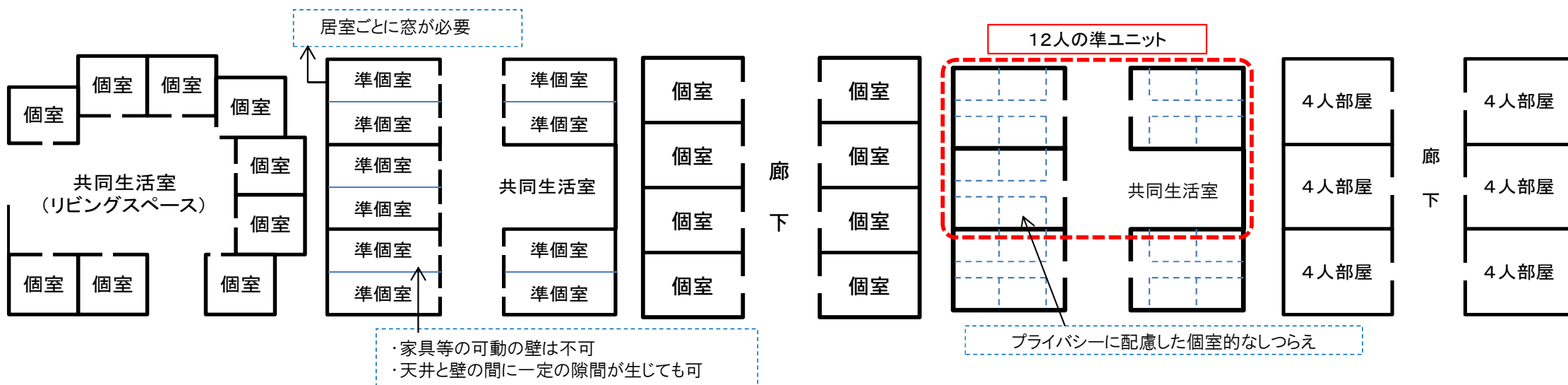
ユニット型個室

ユニット型準個室

従来型個室

多床室(準ユニットケア加算)

多床室



	ユニット型個室	ユニット型準個室	従来型個室	多床室(準ユニットケア加算)	多床室
基準省令上の分類	ユニット型介護老人福祉施設		介護老人福祉施設		
居室環境	個室 + 共同生活室	準個室 + 共同生活室	個室	プライバシーに配慮した個室的なしつらえ + 共同生活室	4人部屋
人員配置	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置		3:1	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置	3:1
介護報酬(要介護5)	894単位/日	894単位/日	814単位/日	814単位/日 + 準ユニットケア加算: 5単位/日	814単位/日
補足給付(第2段階)	6. 4万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む		5. 2万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む	4. 4万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む	4. 4万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む
利用者負担(第2段階)	5. 2万円/月	4. 2万円/月	4. 0万円/月	3. 8万円/月	3. 8万円/月

外泊時に在宅サービスを利用したときの費用について

論点 4

- 介護老人福祉施設から外泊し当該介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した際のサービスの提供についてどのように考えるか。

対応案

- 以下の要件を満たす場合、新たに評価を行ってはどうか。
 - 【新設する要件】
 - ・ 入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入居者が、介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき一定の単位数を算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は算定できない。
 - ※ 介護老人保健施設も同様としてはどうか。

障害者の生活支援について

論点 5

- 高齢で障害をもつ方が増加しており、こうした方の介護老人福祉施設での受入れを図る観点から、必要な見直しを行ってはどうか。

対応案

- 障害者を多く受け入れている地域密着型施設等の小規模な施設についても評価することとしてはどうか。

【追加する要件】

- ・ 視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者の数（以下「入所障害者数」という。）が15人以上又は入所者総数の30%以上。

- 障害者生活支援体制加算について、以下の要件を満たす場合、より手厚い評価を行うこととしてはどうか。

【新規の要件】

- ・ 入所障害者数が入所者総数の50%以上。
- ・ 専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員である者を2名以上配置（障害者である入所者が50名以上の場合は、専従・常勤の障害者生活支援員を2名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で障害者である入所者の数を50で除した数に1を加えた数以上配置しているもの）

【参考1】障害者生活支援体制加算の概要（現行）

＜算定要件＞

- ・ 視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者の数が15人以上。
- ・ 専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員である者を1名以上配置（障害者である入所者が50名以上の場合は、専従・常勤の障害者生活支援員を1名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で障害者である入所者の数を50で除した数以上配置しているもの）

＜単位数＞

- ・ 26単位／日

身体拘束の適正化について

論点 6

○ 身体拘束のさらなる適正化を図る観点から、必要な見直しを行ってはどうか。

対応案

○ 身体拘束廃止未実施減算について、運営基準と減算幅を見直してはどうか。

【見直し後の基準】

- ・ 身体拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。
- 1. 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
- 2. 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
- 3. 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- 4. 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

【見直し後の減算幅】

5単位／日 → ○％／日

【参考1】身体拘束廃止未実施減算の概要（現行）

<算定要件>

身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

※上記を満たさない場合につき、減算。

<単位数>

- ・ 5単位／日

※ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護も同様としてはどうか。

身体拘束の適正化について

対応案（続き）

- 地域密着型介護老人福祉施設における前頁の委員会については、運営推進会議を活用することができることとしてはどうか。
- ※ 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護も同様としてはどうか。

基本報酬の見直しについて

論点 7

- 小規模介護福祉施設及び旧措置入所者介護福祉施設の基本報酬について、報酬体系の簡素化や報酬の均衡を図る観点から、見直しを行ってはどうか。

対応案

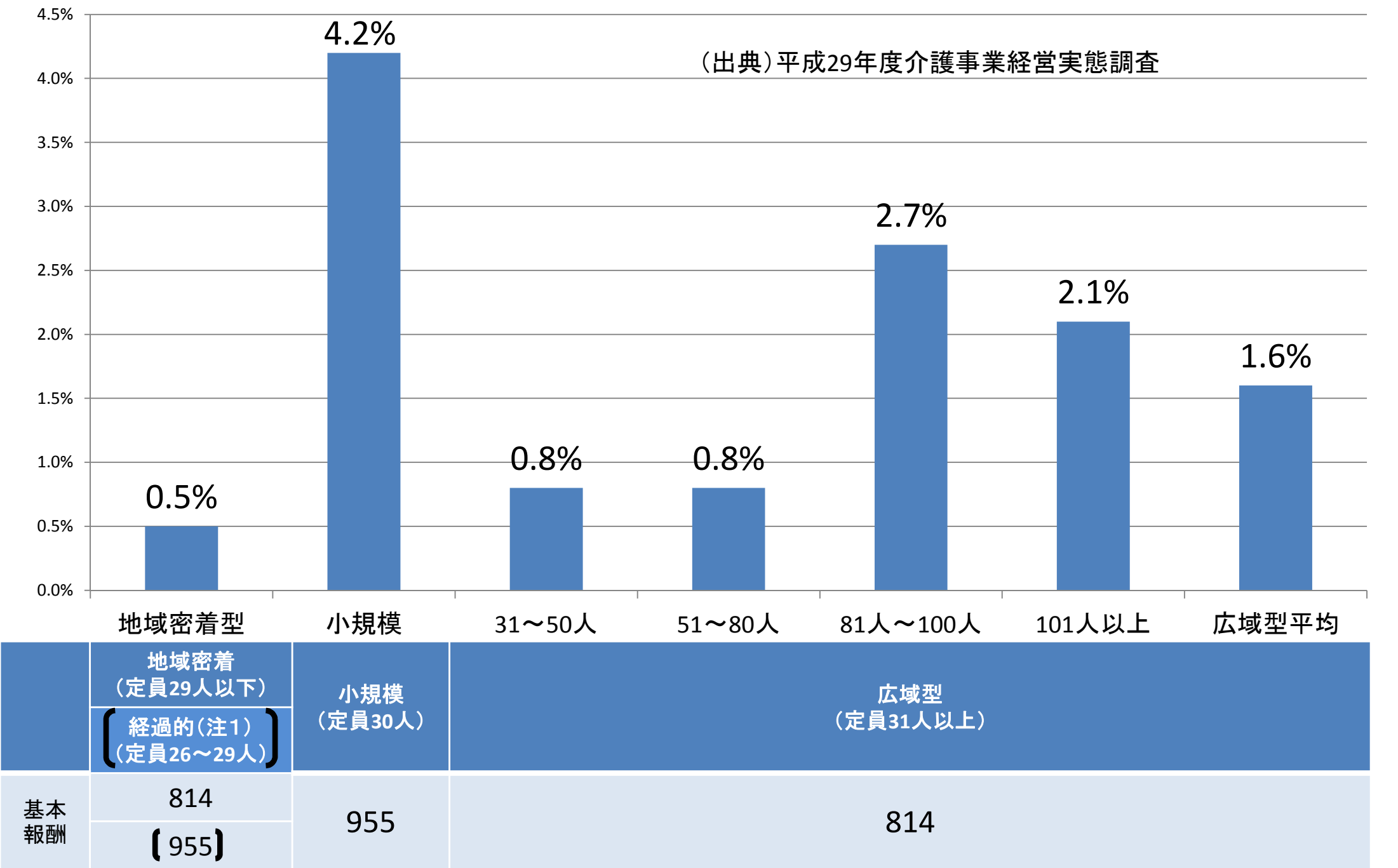
- 小規模介護福祉施設（定員30名の施設）について、平成30年度以降に新設される施設については、通常の介護福祉施設と同様の報酬を算定することとしてはどうか。

また、既存の小規模介護福祉施設及び経過的地域密着型介護福祉施設（平成17年度以前に開設した定員26～29名の施設）と他の種類の介護福祉施設の報酬の均衡を図る観点から、一定の経過措置の後、通常の介護福祉施設の基本報酬に統合することとしてはどうか。

その際、平成30年度においても、一定の見直しを行うこととしてはどうか。

- 旧措置入所者介護福祉施設の基本報酬については、平成30年度から、介護福祉施設又は小規模介護福祉施設の基本報酬に統合することとしてはどうか。

小規模特養等の収支差率について



(注1) 平成17年度以前に開設した定員26～29名の施設。
(注2) 基本報酬は、要介護度5、従来型個室の場合。

介護老人福祉施設の基本報酬（従来型個室の場合）

介護福祉施設サービス費 （広域型・地域密着型）		小規模介護福祉施設サービス費・ 経過的地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護費	
要介護度1	<u>547単位</u>	要介護度1	<u>700単位</u>
要介護度2	<u>614単位</u>	要介護度2	<u>763単位</u>
要介護度3	<u>682単位</u>	要介護度3	<u>830単位</u>
要介護度4	<u>749単位</u>	要介護度4	<u>893単位</u>
要介護度5	<u>814単位</u>	要介護度5	<u>955単位</u>

（注1）広域型（定員31人以上の施設）と地域密着型（定員29人以下の施設）の基本報酬は同一となっている。

（注2）経過的地域密着型介護老人福祉施設（平成17年度以前に開設した定員が26～29人の施設）の基本報酬は小規模介護福祉施設（定員30人の施設）と同一となっている。

介護老人福祉施設の基本報酬（従来型個室の場合）

介護福祉施設サービス費 （広域型・地域密着型）

要介護度1 547単位

要介護度2 614単位

要介護度3 682単位

要介護度4 749単位

要介護度5 814単位

旧措置入所者介護福祉施設サービス費

要介護度1 547単位

要介護度2
又は
要介護度3 653単位

要介護度4
又は
要介護度5 781単位

小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費 ・経過的小規模旧措置地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

要介護度1 700単位

要介護度2
又は
要介護度3 800単位

要介護度4
又は
要介護度5 923単位

（注1）広域型（定員31人以上の施設）と地域密着型（定員29人以下の施設）の基本報酬は同一となっている。

（注2）旧措置入所者介護福祉施設サービス費は、平成12年4月1日以前より特別養護老人ホームに入所していた者に対して算定される。

（注3）経過的地域密着型介護老人福祉施設（平成17年度以前に開設した定員が26～29人の施設）の基本報酬は小規模介護福祉施設（定員30人の施設）と同一となっている。

短期入所生活介護の報酬・基準について

これまでの議論における主な意見について

- 短期入所生活介護の報酬が、従来型個室よりも多床室のほうが高くなっているという、逆転現象が起きているので、ここは見直す必要があると思う。

看護体制加算の充実について

論点 1

- 短期入所生活介護は中重度の高齢者が一定程度利用しており、その対応によって増加する負担に対する評価や、積極的な受け入れを促進する観点から、看護体制加算を充実してはどうか。

対応案

- 現行の看護体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定要件である体制要件に加えて、利用者のうち要介護3以上の高齢者を一定割合以上受け入れる事業所について、新たに評価してはどうか。

その際、定員ごとにきめ細かく単位数を設定してはどうか。

【参考】看護体制加算の概要

＜算定要件＞

- ・看護体制加算（Ⅰ）：看護師常勤1名以上
- ・看護体制加算（Ⅱ）：①（単独型・併設型）看護職員を常勤換算で25又はその端数を増すごとに1名以上（空床利用型）看護職員を常勤換算で25又はその端数を増すごとに1名以上かつ、配置基準＋1名以上
- ②事業所の看護職員、又は、病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員の連携によって24時間連絡体制を確保

＜単位数及び算定率＞

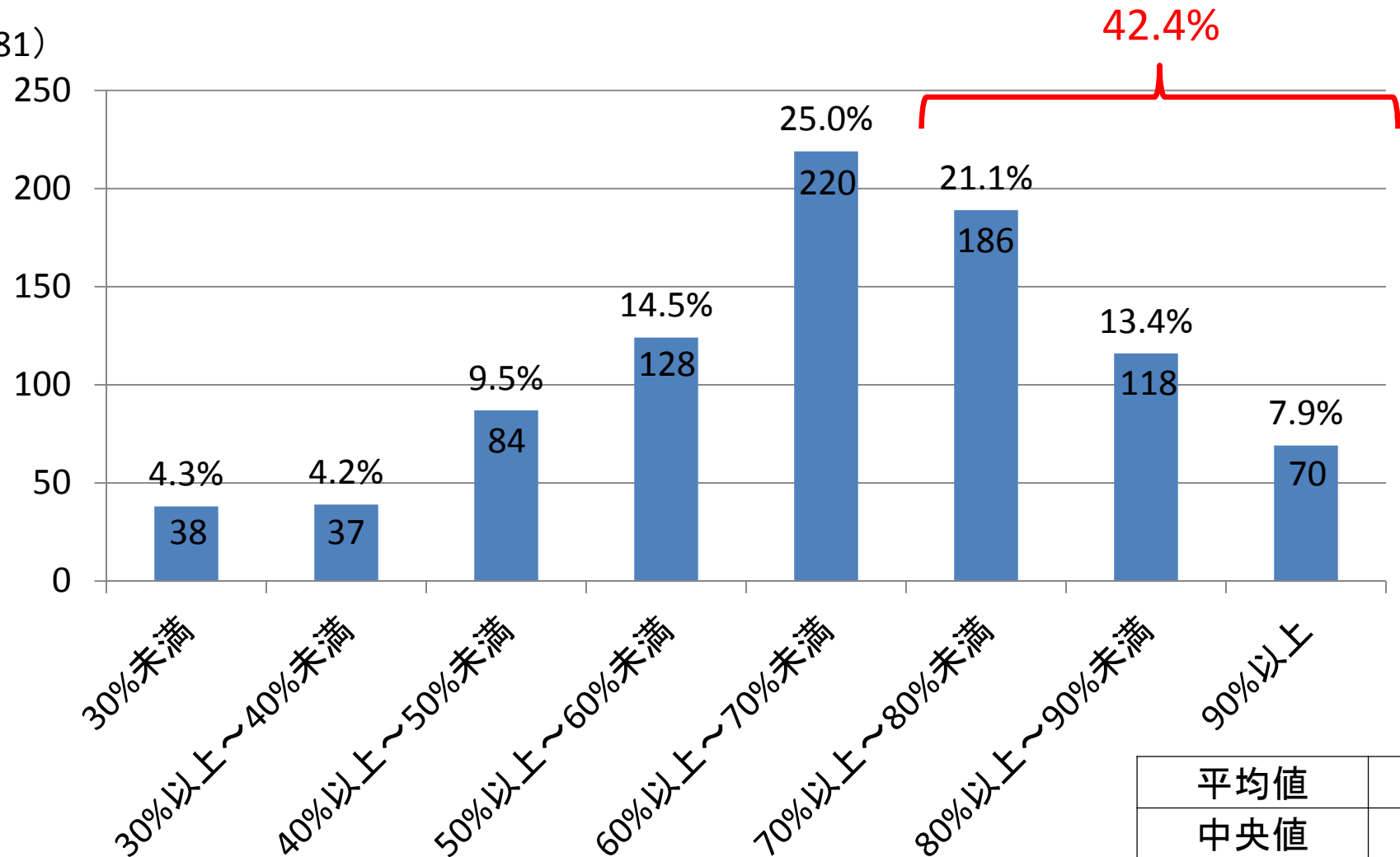
- ・看護体制加算（Ⅰ）：4単位／日、37.7%
- ・看護体制加算（Ⅱ）：8単位／日、38.4%

※算定率は、厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成28年4月審査分）より、各加算の提供回数÷短期入所生活介護の提供回数から算出。

短期入所生活介護事業所における 要介護3以上の高齢者の受入割合別の事業所数

○ 短期入所生活介護事業所においては、利用者のうち要介護3以上の高齢者を70%以上受け入れている事業所は42.4%。

(総数=881)



平均値	65.5%
中央値	67.3%

(出典) 平成26年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金

「短期入所生活介護におけるレスパイトケアのあり方及び在宅生活の継続に資するサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

(平成27年3月) (一般社団法人日本介護支援専門員協会) より老健局振興課作成

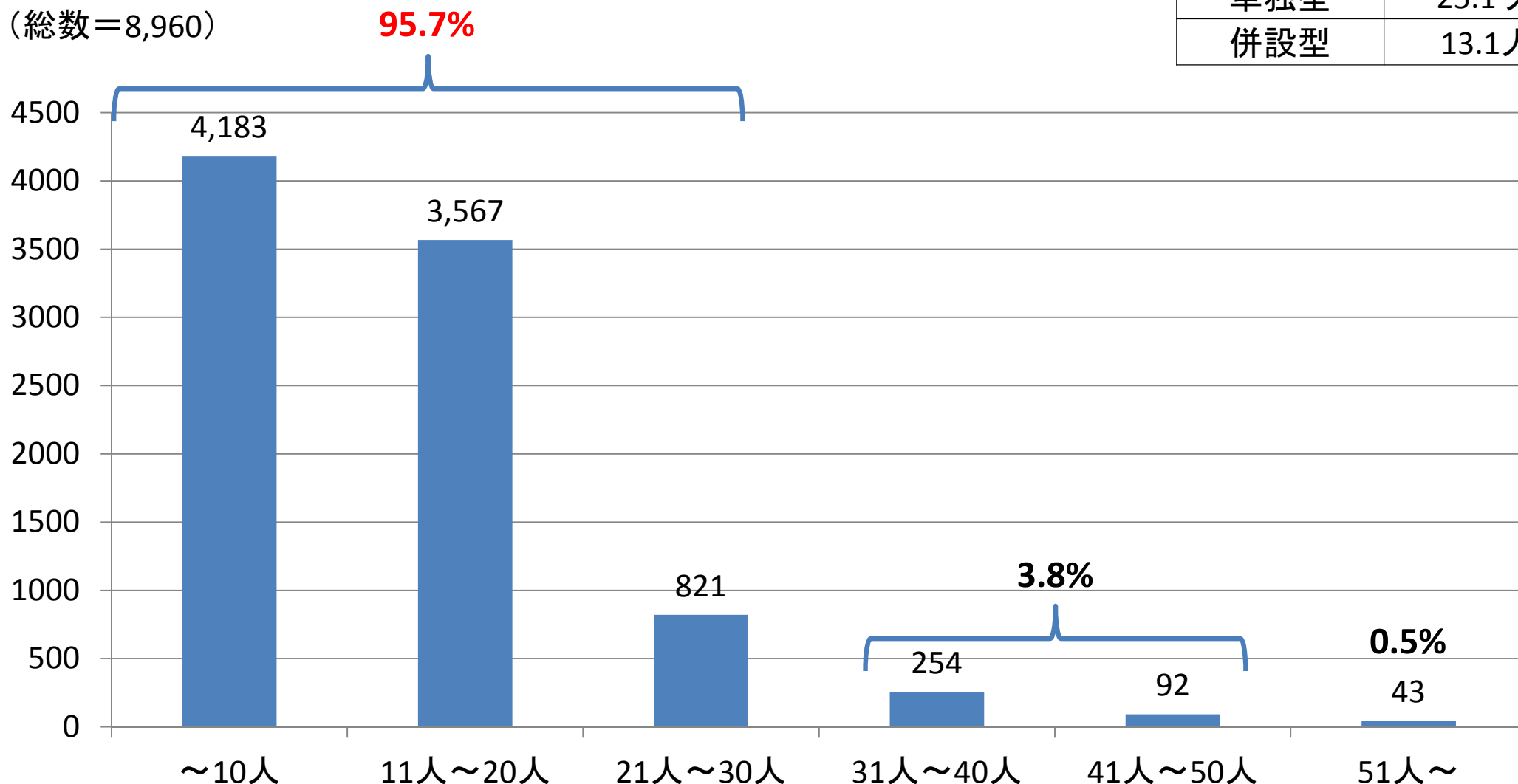
短期入所生活介護の定員別の事業所の分布状況

○ 短期入所生活介護は、定員30人以下の事業所が95.7%を占める。

(参考)定員の平均値

単独型	25.1 人
併設型	13.1人

(総数=8,960)



(※)総数は空床利用型及び定員不詳を除く。

(出典)厚生労働省「平成27年介護サービス施設・事業所調査」より老健局振興課作成

外部の通所リハ事業所等のリハビリ専門職との連携による 機能訓練の推進（生活機能向上連携加算の創設）について

論点 2

- 現行の機能訓練関連加算は機能訓練指導員を専従で置く必要があり、特に小規模事業所では、新たな職員を雇用することが困難なために加算を取得できないとの声がある。
- このような事業所においても質の高い機能訓練を行えるようにするための評価を創設してはどうか。

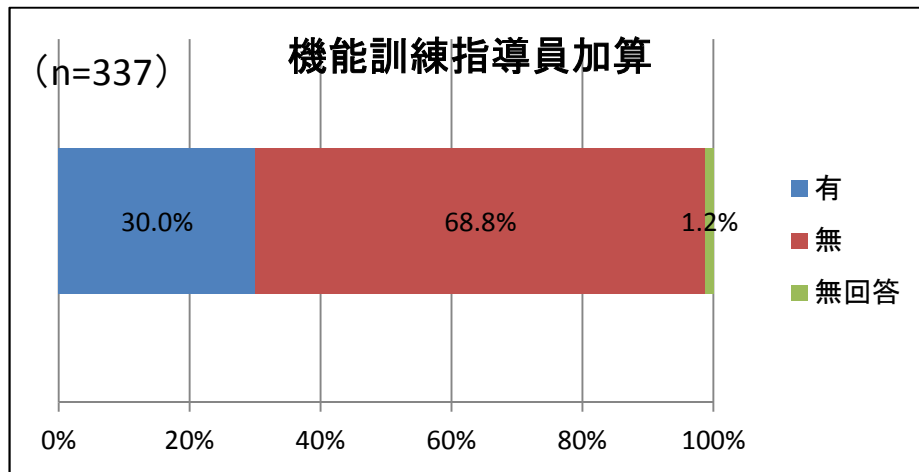
対応案

- 自立支援・重度化防止に資する短期入所生活介護を推進するため、短期入所生活介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることについて評価してはどうか。
- 具体的には、
 - 訪問・通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、短期入所生活介護事業所を訪問し、短期入所生活介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
 - リハビリテーション専門職と連携して個別機能訓練計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うことを評価してはどうか。

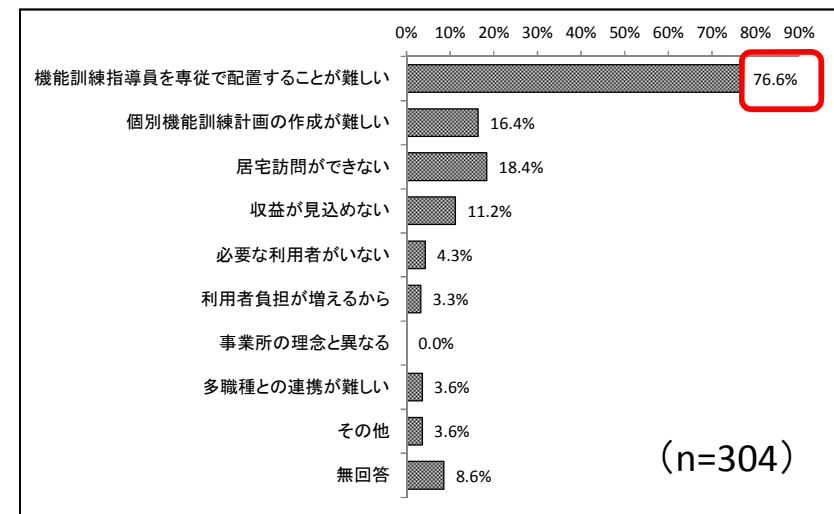
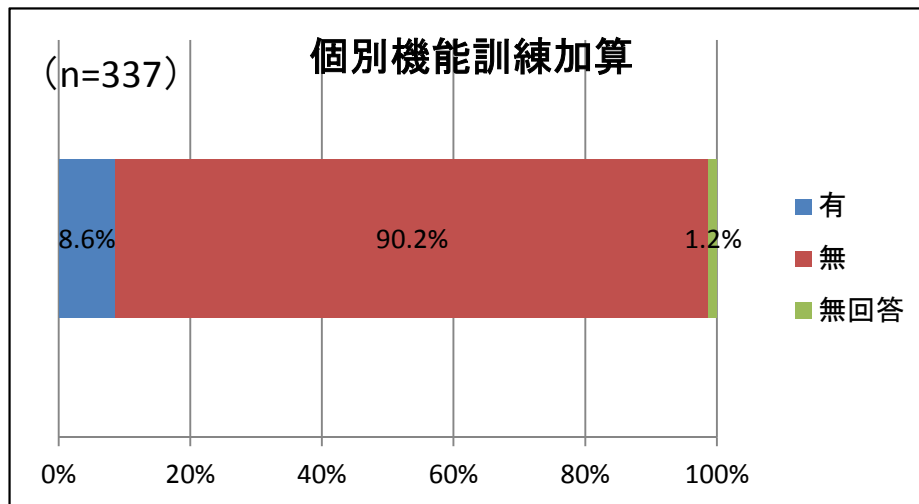
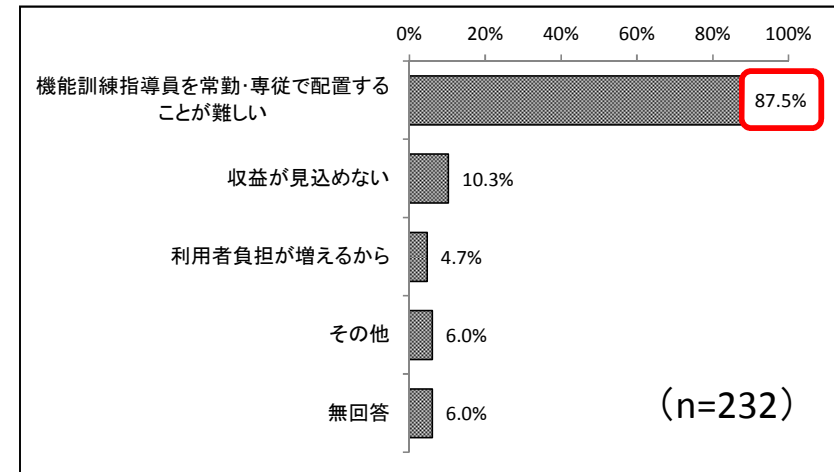
短期入所生活介護の機能訓練に関する加算の届出状況

- 機能訓練指導員加算の届出が無い事業所は約7割、個別機能訓練加算は約9割。
- 加算の届出をしていない理由としては、いずれの加算も「機能訓練指導員を配置することが難しい」ことが主な理由となっている。

【機能訓練に関する加算の届出状況】



【加算の届出をしていない理由(複数回答)】



(出典) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)

(3) リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業

短期入所生活介護の機能訓練に関する加算

	機能訓練指導員加算	個別機能訓練加算
単 位 数	12単位／日	56単位／日
算 定 要 件 (概 要)	常勤専従の機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師・准看護師、柔道整復師又はあんまマッサージ指圧師）を1名以上配置していることを評価	・ 専従の機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置していること ・ 機能訓練指導員等が協働して、利用者の生活機能向上に資する個別機能訓練計画を作成していること ・ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること ・ 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っていること
算 定 率 （ 回 ）	36.5%（1,344.7千回）	2.3%（83.7千回）

（※）「算定率」は、各加算の提供回数÷短期入所生活介護の提供回数（3,688.6千回）から算出している。

（出典）厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成28年4月審査分）

多床室の基本報酬の適正化について

論点 3

- 短期入所生活介護の多床室の基本報酬については、従来型個室と比べて20単位高く設定されているが、特別養護老人ホームの多床室と従来型個室の基本報酬は同じとなっていることを踏まえて見直してはどうか。

対応案

- 基本報酬について、特養との整合性の観点から、従来型個室と多床室との間での報酬の差を適正化してはどうか。

※介護予防短期入所生活介護も同様の取扱いとしてはどうか。

[現行]

			単位数		＜参考＞	
短期入所生活 介護費（1日 につき）	単独型	＜多床室＞	要介護 1	640	＜従来型個室＞	620
			要介護 2	707		687
			要介護 3	775		755
			要介護 4	842		822
			要介護 5	907		887
	併設型	＜多床室＞	要介護 1	599	＜従来型個室＞	579
			要介護 2	666		646
			要介護 3	734		714
			要介護 4	801		781
			要介護 5	866		846

短期入所生活介護と特別養護老人ホームの基本報酬の比較

- 特別養護老人ホームについては、従来型個室と多床室の基本報酬は同じ。
- 一方で、短期入所生活介護については、多床室の方が20単位高くなっている。

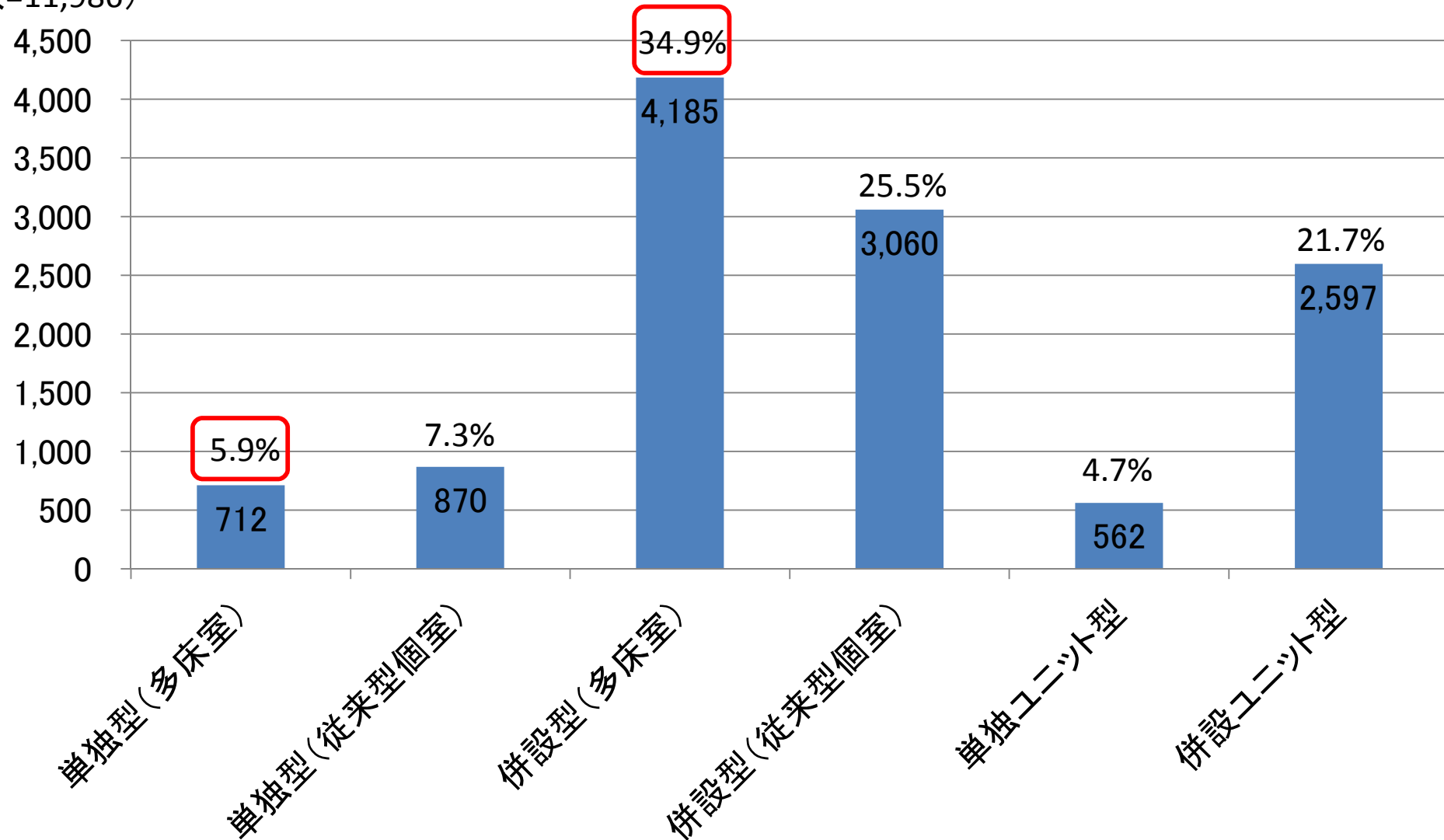
単位数

	短期入所生活介護(併設型の場合)		特養(広域型・地域密着型の場合)	
	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室
要介護1	579	599	547	547
要介護2	646	666	614	614
要介護3	714	734	682	682
要介護4	781	801	749	749
要介護5	846	866	814	814

短期入所生活介護の事業所数（介護報酬上の届出種別ごと）

○ 短期入所生活介護事業所のうち、多床室を設置している事業所は全体の約4割。

（総数=11,986）



（※）介護報酬上の届出種別は複数回答のため、上記においては、各項目の数値の合計を総数としている。

（出典）「平成27年介護サービス施設・事業所調査」より老健局振興課作成

併設型事業所における夜勤職員の配置基準の緩和について

論点 4

- 夜勤職員について、特養（ユニット型）は2ユニットごとに1人、短期入所生活介護（ユニット型以外）は、例えば、25人以下の場合に1人配置することとされている。
- 短期入所生活介護事業所と特養が併設されている場合には、
 - ・ ユニット型同士、ユニット型以外同士の場合は、兼務が可能であり、両施設合計で必要数を配置すれば良いが、
 - ・ 一方で、ユニット型とユニット型以外の場合は、兼務が認められておらず、施設ごとに必要数の配置が必要。
- この点について、介護人材が不足する中で、効率的な人員配置を進める観点から、短期入所生活介護事業所（ユニット型以外）と特養（ユニット型）が併設している場合の夜勤職員について、一定の要件の下で、兼務を認めてはどうか。

対応案

- 短期入所生活介護事業所と特養が併設され、入居者の処遇に支障がないことを前提に、職員1人あたりの短期入所生活介護事業所（ユニット型以外）と特養（ユニット型）の利用者数の合計が20人以内である場合には、夜勤職員について兼務を認めてはどうか。

※逆の場合（短期入所生活介護事業所（ユニット型）と特養（ユニット型以外））も同様の取扱いとしてはどうか。

特養との併設型における短期入所生活介護の夜勤職員の配置

<具体的イメージ>

○ 特養（ユニット型）と短期入所生活介護（ユニット型以外）が併設されている場合の例

	本体特養(ユニット型)	併設ショートステイ
3階	10人	
2階	9人	3人（多床室）
1階	10人	

- 現在は夜勤職員を計3名配置する必要。
- ・ 特養 = 2ユニットごとに1人 → 3ユニット → 2名
 - ・ ショートステイ = 利用者25人につき1人 → 3人 → 1名 計3名
- 改正後は、計2名となる。

短期入所生活介護の夜勤職員の配置基準

夜勤職員の基準(満たさない場合は減算)

単 独 型	単独型短期入所生活介護 (ユニット型以外)	短期入所生活介護の利用者数	夜勤を行う介護職員・看護職員数
		25人以下	1
		26人以上60人以下	2
		61人以上80人以下	3
		81人以上100人以下	4
		101人以上	4に利用者数が100を超えて25または端数を増すごとに1を加えた数
	単独型ユニット型 短期入所生活介護	2のユニットごとに夜勤を行う介護職員または看護職員数が1	
併 設 型	特養の空床利用および 併設事業所のうち、併設本 体施設が指定介護老人福 祉施設・地域密着型介護老 人福祉施設であるもの	短期入所生活介護の利用者数 ＋特養の入所者数	夜勤を行う介護職員・看護職員数
		25人以下	1
		26人以上60人以下	2
		61人以上80人以下	3
		81人以上100人以下	4
		101人以上	4に利用者数が100を超えて25または端数を増すごとに1を加えた数
	上記以外の併設事業所	短期入所生活介護の利用者数	併設本体施設として必要とされる夜勤を行う介護職員・看護職員数に加えて
		25人以下	1
		26人以上60人以下	2
		61人以上80人以下	3
		81人以上100人以下	4
		101人以上	4に利用者数が100を超えて25または端数を増すごとに1を加えた数
	併設型ユニット型 短期入所生活介護	2のユニットごとに夜勤を行う介護職員または看護職員数が1	

※夜勤時間帯は、午後10時～翌日午前5時までの時間帯を含む連続する16時間で、事業所ごとに設定。

特定施設入居者生活介護の 報酬・基準について

これまでの議論における主な意見について

＜幅広い状態の入居者を受け入れている特定施設の介護報酬上の評価のあり方について＞

- 他の介護施設、医療機関との役割分担が必要。
- 地域の市区町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等と連携し、地域から信頼される開かれた施設となるとともに、適切な医療提供が可能となるような体制とすることが必要。
- 特定施設における看取りは重要になってくるので、適切な評価が必要。看取りに取り組むのであれば、QOLを保つための医療的な処置を適切に行いながら看取りを行う必要がある。
- 他の介護施設との役割分担を踏まえた上で、特定施設が自宅での生活が困難な方の受け皿として自立支援や重度化防止、医療・介護の連携などに取り組んでいる実態を踏まえた評価をすべき。

＜特定施設入居者生活介護における短期利用の要件のあり方について＞

- 現行の入居定員の10%以内という制限で十分。
- 本来利用者の利用が妨げられることのないように留意して議論することが必要。
- 都市部でのショートステイの受け入れ先の確保、在宅生活を支える資源、介護者や家族の負担軽減として有用であり、柔軟に活用できるとよい。
- 空き部屋を利用して行うものであり、通常入居者の生活に影響を与えたり、本来目的の利用が控えられることにはならないと考えられるので緩和してもよいのではないか。
- 要件緩和の必要性やメリット・デメリットを整理した上で検討すべき。

※ 第146回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国軽費老人ホーム協議会から、「特定施設入居者生活介護の報酬の維持確保」、「管理栄養士による専門的な栄養管理に対する加算」、高齢者住まい事業者団体連合会から、「介護報酬基本単位の維持・向上」、「総合力（自立支援から認知症ケア・看取りまで）を評価する加算制度の創設」、「介護事業経営実態調査結果の慎重な活用」、「都市部の介護人材確保のための地域区分単価の引き上げ」、「個別機能訓練加算の要件緩和」、「夜間看護体制加算の拡充等」、「医療機関連携加算の拡充等」、「認知症専門ケア加算の要件緩和」、「看取り介護加算の要件緩和等」、「退院受入れの促進のための初期加算の創設」、「介護予防・重度化予防のインセンティブ」、「ICT、センサー、ロボット等の活用の推進」、「事務負担の軽減」について要望があった。

入居者の医療ニーズへの対応について

論点 1

- 特定施設に入居する者のうち、4割程度は病院等の医療機関を退院して入居する者であるが、医療機関を退院して特定施設に入居する場合、特定施設における生活に円滑に移行するため、当該入居者が入院していた病院との連携や特定施設内において当該入居者を受け入れるための調整などが必要となる。
- また、特定施設においては、日常的にたんの吸引や経管栄養の管理などの医療的ケアを必要とする利用者を受け入れている実態もあり、これらの利用者が人生の最期まで特定施設に住み続けられる環境を整備することも必要である。
- 上記を踏まえ、医療機関を退院した者を受け入れる場合の医療機関との連携等（対応案①）や、たんの吸引などの医療的ケアの提供（対応案②）を推進することとしてはどうか。

入居者の医療ニーズへの対応について

対応案

①退院時連携加算の創設

- 医療機関を退院した者を受け入れる場合の医療機関との連携等を評価する加算を創設し、次の要件を満たす利用者を受け入れた場合を評価することとしてはどうか。

【要件】

- ・ 病院等の医療機関を退院して特定施設に入居する利用者であること

【参考】初期加算（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護）の概要

＜算定要件＞

- ・ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症GHに入所・入居した場合に入所・入居した日から起算して30日以内の期間に限り算定できる

②医療的ケア提供体制加算の創設

- たんの吸引などの医療的ケアの提供を行う特定施設に対する評価を創設し、次の要件を満たす場合に評価することとしてはどうか。

【要件】

- ・ 介護福祉士の数が、入居者数に対して一定割合以上であること。
- ・ たんの吸引等が必要な入居者の占める割合が一定数以上であること。

【参考】日常生活継続支援加算（介護老人福祉施設）の概要（抄）

＜算定要件＞

- ・ 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ・ たんの吸引等を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上であること。

入居の状況

- 介護付き有料老人ホームに入居する者のうち、4割程度は病院等の医療機関を退院して入居する者となっている。

介護付き有料老人ホーム		介護老人福祉施設		介護老人保健施設	
入居		入居		入居	
自宅	41.5%	家庭	35.1%	家庭	31.1%
住宅型有料・サ付き	2.6%	介護老人福祉施設	3.3%	介護老人福祉施設	0.9%
介護付き有料・サ付き	4.5%	その他の社会福祉施設	6.7%	その他の社会福祉施設	1.1%
軽費・養護	0.5%	介護老人保健施設	18.1%	介護老人保健施設	2.7%
認知症GH	0.8%	医療機関	17.6%	医療機関	51.2%
特養	1.0%	その他	4.6%	その他	2.6%
老健施設	6.3%	不詳	14.6%	不詳	10.3%
介護療養型医療施設	0.4%				
病院・診療所	40.0%				
その他	2.5%				

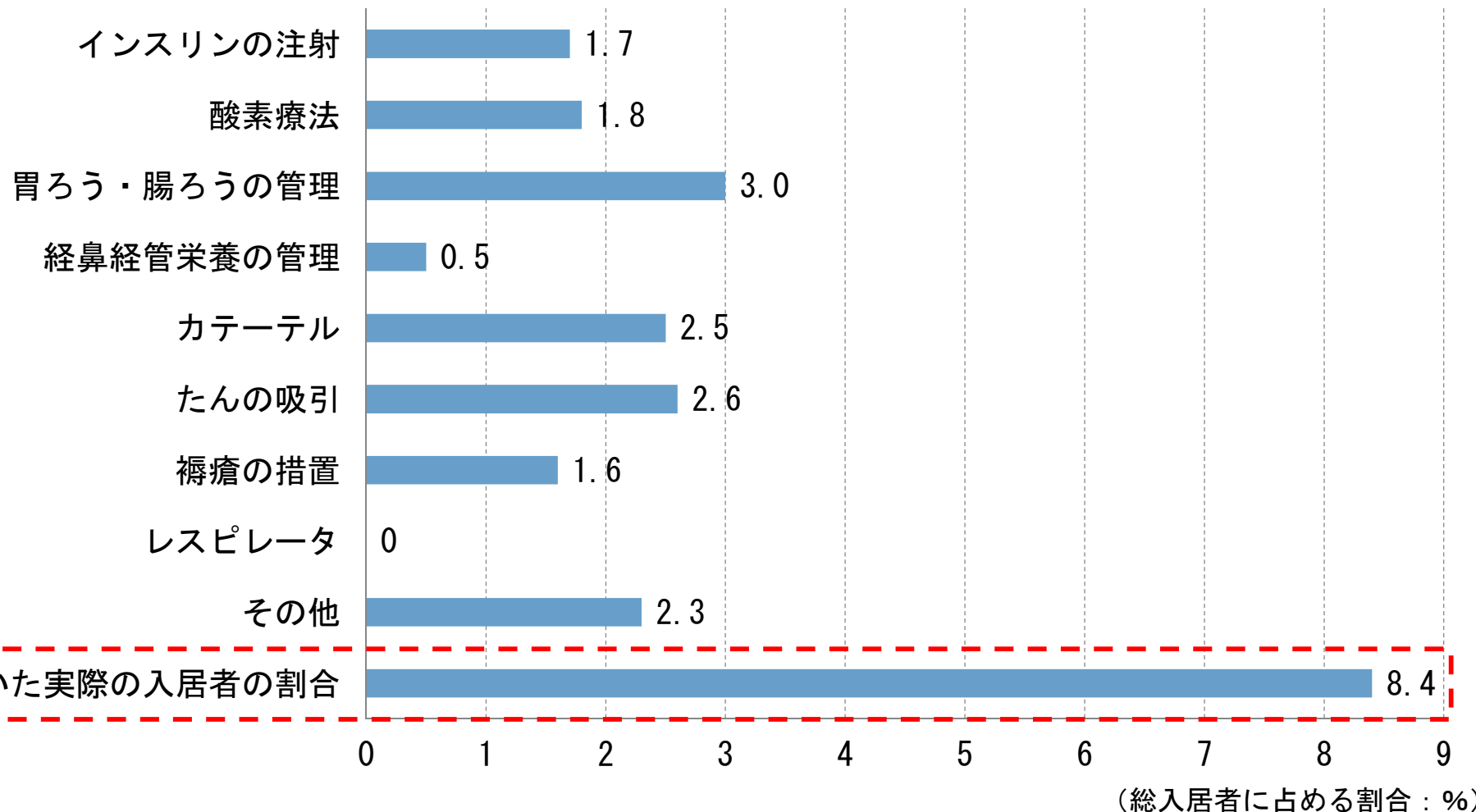
(出典) 介護付き有料老人ホームは、平成28年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究」
(株式会社野村総合研究所)

介護老人福祉施設、介護老人保健施設は、平成28年度「介護サービス施設・事業所調査」

医療的ケアを要する入居者の状況

- 介護付き有料老人ホームの総入居者のうち、胃ろう・腸ろうの管理が必要な入居者の割合は3.0%、経鼻経管栄養の管理が必要な入居者の割合は0.5%、たんの吸引が必要な入居者の割合は2.6%、その他何らかの医療処置を要する入居者の割合は8.4%となっている。

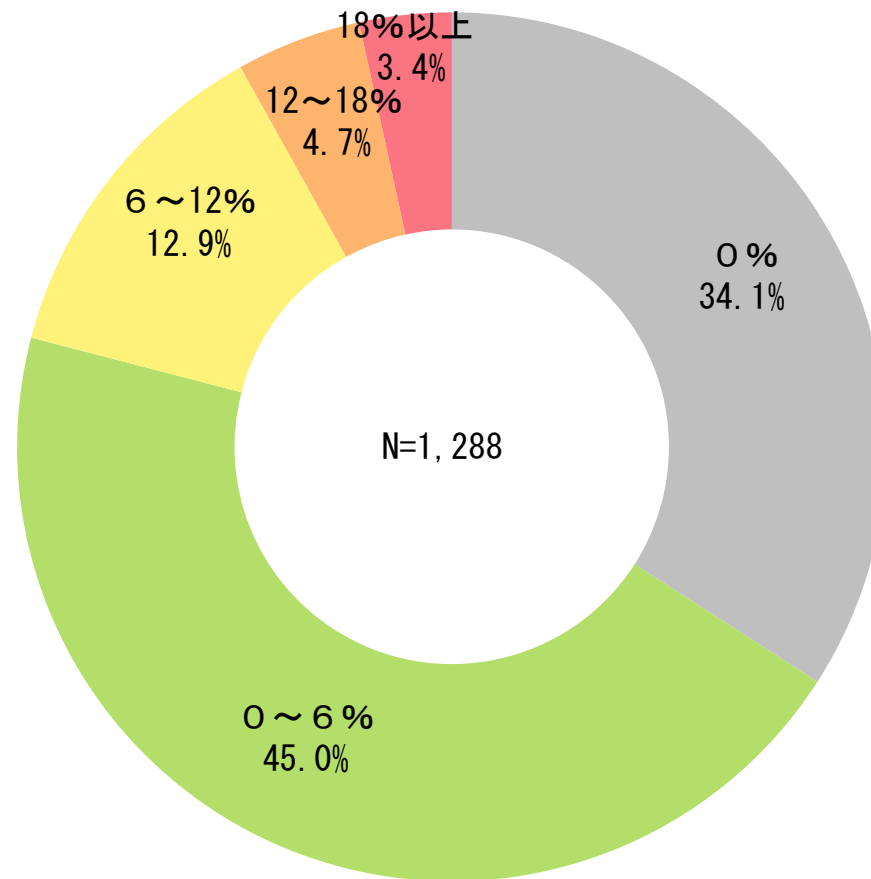
医療処置を要する入居者の状況



たんの吸引等を必要とする入居者の受け入れ状況

- たんの吸引、胃ろう・腸ろうの管理、経鼻経管栄養の管理を必要とする入居者を一定程度受け入れている事業所もある。

各事業所における入居者のうちたんの吸引、胃ろう・腸ろう又は経鼻経管栄養の管理
を必要とする利用者の割合



短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限の見直し

論点 2

- 短期利用特定施設入居者生活介護の利用者は、当該特定施設の入居定員の10%以下とされている。
- 内閣府の規制改革会議からは、この利用者数の上限の基準の在り方について検討を行い結論を得るよう、指摘を受けているところ。
- 利用者数の上限の見直しについては、空室利用やレスパイトケアの観点からメリットがある一方、入居者の生活への影響や本来利用者の入居への影響などデメリットも考えられる。
- その一方で、入居定員が10人に満たない事業所においては、入居定員の10%が1に満たないことから、短期利用特定施設入居者生活介護の利用者を受け入れられない状況となっている。
- このため、入居定員が10人未満の事業所における短期利用の受け入れを可能とする観点から、受け入れ人数の上限の基準を見直してはどうか。

短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限の見直し

対応案

- 短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限について、次のとおり見直してはどうか。

【基準】

- ・ 1 または定員の10%までとする。

【基準】 現行の要件

- ・ 定員の10%まで

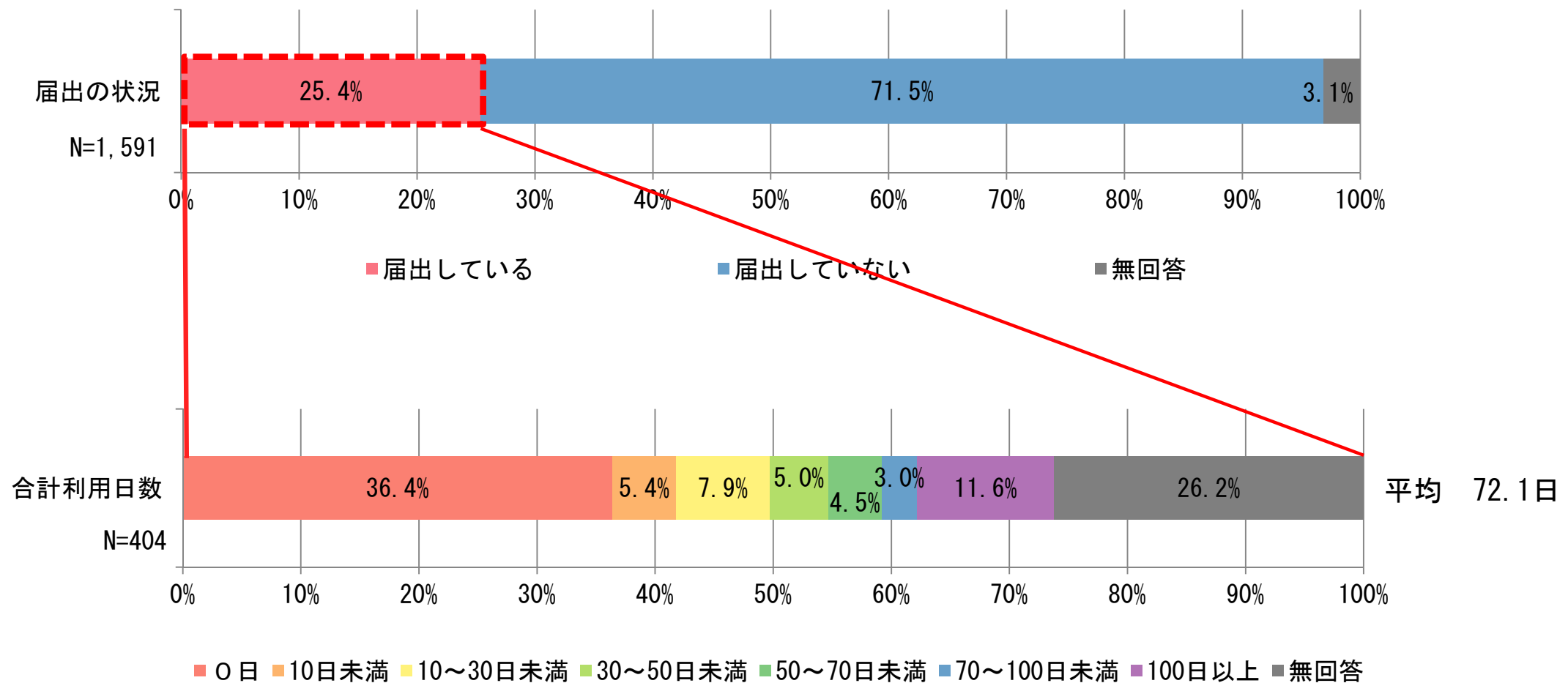
■規制改革実施計画（平成27年6月30日閣議決定）

【空室を利用したショートステイサービスの要件の見直し】

特定施設のショートステイの利用状況や介護付有料老人ホーム等の事業者の意向も踏まえて、特定施設のショートステイ利用者率に関する基準の在り方について検討し、結論を得る。（平成29年度検討・結論）

短期利用特定施設入居者生活介護の利用状況

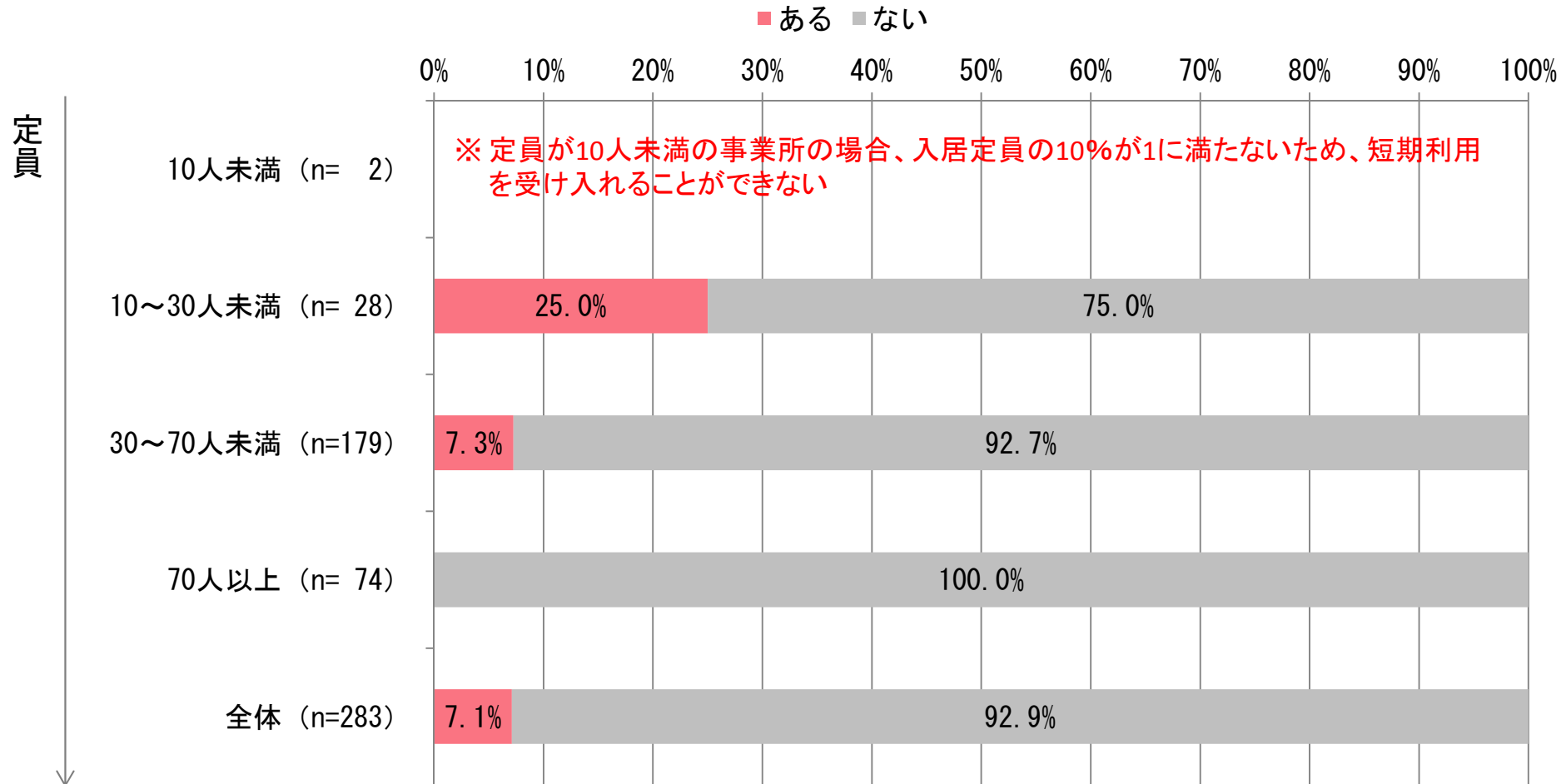
- 短期利用特定施設入居者生活介護の「届出をしている」のは25.4%である。
- 合計利用日数は1事業所当たり平均72.1日である。



短期利用の受け入れ上限まで受け入れたことのある事業所の割合

- 入居定員が比較的少ない特定施設（70人未満程度）においては、短期利用の受け入れ上限（入居定員の1割）まで短期利用の入居者を受け入れたことがある
- 一方、10人未満の事業所においては、入居定員の1割が1人に満たないため、短期利用が利用できない状況にある

短期利用の入居定員まで受け入れたことのある事業所の割合



基準見直しのメリットとデメリット

- 短期利用の受け入れを行ったことのある事業者からは、基準の見直しに対してメリット、デメリットそれぞれの意見があった。

メリット	デメリット
○ 空室を有効利用できる ○ レスパイトケアに協力できる ○ 安定的な経営につながる ○ 地域との連携がより密になる	○ 本来入居者の入居・サービス利用が阻害される恐れがある ○ 本来入居者が落ち着かず、不安定になる ○ 利用者の入退去が増えるため、職員の負担が大きい

定員を理由に断ったことの有無と要件緩和の希望の状況

- 短期利用の上限まで受け入れたことのある事業者のうち、基準の緩和を希望するのは3分の1程度となっている。

受け入れ上限まで利用者を受け入れたことの有無と緩和希望の有無

