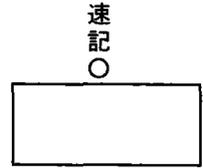
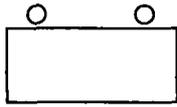


# 第77回社会保障審議会介護給付費分科会

日時 平成23年7月28日(木) 13:30~16:30

場所 グランドアーク半蔵門(華の間(3階))



大池 大森 大島 田中 田中 馬  
 西田 分科会 島分科会 中(滋) 中(雅) 袋  
 委 委 会 長代理 委員 委員 委  
 員 員 長 理 員 員 員

関係者

関係者

勝田委員 ○  
 木村委員 ○  
 久保田委員 ○  
 高智委員 ○  
 木間委員 ○  
 小林委員 ○  
 齋藤(訓)委員 ○  
 齋藤(秀)委員 ○  
 佐藤委員 ○  
 志賀委員 ○  
 (代理野口参考人)  
 篠原委員 ○  
 武久委員 ○  
 千田介護保険指導室長 ○

○福田委員  
 ○藤原委員  
 ○三上委員  
 ○村上委員  
 ○村川委員  
 ○山田委員  
 ○浜村意見陳述人  
 ○半田意見陳述人  
 ○中村意見陳述人  
 ○深浦意見陳述人  
 ○木村意見陳述人  
 ○山下意見陳述人  
 ○秋山意見陳述人  
 ○高橋企画官

○川又振興課長  
 ○古川介護保険計画課長  
 ○宇都宮老人保健課長  
 ○宮島老健局長  
 ○大塚副大臣  
 ○金谷審議官  
 ○大澤総務課長  
 ○千葉認知症対策室長

事務局

記者 傍聴者

## 社会保障審議会介護給付費分科会(第77回)議事次第

日時：平成23年 7月28日(木)  
13時30分から16時30分まで  
於：グラントーク半蔵門(華の間(3階))

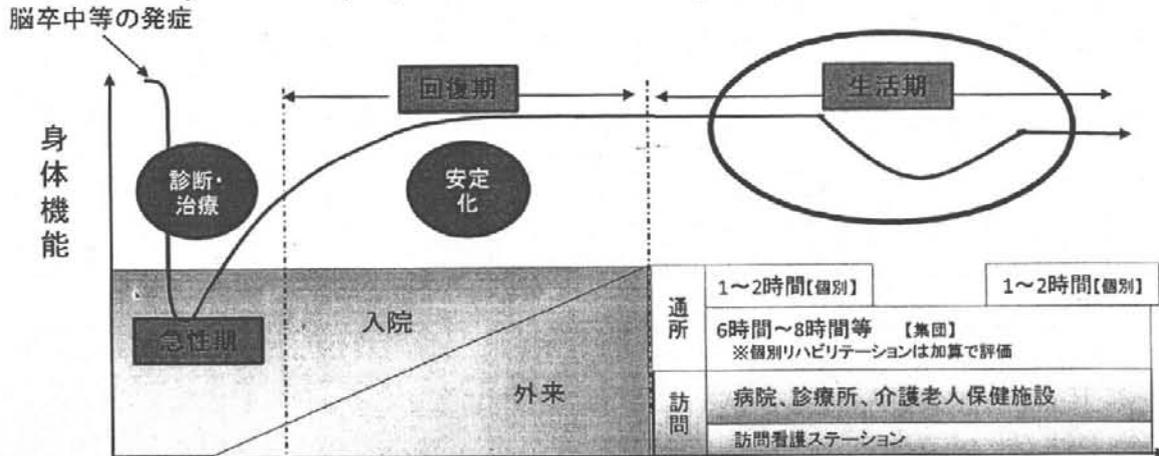
### 議 題

1. リハビリ・軽度者(予防給付)について
2. 福祉用具について
3. 地方分権一括法の成立・公布に伴う基準省令改正について
4. その他

# リハビリ・軽度者(予防給付)について

# (1) リハビリについて

## リハビリテーションの役割分担



	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる 廃用症候群の 予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成される チームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所)日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

# 介護保険制度におけるリハビリテーションの位置づけ

## 介護保険法 第一条

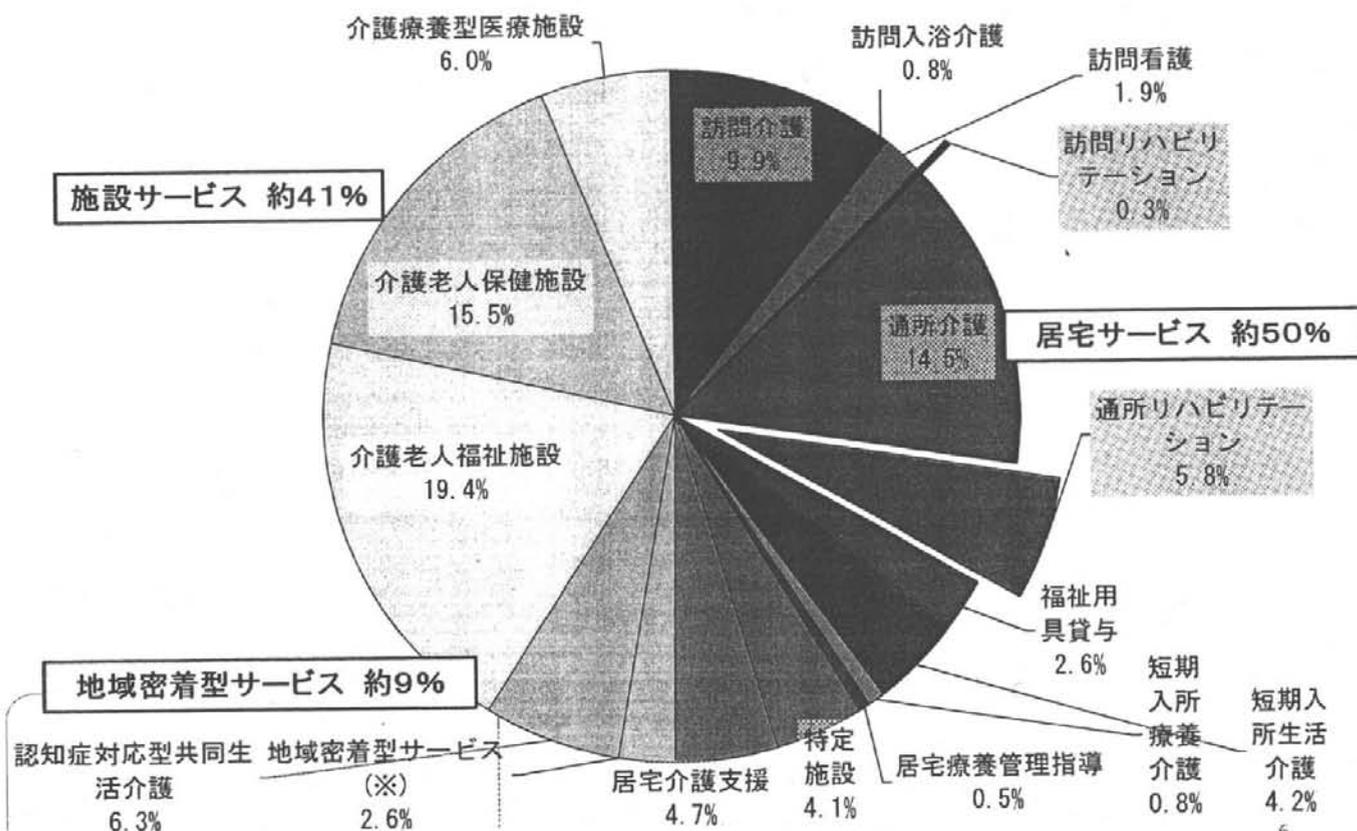
この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

## 介護保険法 第四条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

5

## 介護サービス種類別の給付費について



※認知症対応型共同生活介護を除く

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成21年度)

# リハビリテーション専門職の勤務状況について

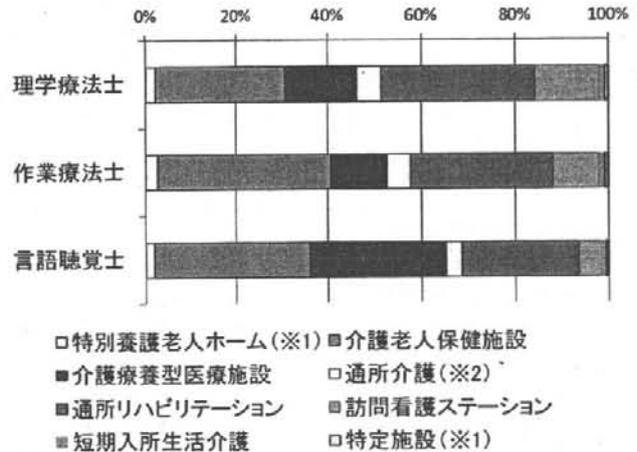
- 約3万人のリハビリテーション専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)が介護保険サービスに従事している。
- 介護老人保健施設及び通所リハビリテーションに多く分布している。

表.介護保険サービスにおける常勤換算従事者数

[単位:人]

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	総数
計	16793	11120	2005	29918
特別養護老人ホーム(※1)	387	304	40	731
介護老人保健施設	4761	4227	683	9671
介護療養型医療施設	2611	1332	582	4525
通所介護(※2)	892	554	67	1513
通所リハビリテーション	5500	3390	505	9395
訪問リハビリテーション	(データなし)			
訪問看護ステーション	2280	1066	94	3440
短期入所生活介護	229	158	22	409
短期入所療養介護	(データなし)			
特定施設(※1)	133	89	12	234

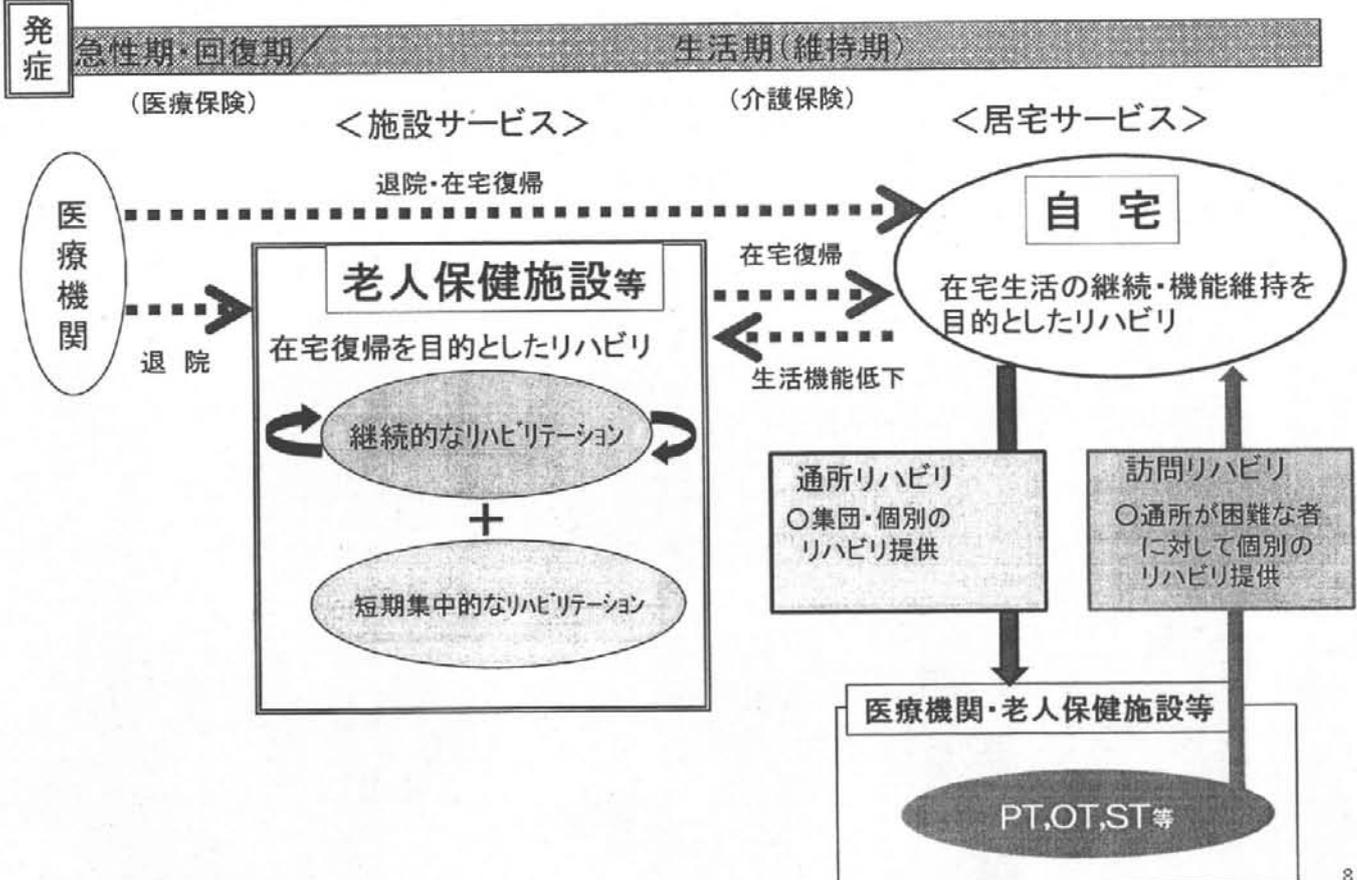
図.資格毎の勤務場所の分布



注1:回収率はサービス種別毎に異なる  
 注2:(※1)地域密着型サービスを含む  
 注3:(※2)認知症対応型通所介護を含む  
 注4:訪問リハビリテーション・短期入所療養介護はデータ無し

出典:厚生労働省「介護サービス施設事業所調査」(平成21年度)

## 介護保険におけるリハビリテーションの提供イメージ



# 介護老人保健施設における リハビリテーション

## 介護老人保健施設について

### (定義)

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第25項)

### (基本方針)

第一条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所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こととともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号))



○在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設  
○リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

# 介護老人保健施設とリハビリテーション

## ○介護老人保健施設におけるリハビリテーションの提供について

介護老人保健施設は、入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行わなければならない。(注1)



- ・介護老人保健施設の入所者に対する機能訓練については、医師、理学療法士若しくは作業療法士、言語聴覚士の指導のもとに計画的に行う
- ・訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにする
- ・機能訓練は、入所者1人について、少なくとも週2回程度行うこととする(注2)

注1)平成11年3月31日厚令40「介護老人保健施設の人員、施設および設備並びに運営に関する基準」

注2)平成12年3月17日老企44「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」

11

## 介護老人保健施設のリハビリテーション職種の配置について①

### 1. 配置基準

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上

### 2. 配置状況(全体)

全国平均では、定員100人当たり約3人の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が配置されている。

	常勤換算従事者数	1施設当たり 常勤換算従事者数	定員100人当たり 常勤換算従事者数
理学療法士	4,761	1.4	1.5
作業療法士	4,227	1.2	1.3
言語聴覚士	683	0.2	0.2
計	9,671	2.8	3.1

## 介護老人保健施設のリハビリテーション職種の配置について②

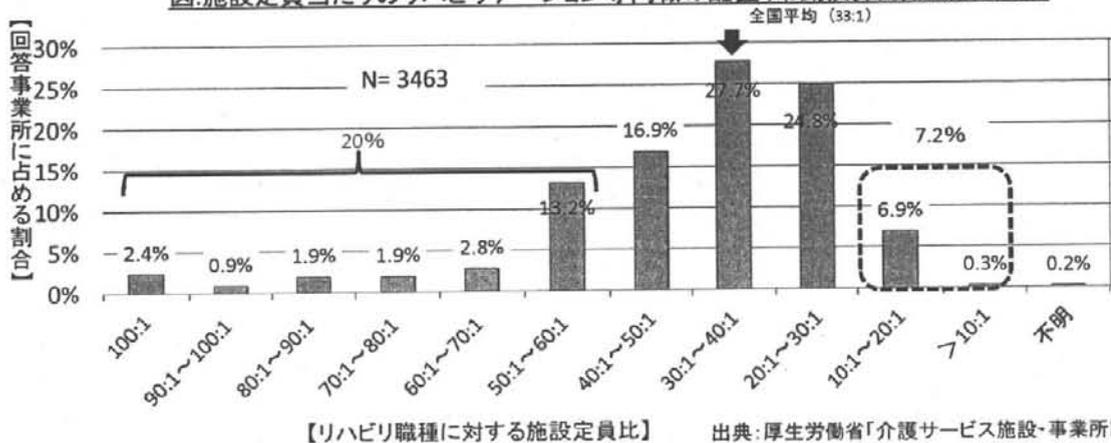
### 3. 配置状況(施設別)

- ・定員当たりの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、施設間でばらつきがある。
- ・計算上、入所者全員に1回20分以上の個別リハビリテーションを週2回行う場合に必要人数※1に満たない施設は、約20%。
- ・また、回復期リハビリテーション病棟の人員基準※2と同程度以上に配置している施設は約7%あった。

※1:従事者1人当たり1日18回(1回20分以上)個別リハビリテーションを提供した場合、常勤換算で45:1(定員100人当たり2.3人)

※2:回復期リハビリテーション病棟の配置基準は、60床を標準とする病棟において専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上

図.施設定員当たりのリハビリテーション専門職の配置(常勤換算)数別施設分布



## 介護老人保健施設の併設事業所の状況

- 介護老人保健施設であって、訪問リハビリテーション事業所を併設している施設は16%であり、通所リハビリテーション事業所を併設している施設は63%である。

併設事業所	施設数	割合
総数	3463	100%
介護老人福祉施設	334	10%
介護老人保健施設	688	20%
介護療養型医療施設	312	9%
介護療養型以外の病院・診療所	1075	31%
訪問介護事業所	777	22%
訪問看護ステーション	900	26%
訪問リハビリテーション事業所	565	16%
通所介護事業所	502	14%
通所リハビリテーション事業所	2170	63%
短期入所療養介護事業所	1938	56%
居宅介護支援事業所	2463	71%
認知症対応型共同生活介護事業所	567	16%

# 通所リハビリテーション

## 通所リハビリテーションの施設基準等

開設者	老健・病院・診療所(病院・診療所は法人格不要)		
		診療所 (利用者人数が同時に10人以下の場合)	
設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の部屋等</li> <li>・3㎡×利用定員(老健の場合:食堂の面積を加えても可)</li> </ul>		
人員配置	医師	専任・常勤:1人以上	専任:1人以上 (医師1人に1日48名以内)
	看護職員 介護職員 PT・OT・ST	利用者10人に対し、専従で1人以上	専従で1人以上
		専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、STが、利用者100人に対し、1人以上	専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、ST又はリハに1年以上従事した経験のある看護師が、常勤換算で0.1人以上
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                 ※ 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについては、定期的に適切な研修を修了している看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ師をPT等を含めることができる             </div>			

# 通所リハビリテーションの利用状況

○ 通所リハビリテーションの受給者数、請求事業所数は、近年では横ばいである。

図1. 通所リハビリテーションの請求事業所数の推移

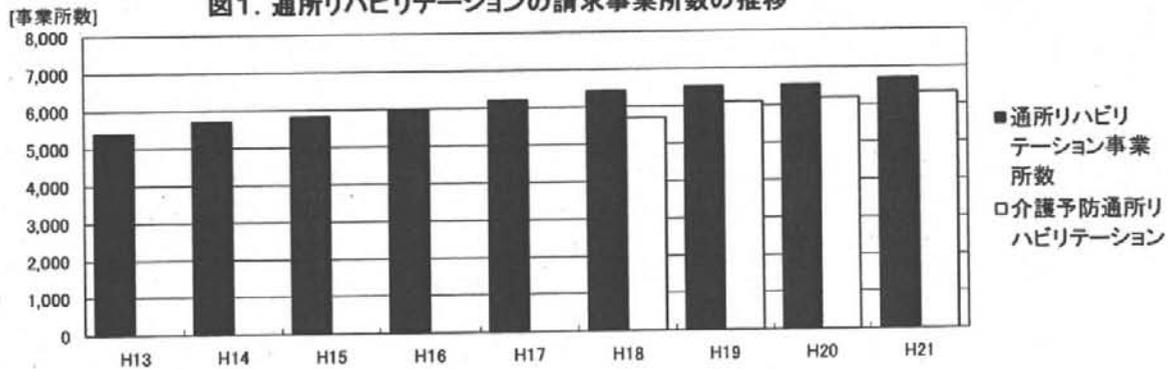
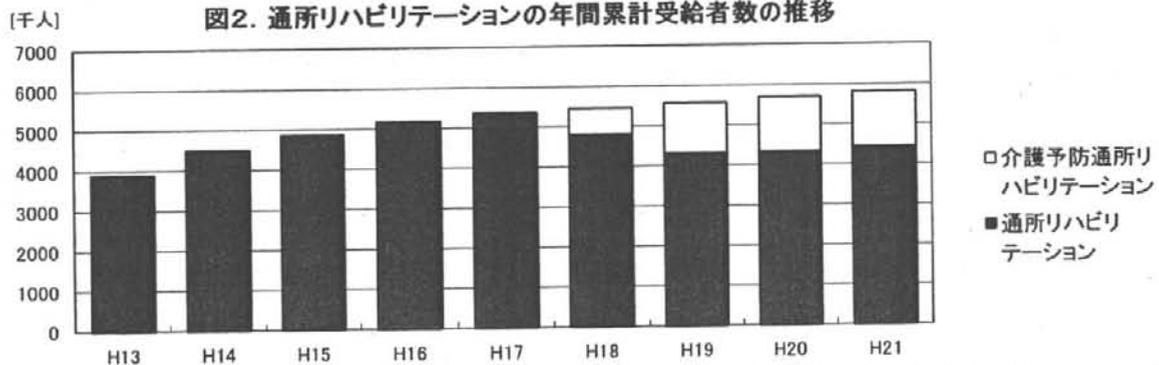


図2. 通所リハビリテーションの年間累計受給者数の推移



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

## 通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価(イメージ)

退院(所)日等:	～1ヶ月	1～3ヶ月	3ヶ月～															
1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション※1 (短時間個別)	短期集中リハ※2 280単位/日 [40分×2日/週以上]	短期集中リハ※3 140単位/日 [20分×2日/週以上]																
	リハビリテーションマネジメント加算※5 230単位/月																	
通常の通所リハビリテーション (長時間滞在)	短期集中リハ※2 280単位/日 [40分×2日/週以上]	短期集中リハ※3 140単位/日 [20分×2日/週以上]	個別リハ※4 80単位/日															
	リハビリテーションマネジメント加算※5 230単位/月																	
	1回 20分以上の個別リハに係る評価を包括																	
	1時間～2時間未満※1 要介護1 270単位 ～ 要介護5 390単位																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>要介護1</th> <th>～</th> <th>要介護5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3時間～4時間未満</td> <td>386単位/日</td> <td>～</td> <td>694単位/日</td> </tr> <tr> <td>4時間～6時間未満</td> <td>515単位/日</td> <td>～</td> <td>955単位/日</td> </tr> <tr> <td>6時間～8時間未満</td> <td>688単位/日</td> <td>～</td> <td>1303単位/日</td> </tr> </tbody> </table>				要介護1	～	要介護5	3時間～4時間未満	386単位/日	～	694単位/日	4時間～6時間未満	515単位/日	～	955単位/日	6時間～8時間未満	688単位/日	～
	要介護1	～	要介護5															
3時間～4時間未満	386単位/日	～	694単位/日															
4時間～6時間未満	515単位/日	～	955単位/日															
6時間～8時間未満	688単位/日	～	1303単位/日															

個別リハに係る加算  
本体報酬

※1: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る。(平成21年度改定で新設。個別リハ加算は算定できない)  
 ※2: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。  
 ※3: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。  
 ※4: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。月13回まで。  
 ※5: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

# 通所リハビリテーションの所要時間について

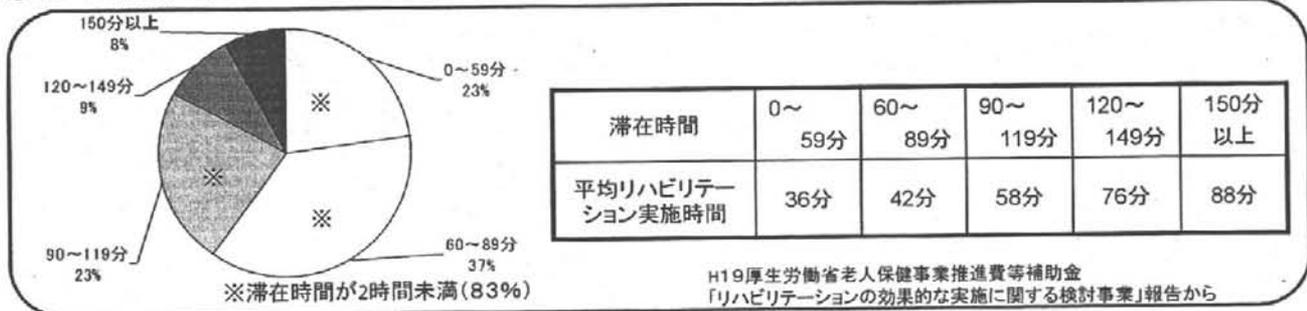
- 通所リハビリテーションと通所介護は、利用者の所要時間は同程度である。
- 医療機関の外来でリハビリテーションを受ける場合の滞在時間は概ね2時間以内である。

通所介護と通所リハビリテーションの所要時間別利用回数の割合

所要時間	通所介護	通所リハビリテーション
1時間以上～2時間未満	—	0.6%
2時間以上～3時間未満	0.5%	0.6%
3時間以上～4時間未満	2.2%	3.0%
4時間以上～6時間未満	12.0%	11.3%
6時間以上～8時間未満	84.5%	84.3%
8時間以上～9時間未満	0.4%	0.2%
9時間以上～10時間未満	0.4%	0.1%

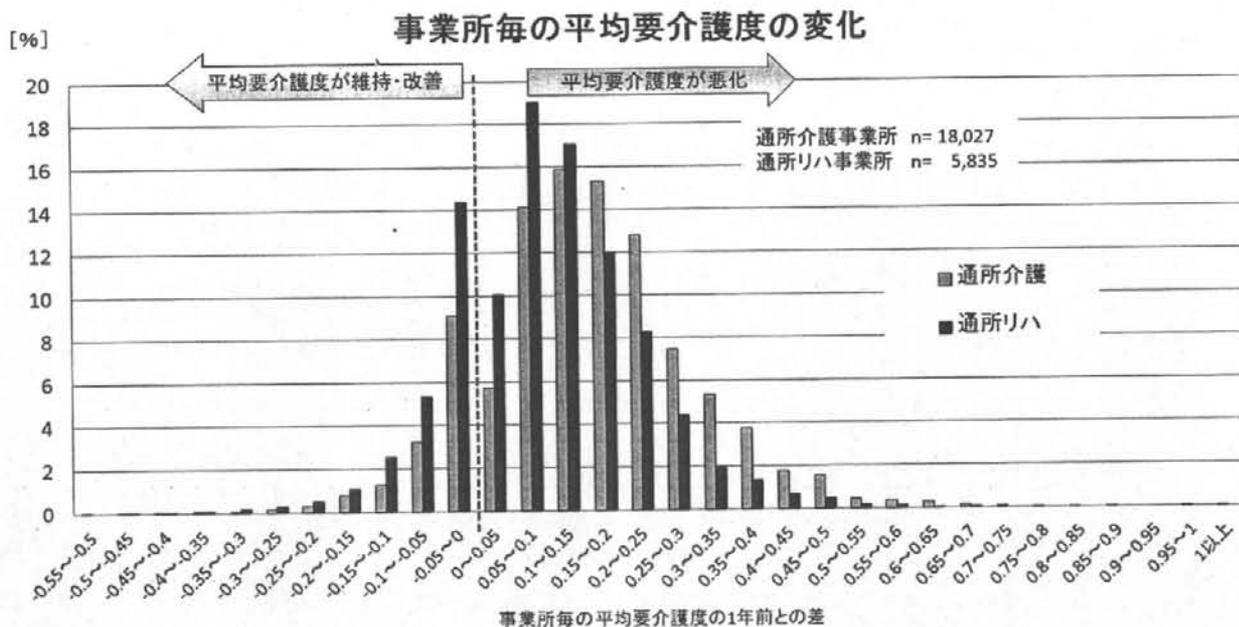
出典：介護給付費実態調査(平成21年度)

(参考) 医療機関の外来リハビリテーションを受けている者が医療機関に滞在している時間



## 通所リハビリテーションと通所介護における事業所毎の1年間の平均要介護度の変化

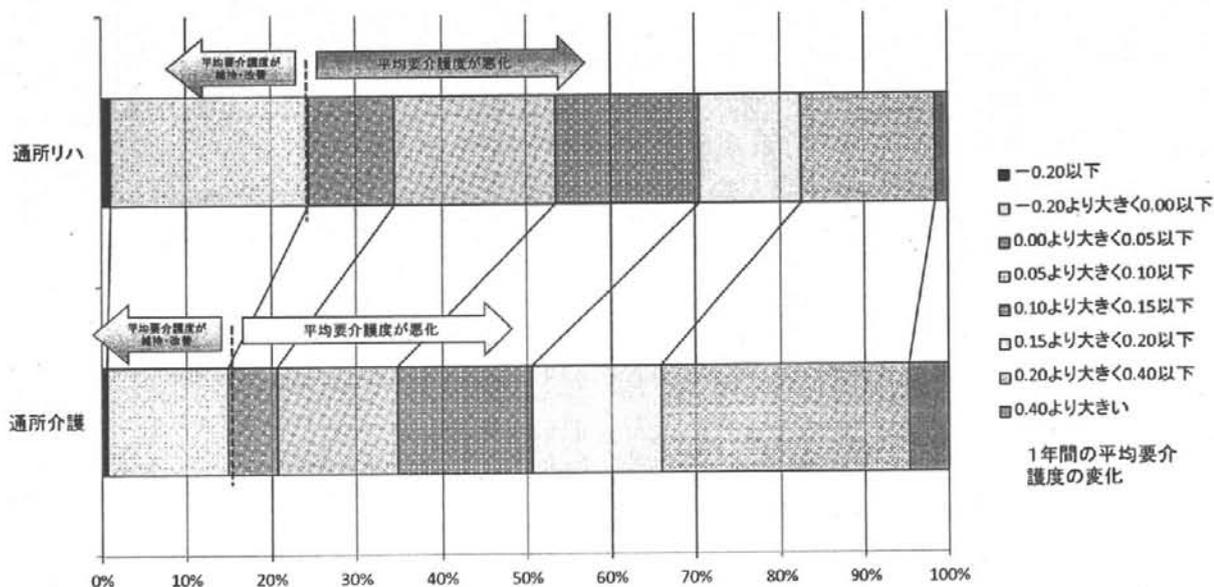
- 1年間の平均要介護度の差については、改善している事業所と悪化している事業所のばらつきが大きい。



注)対象事業所：1年前と1年後で、同じ利用者が10事例以上ある事業所。出典：介護給付費実態調査(平成20年5月審査分、平成21年4月審査分)

# 通所リハビリテーションと通所介護における事業所毎の1年間の平均要介護度の変化

○通所リハビリテーションは通所介護と比べ平均要介護度が改善している事業所の割合がやや大きい。



通所介護事業所 n=18,027  
通所リハ事業所 n=5,835

21

注)対象事業所:1年前と1年後で、同じ利用者が10事例以上ある事業所。

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成20年5月審査分、平成21年4月審査分)

## 通所リハビリテーションのリハビリテーション職種の配置について①

### 1. 配置基準

専らリハビリテーションの提供に当たる専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等が、利用者100人に対し、1人以上

### 2. 配置状況(全体)

全国平均では、利用定員100人当たり約7.9人の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が配置されている。

	常勤換算従事者数	1施設当たり 常勤換算従事者数	利用定員100人当たり 常勤換算従事者数
理学療法士	5500	0.9	4.6
作業療法士	3390	0.6	2.9
言語聴覚士	505	0.1	0.4
計	9395	1.5	7.9

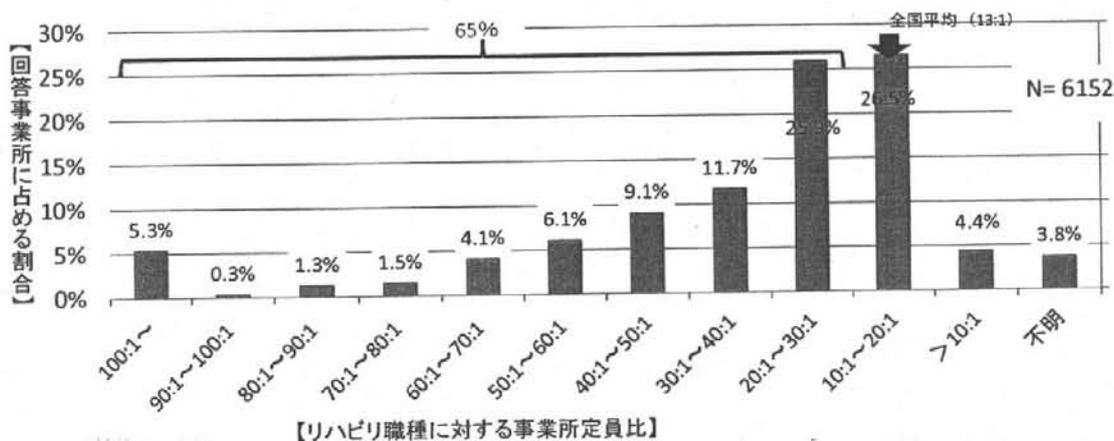
## 通所リハビリテーションのリハビリテーション職種の配置について②

### 3. 配置状況(事業所別)

- ・定員当たりの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、施設間でばらつきがある。
- ・計算上、定員全員に1回20分以上の個別リハビリテーションを行う場合に必要な人数※に満たない施設は、約65%。

※：従事者1人当たり1日18回(1回20分以上)個別リハビリテーションを提供した場合、常勤換算で18:1(定員100人当たり5.6人)

図.事業所定員当たりのリハビリテーション専門職の配置(常勤換算)数別施設分布



出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査(平成21年度)」

### (参考)通所リハビリテーションに係る調査の概要

○ 通所リハビリテーションの実態を把握するため、以下の調査を実施している。

#### 【目的】

通所リハビリテーション及び通所介護におけるサービス提供の実態を把握する。

#### 【調査対象】

通所リハビリテーション事業所、通所介護事業所

#### 【調査時期】

平成23年7月

#### 【内容】

- ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の職員配置体制の調査
- ・個別リハビリテーション及び機能訓練の提供実態調査 等

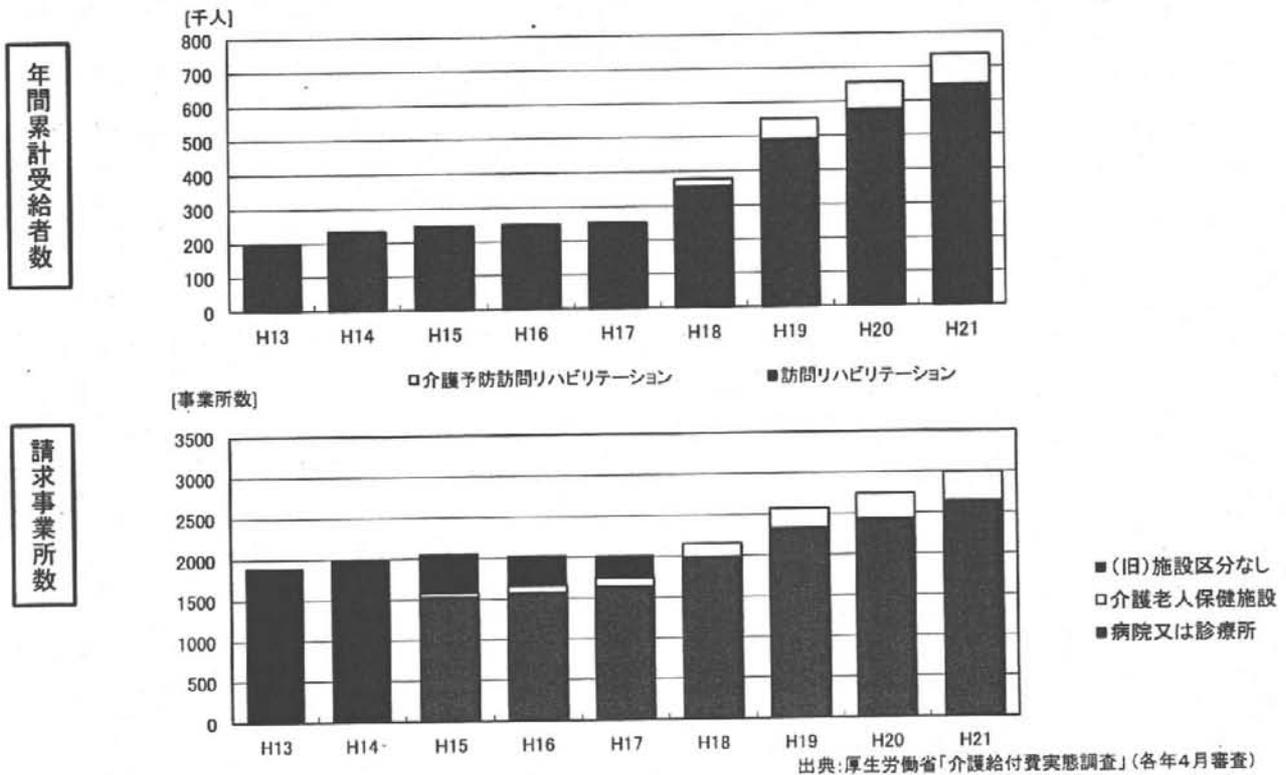
# 訪問リハビリテーション

## 訪問リハビリテーションの施設基準等

	訪問リハビリテーション	訪問看護による理学療法士等の訪問 (訪問看護ステーションの場合)
開設者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院、診療所(みなし指定)</li> <li>・介護老人保健施設</li> </ul>	法人
人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者……常勤・専従の保健師又は看護師</li> <li>・保健師、看護師又は准看護師 ……2.5人以上(常勤換算)</li> <li>・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数</li> </ul>
設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の運営に必要な広さの区画</li> <li>・訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な広さを有する専用の事務室</li> <li>・訪問看護の提供に必要な設備及び備品等</li> </ul>

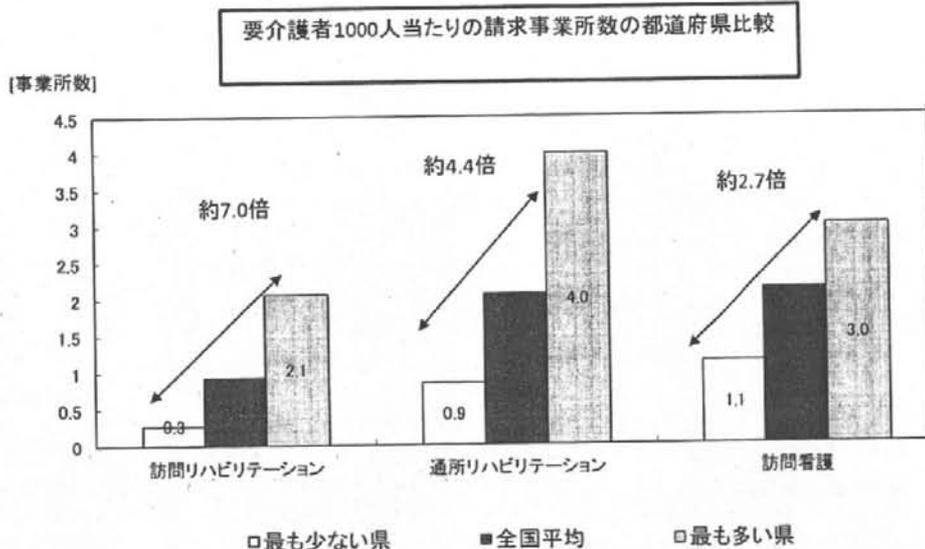
# 訪問リハビリテーションの利用状況

○ 訪問リハビリテーション(予防も含む)の受給者数、事業所数は増加傾向で推移。



# 訪問リハビリテーションの利用状況と課題

○ 1000人当たりの事業所は、都道府県ごとに設置状況に差がある。



# その他の介護保険サービスにおける リハビリテーション・機能訓練

## 利用サービス毎のリハビリテーションの保険給付の状況

生活の場		保険給付されるリハビリテーション							
施設等の類型		リハビリ職種等の 配置基準	医療保険			介護保険			
			疾患別 リハ <sup>1</sup>	その他 <sup>2</sup>	訪問 リハ <sup>3</sup>	施設内リハ	通所 リハ	訪問 リハ	
自宅		—	○ <sup>4</sup>	○ <sup>4</sup>	×	—	○	○	
小規模多機能型居宅介護		—	○ <sup>4</sup>	○ <sup>4</sup>	×	〔機能訓練が基本施設サービス費に包括〕	×	○ <sup>5</sup>	
特定施設	外部サービス利用型以外	機能訓練指導員 <sup>6</sup> 1以上	○	○	×	〔機能訓練が基本施設サービス費に包括〕	×	×	
	外部サービス利用型	—	○ <sup>4</sup>	○ <sup>4</sup>	×	—	○	○	
特定施設以外の福祉施設・高齢者住宅		—	○ <sup>4</sup>	○ <sup>4</sup>	×	—	○	○	
認知症対応型共同生活介護		—	○	○	×	—	×	×	
介護保険施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	機能訓練指導員 <sup>6</sup> 1以上	○	○	—	〔機能訓練が基本施設サービス費に包括〕	×	×	
	介護老人保健施設	介護療養型 従来型	PT、OT、ST 100:1以上	△ <sup>7</sup>	△ <sup>8</sup>	—	基本施設サービス費に包括	×	×
	介護療養型医療施設	PT、OT: 適当数	×	△ <sup>9</sup>	—	特定診療費(出来高)	×	×	

1. 心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション  
 2. 摂食機能療法、難病患者リハビリテーション料等  
 3. 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料  
 4. 同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から1ヶ月を経過した日以後は算定不可  
 5. 居宅に訪問した場合に限る(小規模多機能型居宅介護事業所に訪問した場合は算定不可)  
 6. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者  
 7. 脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションは算定できない  
 8. 摂食機能療法、摂食訓練は算定できない  
 9. 機能訓練及び難病患者リハビリテーション料に限り算定できる(認知症病棟の病床を除く。) 30

## リハビリテーション関連サービス以外のサービスにおける リハビリテーション専門職の配置等の評価について

サービス類型	配置基準	主な加算・要件等【配置に係る要件部分を抜粋】
訪問介護	—	(なし)
訪問看護	—※	(なし)
通所介護	△	◇個別機能訓練加算(Ⅰ) [27単位/日] 1日に120分以上、専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること等 ◇個別機能訓練加算(Ⅱ) [42単位/日] 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること等
短期入所生活介護	△	◇機能訓練指導員の加算 [12単位/日] ・常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること ・機能訓練指導員を常勤換算方法で100:1以上配置していること等
短期入所療養介護	介護老人保健施設	○ ◇リハビリテーション機能強化加算 [30単位/日] ・常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を1名以上配置していること ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を常勤換算方法で50:1以上配置していること等
	医療機関	○ 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を2名以上配置していること等 [35単位/回] ※それぞれ、特定診療費としての理学療法(Ⅰ)、作業療法、言語聴覚療法を行った場合に限る。
居宅療養管理指導	—	(なし)
認知症対応型共同生活介護	—	(なし)
小規模多機能型居宅介護	—	(なし) ※機能訓練指導員:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者
特定施設入居者生活介護	△	◇個別機能訓練加算 [12単位/日] 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること等
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	△	◇個別機能訓練加算 [12単位/日] 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員を1名以上配置していること等
介護療養型医療施設	○	常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を2名以上配置していること等 [35単位/回] ※それぞれ、特定診療費としての理学療法(Ⅰ)、作業療法、言語聴覚療法を行った場合に限る。

【配置】 ○:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置基準あり、△:機能訓練指導員の配置基準あり、—:いずれも配置基準なし  
※訪問看護ステーションについては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数配置

## 地域包括ケアを支えるリハビリテーションの在り方について

### 地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)

#### 【リハビリテーション関連部分抜粋】

- リハビリテーションについては、PT・OT等の専門職が直接サービス提供するだけでなく、利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハビリテーション計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を導入したり、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導したりすることによって自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る。
- 「維持期リハビリテーション」という言葉を「生活期リハビリテーション」に改めて、自己能力を活用し、在宅生活を自立して過ごせるようにするためのサービスであることを広く国民に徹底する。

# 平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」(抜粋)

## Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

### 1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備(地域包括ケアシステムの構築)

#### (1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

##### (リハビリテーションの推進)

○ リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。

○ しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。

そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。

○ さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

33

## 主な論点

1. リハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点をどのように整備・推進していくのか。
2. 通所リハビリテーションにおいて提供サービスが通所介護と類似しているという指摘があるが、サービス提供のありかたについてどう考えるのか。
3. 訪問リハビリテーションの果たすべき役割についてどう考えるのか。また、リハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種との関わり方などについてどう考えるのか。
4. 論点1-3においてリハビリテーションの量とともに質をどのように担保すべきか。

34

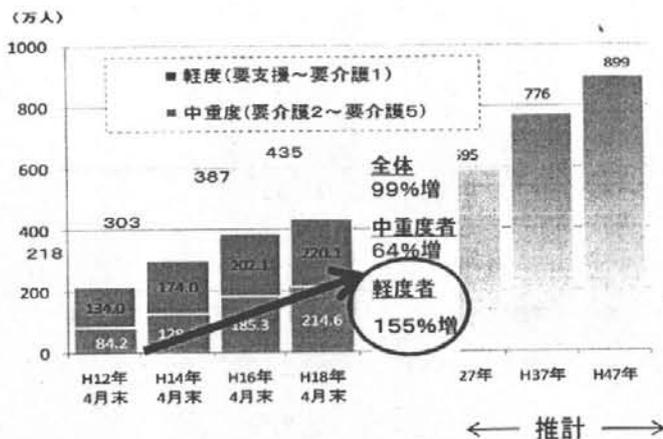
## (2) 軽度者（予防給付）について

### 介護予防導入の経緯（平成18年度創設）

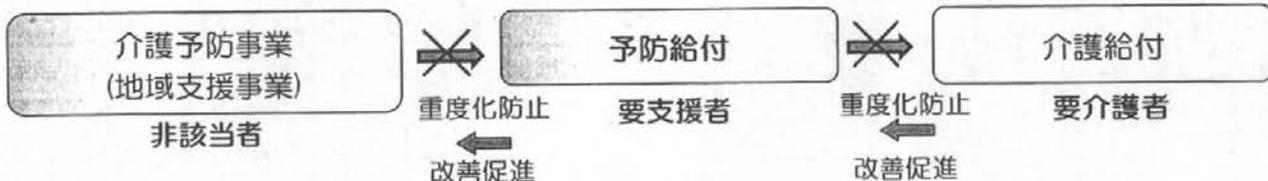
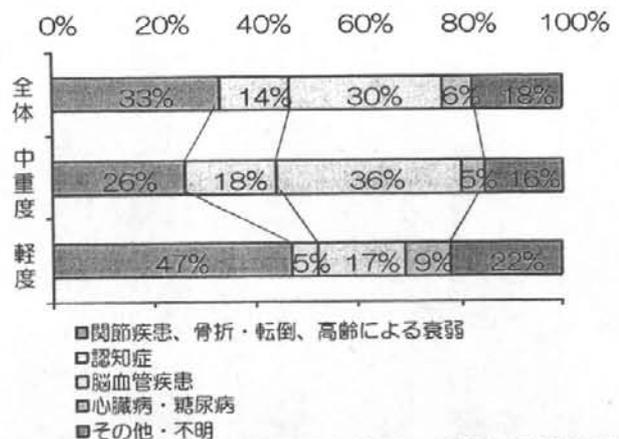
- 軽度の認定者（要支援・要介護1）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！

要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



# 平成18年度導入時の予防給付に関する基本的な考え方

(H17介護給付費分科会介護予防WTIにおける検討結果等より抜粋)

介護保険制度の基本理念である「自立支援」の視点に立ち、①できるだけ高齢者が要支援・要介護状態にならないようにすること、また、②軽度者については、重度化を防ぐことが重要であり、こうした観点から、制度全体を介護予防を重視したシステムとしていくことが必要。

- ◆ 新予防給付における主なサービスと考えられる「介護予防通所介護」「介護予防通所リハビリテーション」、「介護予防訪問介護」を中心に検討
- ◆ 新予防給付のサービスは、日常生活の活発化に資する通所系サービスを中心として、生活機能の向上を図ることが基本的な利用形態
- ◆ 介護予防訪問介護は、生活機能の改善を図りつつ、利用者ができる行為は利用者が行うことを基本に提供

# 平成21年度改定時の予防給付に関する基本的な考え方

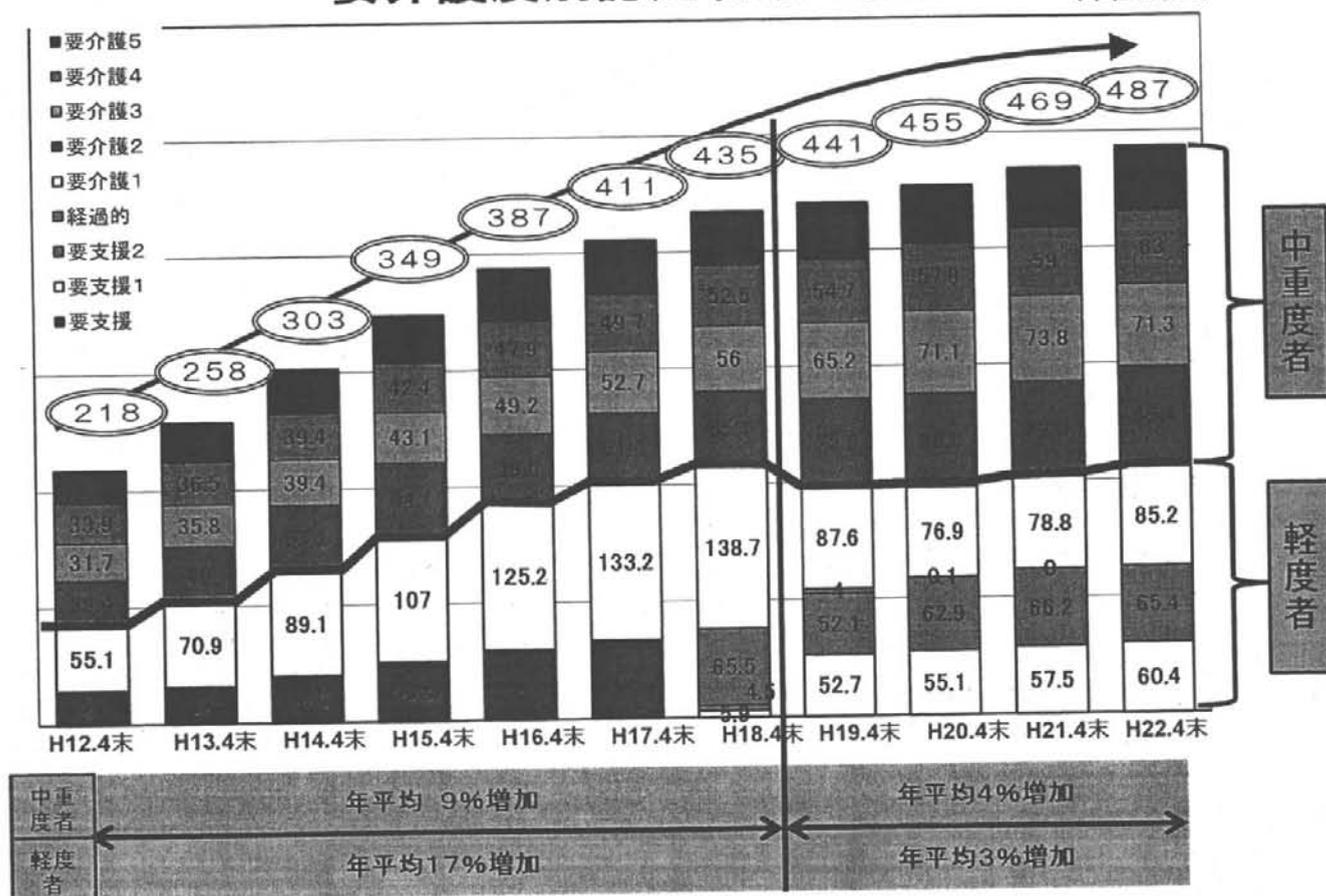
(H21介護報酬改定に関する審議報告より抜粋)

- ◆ 平成18年度からの新サービスについて、効果、効率性、普及・定着度合い等を把握し、より効果なサービスの在り方について検討を行う。

37

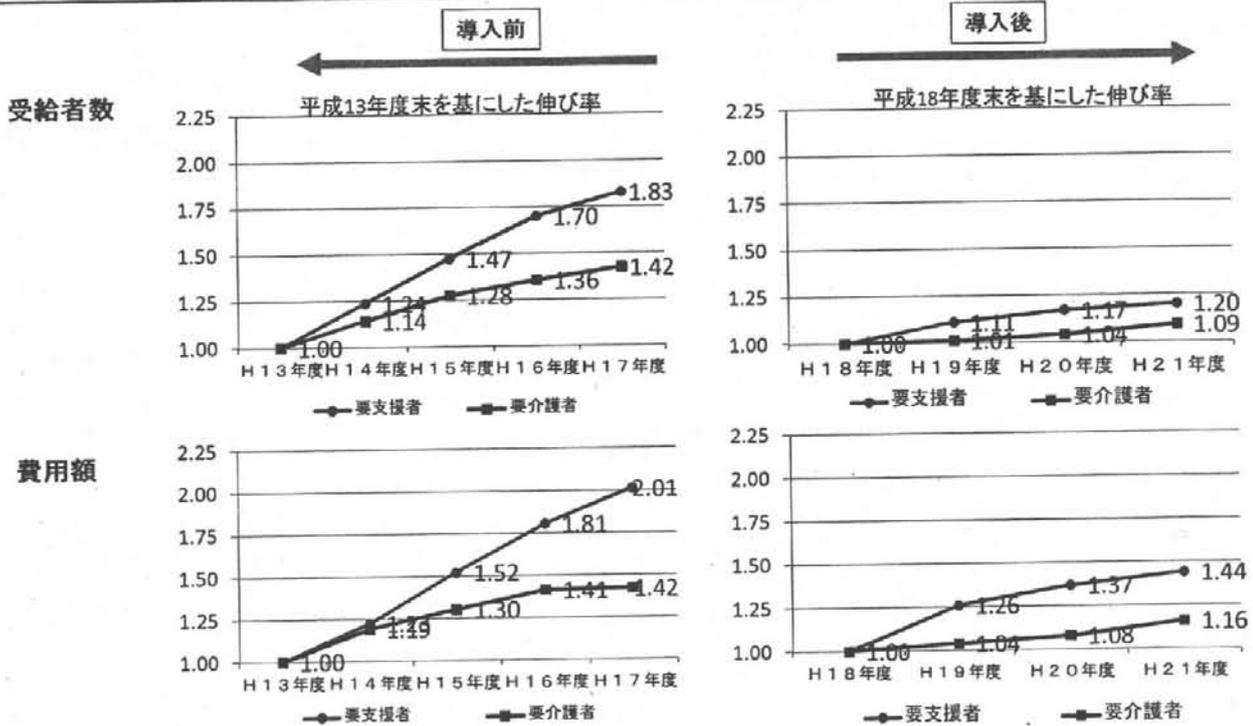
## 要介護度別認定者数の推移

(単位:万人)



# 平成18年度の予防給付導入前後の要支援・要介護別の受給者数及び費用額の伸び

要支援・要介護別の受給者数と費用額の伸びは、平成18年度の予防給付導入後、要支援及び要介護のいずれも、ゆるやかな伸びとなっている。



資料出所:厚生労働省「介護給付費実態調査」

## 予防重視型システム導入後の課題

### 課題

平成18年度以降、軽度の認定者数、サービス受給者数、費用額は、ゆるやかな上昇に転じているものの、今後さらなる高齢化の進展とともに、再び増加率の上昇が見込まれるため、予防給付の効果を更に高めることが求められる。

### 予防給付の主な論点

予防重視型システム導入時の基本理念に立ち、比較的軽度のうちに、状態の改善を図るサービスの提供の在り方について検討すべきではないか。

## 予防給付のサービスの種類

<div data-bbox="119 324 534 526" style="background-color: black; width: 100%; height: 100%;"></div> <div data-bbox="119 660 534 728" style="background-color: black; width: 100%; height: 100%; text-align: center; color: white; padding: 5px;">◎介護予防支援</div>	<p style="text-align: center;"><b>◎介護予防サービス</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="614 302 981 638" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）</li> <li>○介護予防訪問入浴介護</li> <li>○介護予防訪問看護</li> <li>○介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>○介護予防居宅療養管理指導</li> </ul> </div> <div data-bbox="997 302 1364 526" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防通所介護（デイサービス）</li> <li>○介護予防通所リハビリテーション</li> </ul> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>○特定介護予防福祉用具販売</li> <li>○介護予防福祉用具貸与</li> </ul> </div> <div data-bbox="997 638 1364 795" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p style="text-align: center;">【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>○介護予防短期入所療養介護</li> </ul> </div>
市町村が指定・監督を行うサービス	都道府県が指定・監督を行うサービス

41

## 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおける選択的サービス加算等について

介護予防通所介護費	要支援1 (1月につき2,226単位)	介護予防通所リハビリテーション費	要支援1 (1月につき2,496単位)
	要支援2 (1月につき4,353単位)		要支援2 (1月につき4,880単位)
アクティビティ実施加算	(1月につき 53単位を加算)	運動器機能向上加算	(1月につき 225単位を加算)
運動器機能向上加算	(1月につき 225単位を加算)	栄養改善加算	(1月につき 150単位を加算)
栄養改善加算	(1月につき 150単位を加算)	口腔機能向上加算	(1月につき 150単位を加算)
口腔機能向上加算	(1月につき 150単位を加算)		

○運動器機能向上加算 理学療法士等の関係職種が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

○栄養改善加算 低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

○口腔機能向上加算 口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等の関係職種が共同して利用者の口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

○アクティビティ実施加算 利用者に対して、計画的にアクティビティ(集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練をいう)を実施した場合に加算する。

42

## 事業所評価加算について

【事業所評価加算】 100単位/月

【要件】

1. 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを行っていること
2. 利用実人員数が10名以上であること
3. 以下の数式を満たすこと※

$$\frac{\text{要支援度の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内(前年の1~12月)に運動機能向上、栄養改善又は口腔機能向上サービスを3か月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

※平成21年度報酬改定における計算式は、全事業所の10%程度が加算を算定できる計算式を設定。

参考) 平成20年度までの計算式

$$\frac{\text{要支援度の維持者数} + (1\text{ランク改善者数}) \times 5 + (2\text{ランク改善者数}) \times 10}{\text{評価対象期間内(前年の1~12月)に運動機能向上、栄養改善又は口腔機能向上サービスを3か月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} > 2$$

43

## 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおける各種サービスの利用状況①

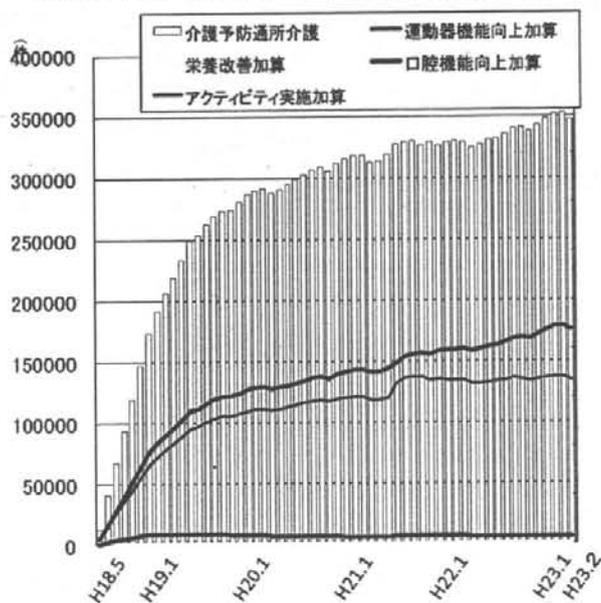
- 介護予防通所介護費を算定している事業所数のうち、運動器機能向上加算を算定している事業所の割合は45.1%であるのに対し、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している事業所は、0.2%、4.2%と低調である。
- 介護予防通所リハビリテーション費を算定している事業所においても、同様の傾向である。

	介護予防通所介護	介護予防通所リハ
算定事業所総数	24 926	6 436
アクティビティ実施加算 (割合)	12 503 (50.2%)	— —
運動器機能向上加算 (割合)	11 237 (45.1%)	5 486 (85.2%)
栄養改善加算 (割合)	57 (0.2%)	62 (1.0%)
口腔機能向上加算 (割合)	1 059 (4.2%)	415 (6.4%)
事業所評価加算 (割合)	2 041 (8.2%)	1 471 (22.9%)

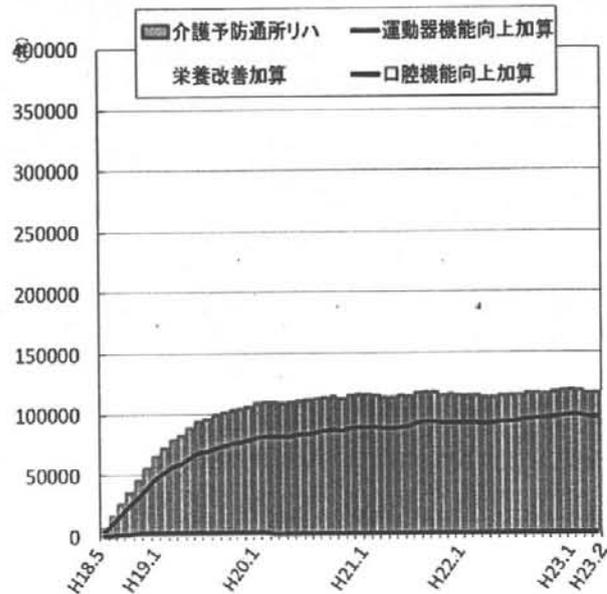
# 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおける各種サービスの利用状況②

○ 介護予防通所介護、介護予防通所リハの算定件数の増加に伴い、運動器機能向上加算、アクティビティ実施加算の算定件数は増加しているが、栄養改善加算・口腔機能向上加算の算定が低調である。

介護予防通所介護における算定件数の推移



介護予防通所リハにおける算定件数の推移



((出典)介護給付費実態調査)

## アクティビティ実施加算について

- アクティビティ実施加算は、利用者の心身の状況や希望等を踏まえて作成した計画に基づき、アクティビティ（集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練）を行った場合に算定できる。
- その効果について、評価等を求める規定は定められていない。

	アクティビティ 実施加算	運動器 機能向上加算	栄養改善加算	口腔 機能向上加算
サービス提供者 の条件	特になし	理学療法士等	管理栄養士等	言語聴覚士、歯 科衛生士等
計画作成の要 否	○	○	○	○
定期的な記録・ 評価の要否	×	○	○	○
その他	運動器機能向上・ 栄養改善・口腔機能 向上加算との同時 算定不可			

# 事業所評価加算の現状①

- 事業所評価加算の届出※を行っている事業所のうち、基準適合事業所として認められた事業所は約50%となっている。
- 介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションでは、介護予防通所リハビリテーションの方が基準に適合する事業所の割合が高い。

※選択的サービスの加算の届出を行い、介護予防通所サービスを提供している事業所において、翌年度から事業所評価加算を希望する場合には、届出を行う必要がある。

## ○届出事業所における、事業所評価加算の算定事業所と非算定事業所の割合

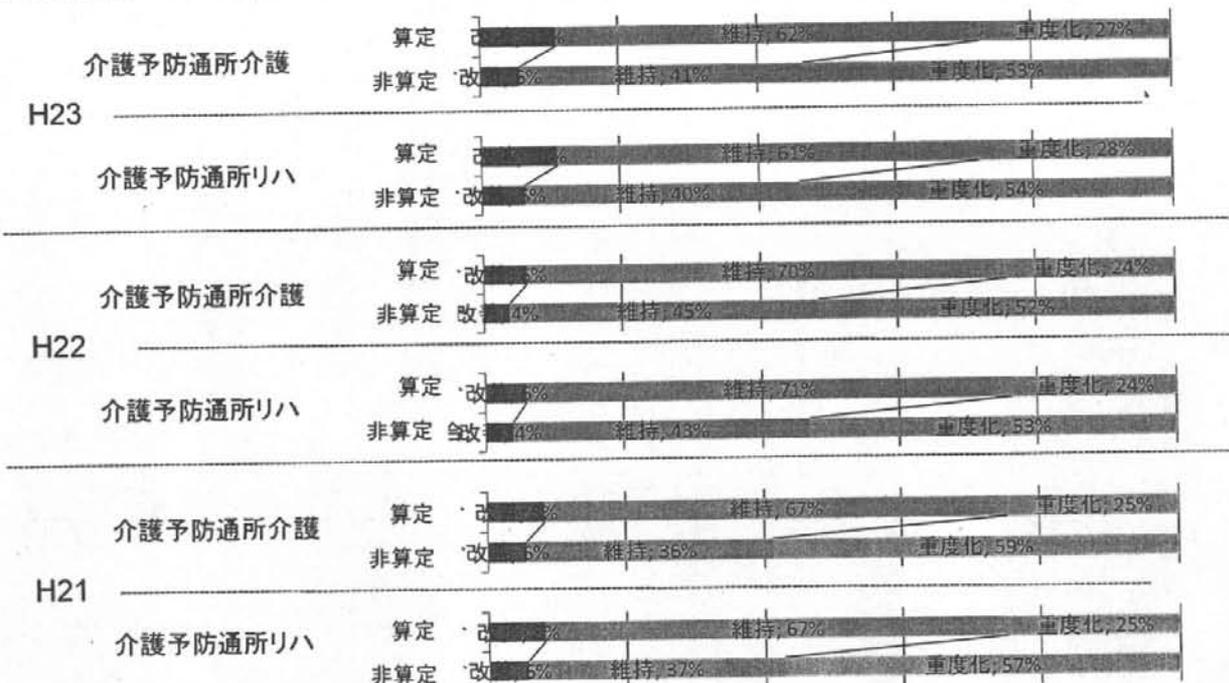
年度	介護予防通所介護		介護予防通所リハ		合計	
	算定事業所 (割合)	非算定事業所 (割合)	算定事業所 (割合)	非算定事業所 (割合)	算定事業所 (割合)	非算定事業所 (割合)
H23	5714	2453 (43%)	3261 (57%)	3154	1604 (51%)	1550 (49%)
H22	5413	2310 (43%)	3103 (57%)	3093	1595 (52%)	1498 (48%)
H21	6702	2368 (35%)	4334 (65%)	3789	1661 (44%)	2128 (56%)
H20	5675	53 (1%)	5622 (99%)	3231	44 (1%)	3187 (99%)
H19	5026	103 (2%)	4923 (98%)	2822	80 (3%)	2742 (97%)

(事業所評価加算算定基準適合一覧から集計)

# 事業所評価加算の現状②

- 事業所評価加算の算定事業所の評価対象受給者における要介護度の改善等の割合は、改善が1割、維持が6割、重度化が3割となっているが、不適合事業所(計算式が0.7以下)では、重度化が半数以上となっている。

## ○事業所評価加算の算定事業所と非算定事業所における改善等の割合



(事業所評価加算算定基準適合一覧から集計)

# 平成22年度財務省予算執行調査結果①

## 調査内容

身体介護を中心とした予防ケアプランを使用している利用者と生活援助を中心とした予防ケアプランを使用している利用者の、1年前から現在までの要支援度を比較。

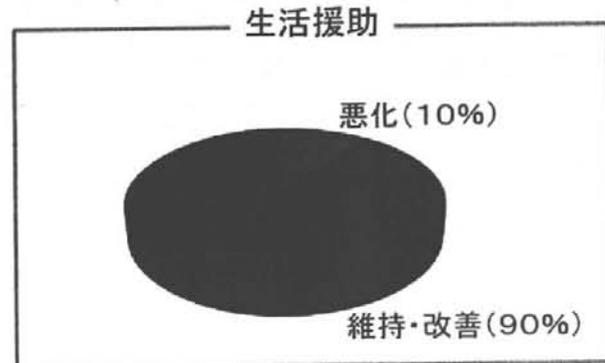
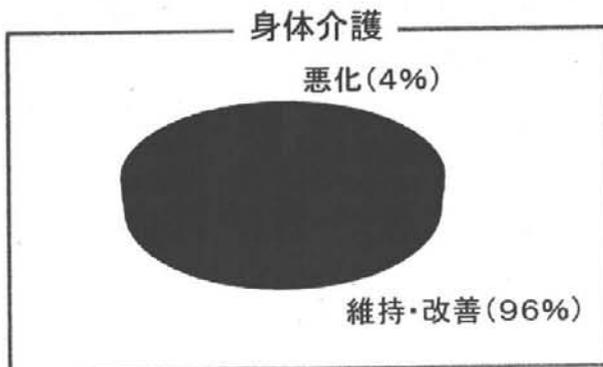
各利用者について、サービス行為内容別のサービス提供時間数と、当該サービスの目的(位置づけ)を先に調べた要支援度等の改善状況と対照し、分析する。

(対象調査件数 537件)

## 調査結果及びその分析

○主として身体介護をおこなっているもの=28件、生活援助をおこなっているもの=509件

○1年前と現在の要支援度を比較したところ、下記のとおり



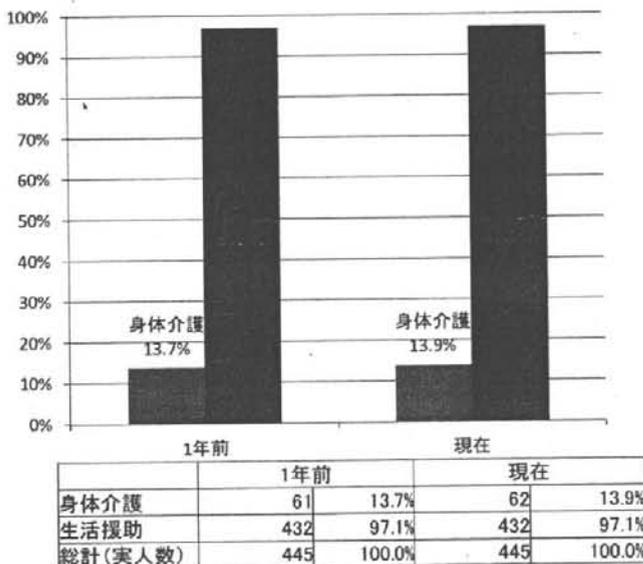
介護予防訪問介護で提供しているサービスの大半は、「掃除」「買い物」「調理」であった。  
(194件中120件「掃除」29件「買い物」19件「調理」)

平成22年度財務省予算執行調査 49

# 平成22年度財務省予算執行調査結果②

- 445名(男性63名、女性256名、不明126名)のデータを分析した。
- 身体介護は全体の約14%が利用、生活援助は約97%が利用していた。
- 介護予防訪問介護の提供時間に占める生活援助の割合は約93%となっている。

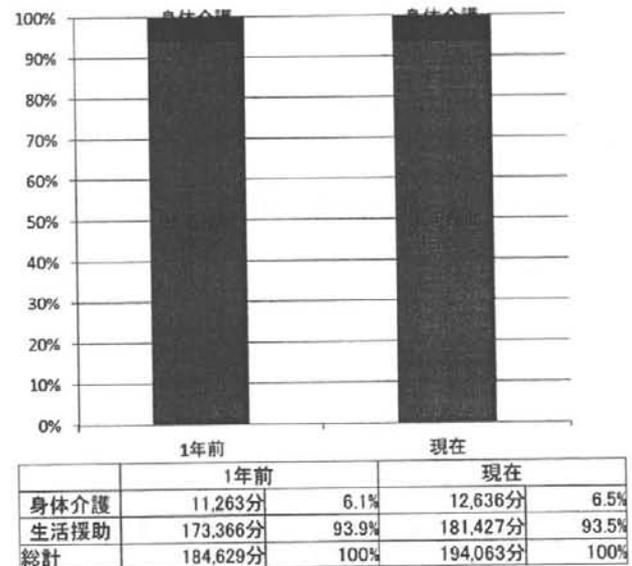
行為区分別利用者数



(参考) 1人当たり提供時間(実利用者ベース)

	1年前	現在
身体介護	3.1時間	3.4時間
生活援助	6.7時間	7.0時間

行為区分別提供時間数



(参考) 上記の時間換算

	1年前	現在
身体介護	188時間	211時間
生活援助	2,889時間	3,024時間

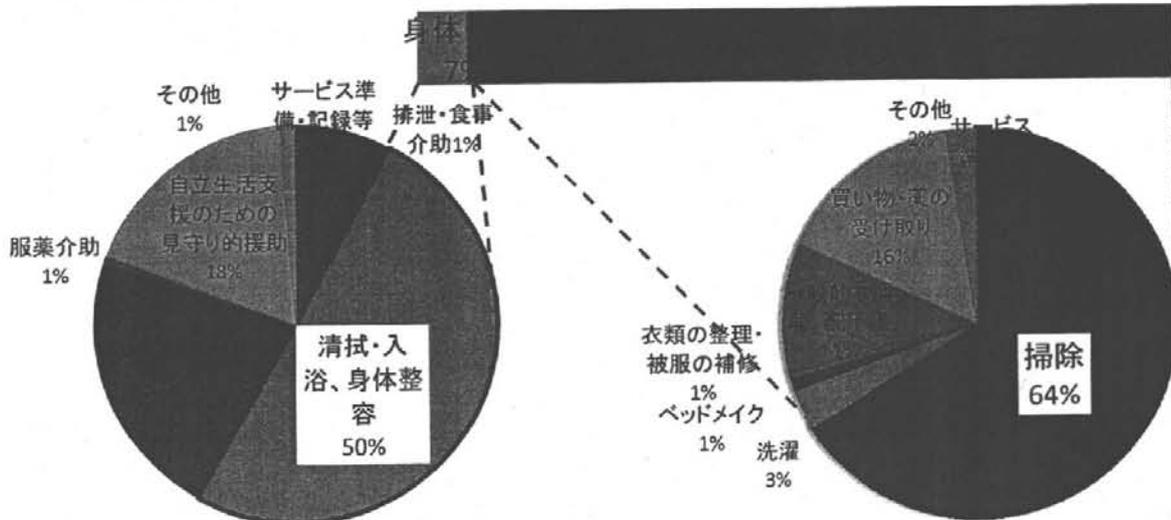
# 平成22年度財務省予算執行調査結果③

## 介護予防訪問介護の提供内容

- 生活援助が93%、身体介護が7%
- 生活援助は、「掃除」64% 「買い物・薬の受け取り」16% 「一般的な調理、配下膳」11%
- 身体介護は、「清拭・入浴・身体整容」が50%

利用者の状態像に見合った提供内容になっているか、介護予防訪問介護の実態把握を実施しているところ

介護予防訪問介護利用者(445名)における利用行為内容別の割合(利用時間で算出)

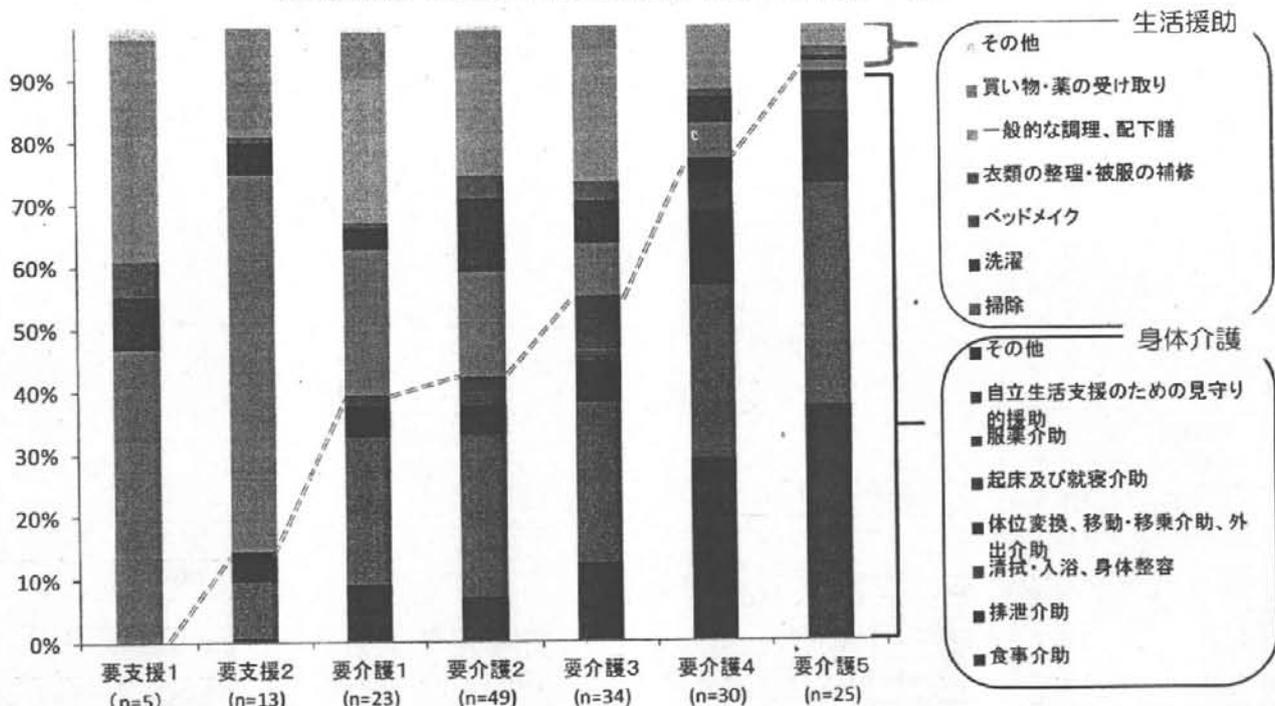


平成22年度財務省予算執行調査を老健局で再集計 51

## 要介護度別の訪問介護(身体介護・生活援助)の利用状況～行為別～

- 要支援者に対する訪問介護サービスのほとんどは生活援助であり、要介護1・要介護2の場合でも、身体介護よりも生活援助を実施している時間のほうが長くなっている。
- 軽度者については、掃除を行っている時間の割合が大きい。また、要支援者から要介護3の者までについては、調理・配下膳を行っている時間の割合が高い傾向にある。

要介護度別・行為別の介護時間(身体介護・生活援助)の構成比



(注) nはサンプル数を表す。  
 (資料)株式会社三菱総合研究所「訪問介護の実態及び効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業 報告書」(平成19年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)に基づき作成。

# 主な論点

- ・ 通所型介護予防サービスにおいて、重度化を防ぎ、生活機能向上の達成を実現している事業所を重点的に評価すべきではないか
- ・ 訪問型介護予防サービスにおいて、利用者の能力を最大限に引き出す支援を行うため、リハビリ専門職と連携してアセスメントを行うなど、サービスの提供の在り方を検討すべきではないか
- ・ 自立支援に資するようサービス提供がなされているか、モニタリングを行いながら、改善につながっているケアプランを重点的に評価するなど、介護予防ケアマネジメントの在り方を検討すべきではないか

53

## (参考)訪問介護の介護報酬について

※ 加算・減算は主なものを記載

### 指定訪問介護の介護報酬のイメージ (1回あたり)

サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費	利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算
30分未満 身体介護：254単位	身体介護に続き生活援助の提供 (30分を増すごとに+83単位,249単位を限度)
30分以上1時間未満 身体介護：402単位 生活援助：229単位	①介護福祉士等の一定割合以上の配置 ②重度要介護者等の一定割合以上の利用 +研修等の実施 (+10%~+20%)
1時間以上 身体介護：584単位に30分を増すごとに+83単位 生活援助：291単位	初回時等のサービス提供責任者による対応 (200単位/月)
※身体介護：排泄・食事介助、清拭・入浴、外出介助等 生活援助：掃除、洗濯、一般的な調理等	中山間地域等でのサービス提供 (+5%~+15%)
通院等乗降介助 100単位	緊急時の対応 ※身体介護のみ (100単位)

### 指定介護予防訪問介護の介護報酬のイメージ (1月あたり)

標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づく基本サービス費	利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算
週1回程度 1,234単位	初回時等のサービス提供責任者による対応 (200単位)
週2回程度 2,468単位	中山間地域等でのサービス提供 (+5%~+15%)
週2回を超える程度(※要支援2のみ) 4,010単位	

54

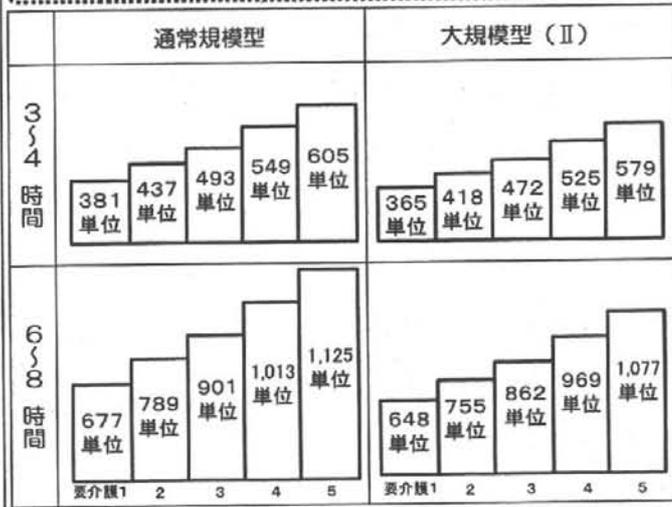
# (参考)通所介護の介護報酬について

※ 加算・減算は主なものを記載

## 指定通所介護の介護報酬のイメージ (1回あたり)

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費 (例)

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算



入浴介助を行った場合 (50単位)	栄養状態の改善のための計画的な栄養管理 (150単位)
個別機能訓練の実施 (27単位、42単位)	口腔機能向上への計画的な取組 (150単位)
中山間地域等でのサービス提供 (+5%)	介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置 (12単位、6単位)
定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (-30%)	事情により、2~3時間の利用の場合 (3~4時間の単位から-30%)

## 指定介護予防通所介護の介護報酬のイメージ (1月あたり)

要支援度に応じた基本サービス費

ニーズに応じた選択的サービス

利用者の状態改善に取組む事業所の評価

要支援1  
2,226単位

要支援2  
4,353単位

- ・運動機能の向上 (225単位)
- ・栄養状態の改善 (150単位)
- ・口腔機能の向上 (150単位)

要支援度の維持改善の割合が一定以上(100単位)

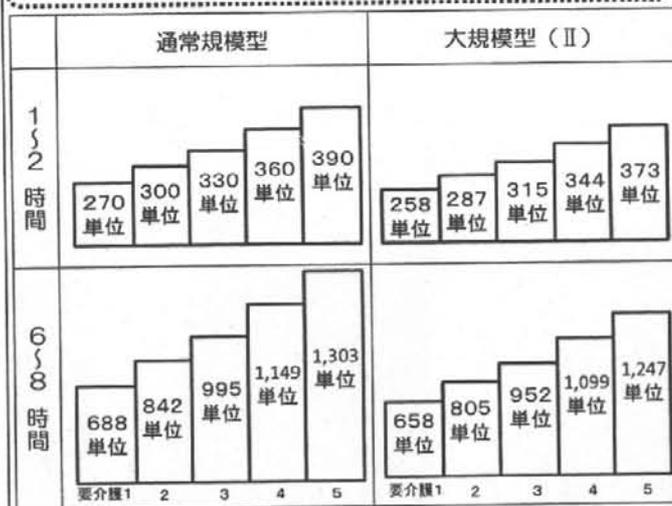
# (参考)通所リハビリテーションの介護報酬について

※ 加算・減算は主なものを記載

## 指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ (1回あたり)

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算



短期集中的なリハビリテーションの実施 (140~280単位)	栄養状態の改善のための計画的な栄養管理 (150単位)
個別リハビリテーションの実施 ※1 (80単位)	口腔機能向上への計画的な取組 (150単位)
中山間地域等でのサービス提供 (+5%)	介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置 (12単位、6単位)
定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (-30%)	看護師等による機能訓練の提供 ※2 (-50%)

※1: 1~2時間のサービスについては算定不可 ※2: 1~2時間のサービスのみ

## 指定介護予防通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ (1月あたり)

要支援度に応じた基本サービス費

ニーズに応じた選択的サービス

利用者の状態改善に取組む事業所の評価

要支援1  
2,496単位

要支援2  
4,880単位

- ・運動機能の向上 (225単位)
- ・栄養状態の改善 (150単位)
- ・口腔機能の向上 (150単位)

要支援度の維持改善の割合が一定以上(100単位)

## (参考)介護予防事業の概要

- 要介護状態等ではない、高齢者に対して、予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止のために必要な事業として、市町村が実施。
- 事業は、要介護状態等となるおそれのある高齢者とその他に分類してサービスを提供している。
- 平成22年度予算額 176億円（国費ベース。国1/4、都道府県1/8、市町村1/8、保険料（1号2/10、2号3/10））

**【対象者】**  
高齢者全般

**【事業内容】**

- 介護予防普及啓発事業
  - ・講演会、介護予防教室等の開催
  - ・啓発資材等の作成、配布 等
- 地域介護予防支援事業
  - ・ボランティア育成
  - ・自主グループ活動支援 等

二次予防事業

(要介護状態等となるおそれのある高齢者向け)

**【対象者】**  
要介護状態等となるおそれのある  
高齢者

**【事業内容】**

- 通所型介護予防事業
  - ・運動器の機能向上プログラム
  - ・栄養改善プログラム
  - ・口腔機能向上のプログラム 等
- 訪問型介護予防事業
  - ・閉じこもり、うつ、認知症への対応
  - ・通所が困難な高齢者への対応 等

# 福祉用具について

## 介護保険における福祉用具のサービス

	福祉用具貸与	特定福祉用具販売
事業概要	福祉用具を指定事業者から貸与	入浴や排せつ等に用いる福祉用具(特定福祉用具)の購入(償還払い)。 (H18年より指定制度導入)
対象種目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車いす(付属品含む)</li> <li>・特殊寝台(付属品含む)</li> <li>・床ずれ防止用具</li> <li>・体位変換器</li> <li>・手すり</li> <li>・スロープ</li> <li>・歩行器</li> <li>・歩行補助つえ</li> <li>・認知症老人徘徊感知機器</li> <li>・移動用リフト(つり具の部分を除く)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腰掛便座</li> <li>・特殊尿器</li> <li>・入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、入浴用介助ベルト)</li> <li>・簡易浴槽</li> <li>・移動用リフトのつり具の部分</li> </ul>
支給限度基準額	要支援、要介護度別の支給限度基準額の範囲内において、他のサービスと組み合わせ	10万円 ※要支援、要介護区分にかかわらず定額 ※同一支給限度額管理期間内 (4/1~3/31の1年間)は、用途及び機能が著しく異なる場合、並びに破損や要介護状態の変化等の特別の事情がある場合を除き、同一種目につき1回のみ支給
給付割合	サービス利用料の9割	購入費の9割
給付額	現に要した費用(実勢価格)	現に要した費用(実勢価格)

# 介護保険制度における福祉用具の範囲の考え方 (第14回医療保険福祉審議会老人保健福祉部会提出資料 (H10.8.24))

## 介護保険制度における福祉用具の範囲

- 1 要介護者等の自立の促進又は介助者の負担の軽減を図るもの
- 2 要介護者等でない者も使用する一般の生活用品でなく、介護のために新たな価値付けを有するもの  
(例えば、平ベッド等は対象外)
- 3 治療等医療の観点から使用するものではなく、日常生活の場面で使用するもの  
(例えば、吸入器、吸引器等は対象外)
- 4 在宅で使用するもの  
(例えば、特殊浴槽等は対象外)
- 5 起居や移動等の基本動作の支援を目的とするものであり、身体の一部の欠損又は低下した特定の機能を補完することを主たる目的とするものではないもの  
(例えば、義手義足、眼鏡等は対象外)
- 6 ある程度の経済的負担があり、給付対象となることにより利用促進が図られるもの  
(一般的に低い価格のものは対象外)
- 7 取り付けに住宅改修工事を伴わず、賃貸住宅の居住者でも一般的に利用に支障のないもの  
(例えば、天井取り付け型天井走行リフトは対象外)

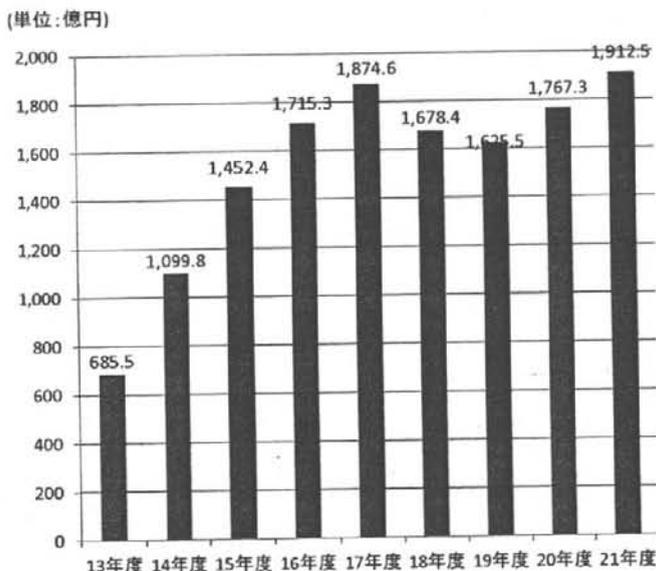
## 居宅福祉用具購入費の対象用具の考え方

- 福祉用具の給付は、対象者の身体の状態、介護の必要度の変化等に応じて用具の交換ができること等の考え方から原則貸与
- 購入費の対象用具は例外的なものであるが、次のような点を判断要素として対象用具を選定
  1. 他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの (入浴・排せつ関連用具)
  2. 使用により、もとの形態・品質が変化し、再度利用できないもの (つり上げ式リフトのつり具)

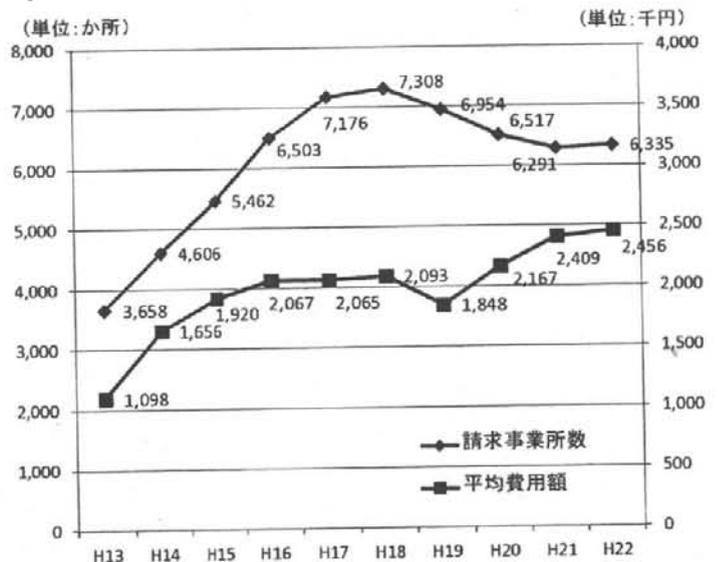
## 福祉用具の保険給付の状況 (1)

- 平成21年度の福祉用具貸与費は約1,912億円(対前年比8.2%増)である
- 貸与事業所数及び1事業所あたりの平均額は、概ね横ばいである

福祉用具貸与の費用額の推移(介護予防を含む)



福祉用具貸与事業所数及び1事業所あたり平均額の推移

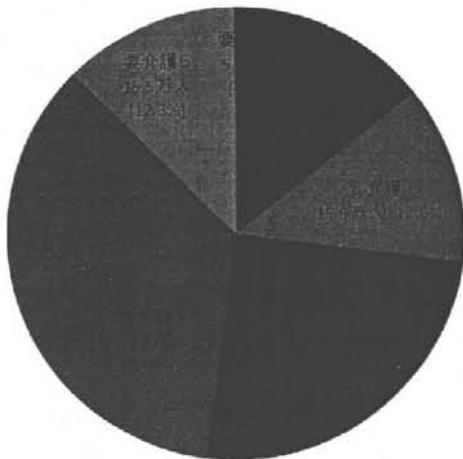


## 福祉用具の保険給付の状況（2）

- 福祉用具貸与費の受給者数は、全体で125.8万人である。(H23.2サービス提供分)
- 福祉用具貸与費の費用額は、全体で175.3億円である(同)

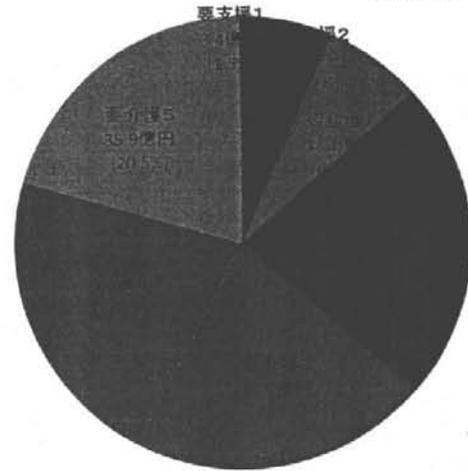
要介護度別受給者数

総数 125.86万人



要介護度別費用額

総額 175.31億円

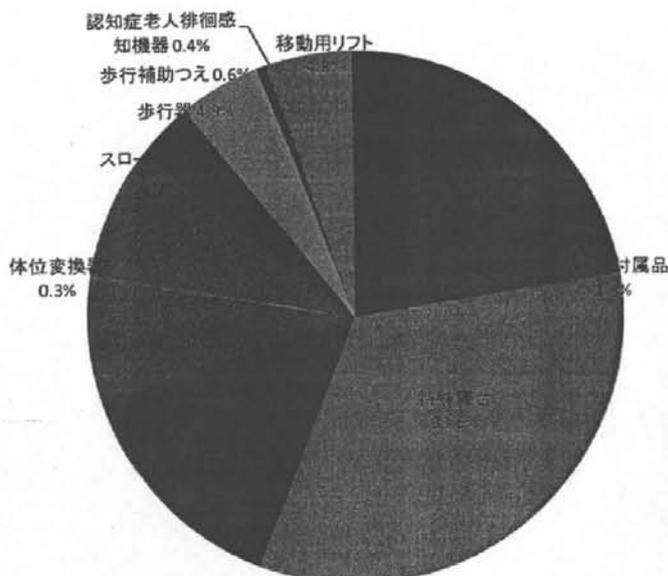


(介護給付費実態調査(平成23年2月サービス提供分)) 4

## 福祉用具の保険給付の状況（3）

- 福祉用具貸与の種目別の利用割合(単位数)は、車いす(付属品を含む)と特殊寝台(付属品を含む)で全体の7割を占める。

福祉用具貸与の請求内訳(単位数)

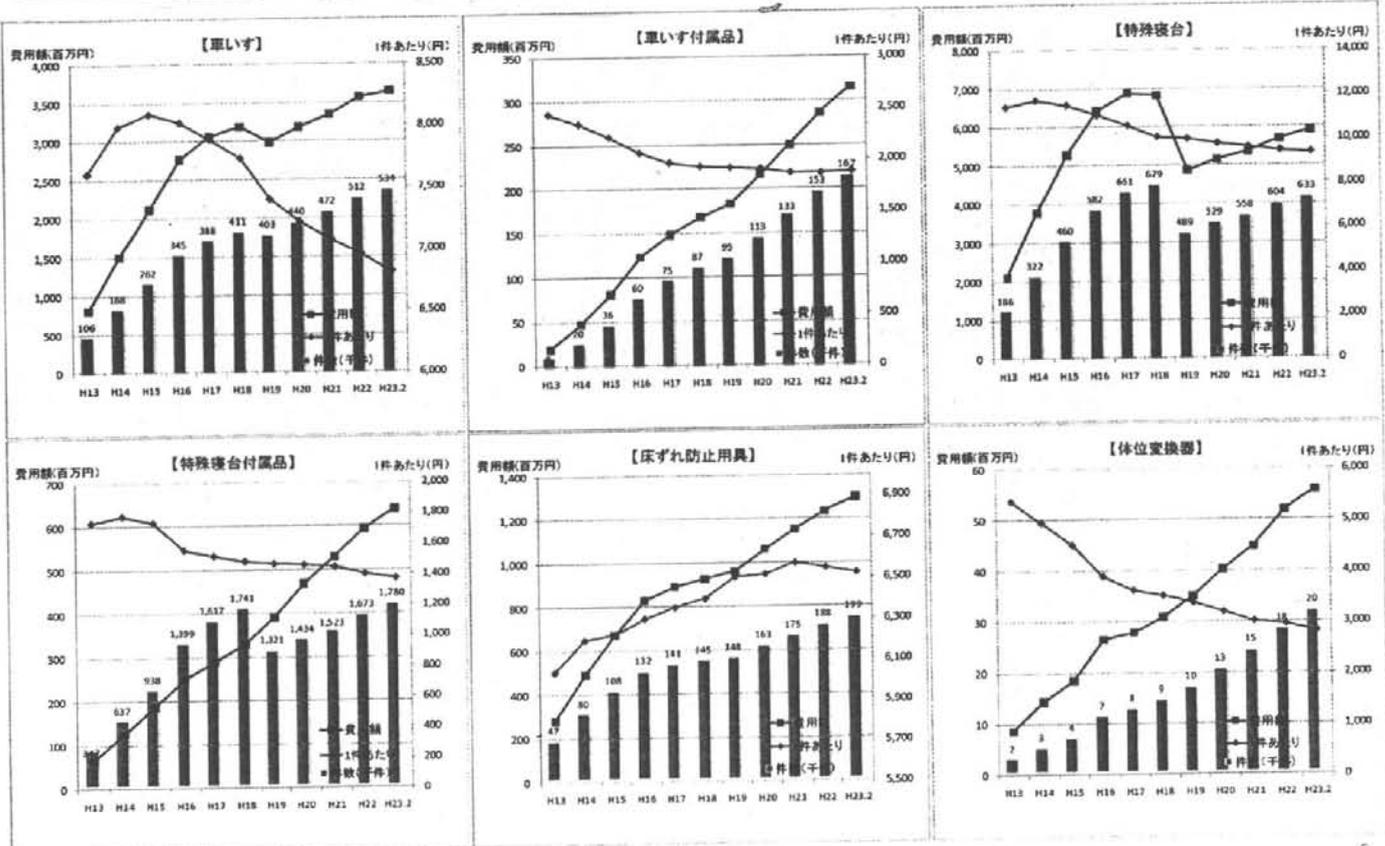


(介護給付費実態調査(平成23年2月サービス提供分))

福祉用具貸与費の要介護度別・種目別の利用割合(単位数)(平成23年2月サービス分)

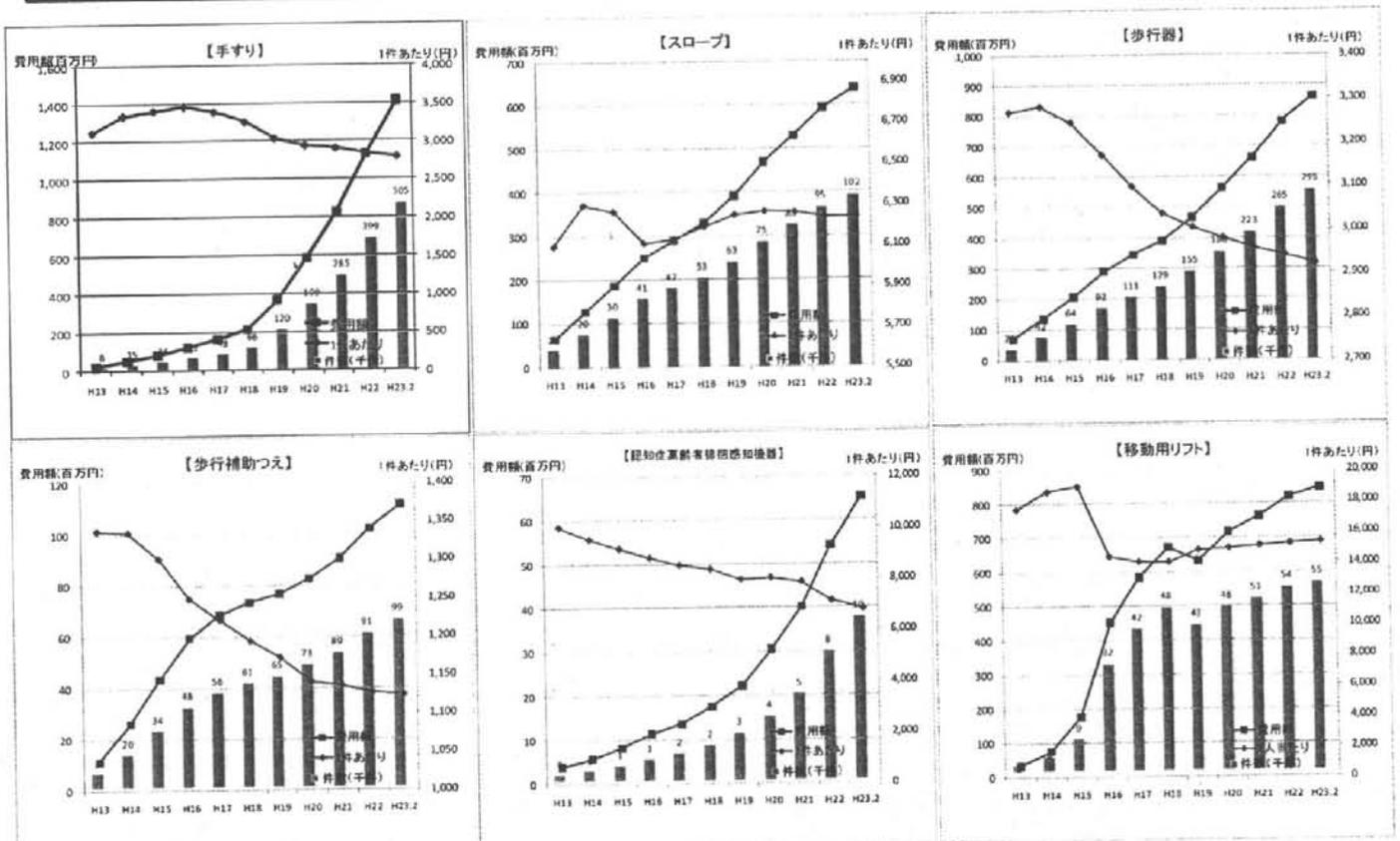
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
車いす	3.4%	7.2%	7.6%	22.0%	20.6%	21.0%	18.3%	100%
車いす付属品	0.7%	2.3%	3.8%	14.7%	19.3%	28.0%	31.3%	100%
特殊寝台	0.5%	1.9%	4.5%	25.9%	23.8%	22.8%	20.6%	100%
特殊寝台付属品	0.4%	1.8%	4.6%	26.7%	25.9%	24.0%	16.6%	100%
床ずれ防止用具	0.1%	0.3%	1.3%	7.2%	11.6%	26.5%	53.0%	100%
体位変換器	0.0%	0.3%	0.7%	3.7%	6.3%	19.6%	69.3%	100%
手すり	6.0%	13.9%	20.1%	27.0%	18.7%	11.0%	3.3%	100%
スロープ	0.2%	0.8%	2.4%	10.6%	20.6%	33.6%	31.9%	100%
歩行器	9.0%	19.7%	20.3%	26.7%	15.1%	7.3%	1.9%	100%
歩行補助つえ	5.7%	15.7%	17.5%	29.4%	19.5%	9.9%	2.3%	100%
認知症高齢者徘徊感知機器	0.0%	0.1%	2.9%	14.3%	35.9%	33.8%	13.2%	100%
移動用リフト	0.5%	2.3%	4.5%	20.3%	22.8%	25.1%	24.4%	100%

# 福祉用具貸与費の推移（種目別）①



出典：介護給付費実態調査月報(各年4月サービス提供分)

# 福祉用具貸与費の推移（種目別）②



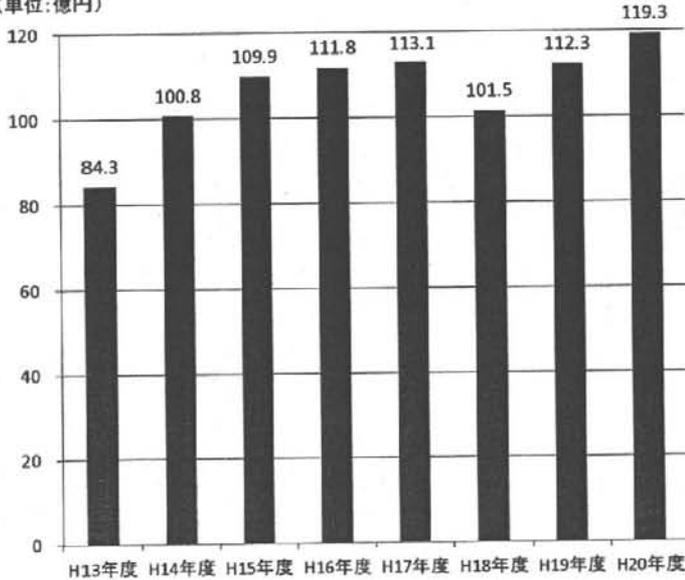
出典：介護給付費実態調査月報(各年4月サービス提供分)

## 福祉用具購入費の状況

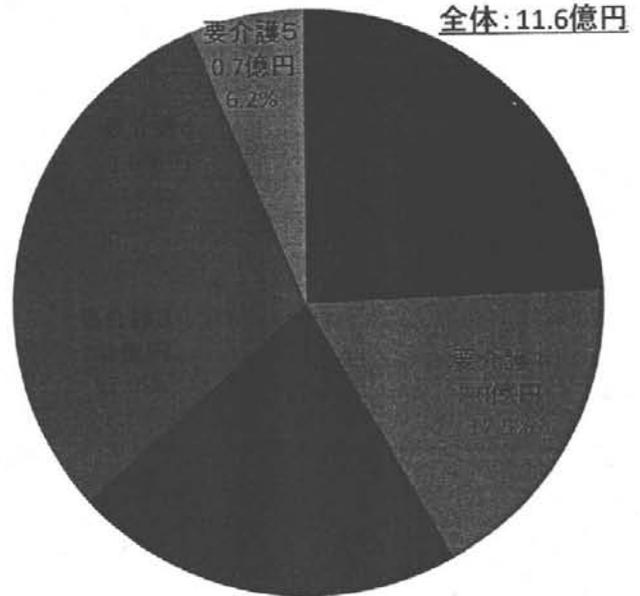
- 特定福祉用具購入に係る給付費は、年間119.3億円である(平成20年度)
- 要介護度別では、要介護度2以下の者が給付費の約6割である。

特定福祉用具購入費の給付費(介護予防含む)

(単位:億円)



特定福祉用具購入費の給付費  
(平成22年11月支出決定分)



(※)給付費=自己負担分を除く。

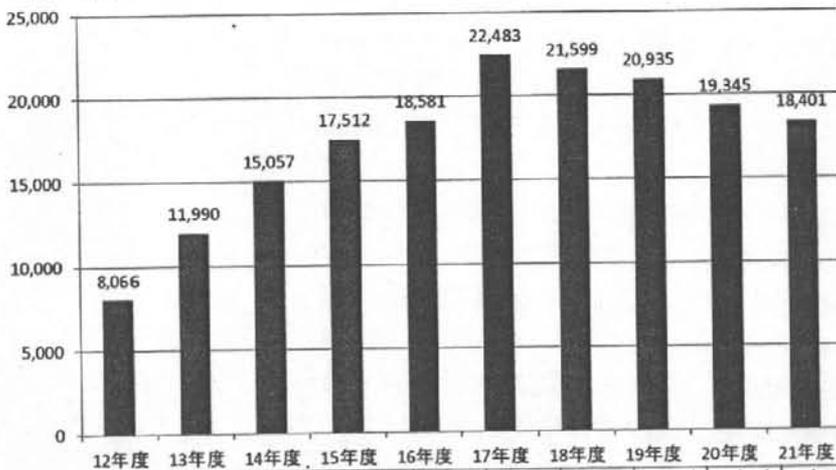
(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告」

8

## 福祉用具専門相談員の状況

- 福祉用具貸与事業所に従事する福祉用具専門相談員数は、平成17年を頂点として減少傾向にある一方、1事業所あたりの従事者数が増加傾向にある。
- 福祉用具貸与事業所に従事する福祉用具専門相談員のうち、約8割が指定講習会(40時間)修了者である。

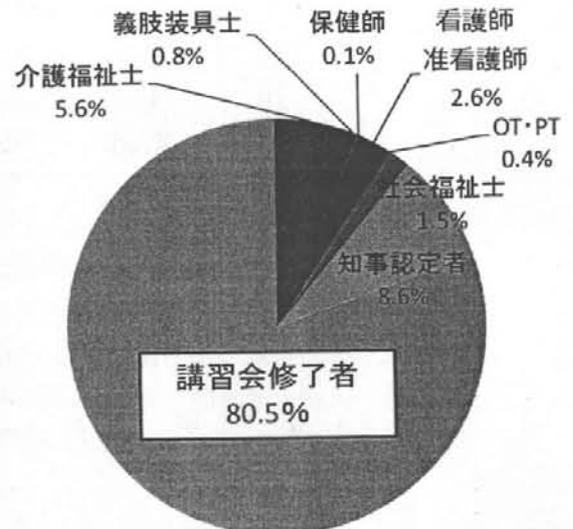
① 福祉用具専門相談員従事者数



	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
1事業所あたり従事者数	3.0	3.1	3.7	3.5	3.4	3.6	3.6	3.7	3.9	3.4

出典:介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日現在)

② 福祉用具専門相談員資格内訳



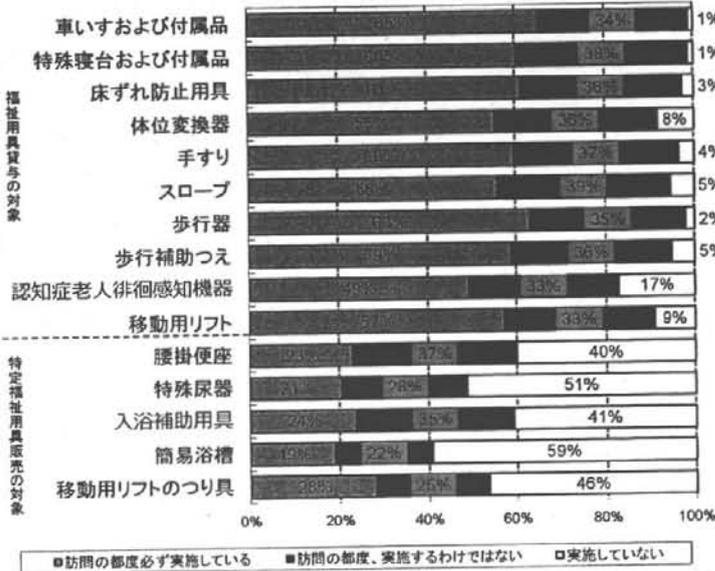
9

# メンテナンスの実施状況

- 実施状況は、貸与種目においては約6割、販売種目では約2割が、訪問の都度必ず実施されている。
- 実施頻度は、貸与種目においては約6割の事業所が6ヶ月に1回以上実施しているのに対し、販売種目では約3割の事業所が実施していない。
- なお、実施状況及び頻度について、貸与種目内・販売種目内の差異は見られない。

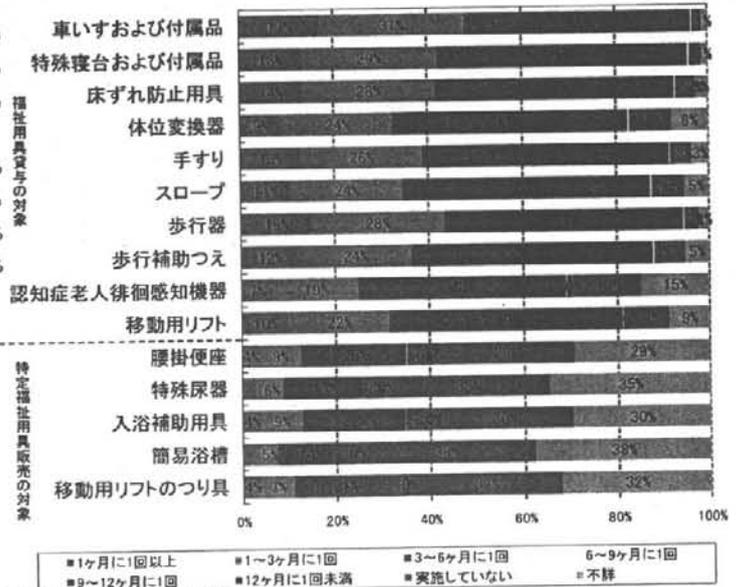
① メンテナンス実施状況(種目別)

n(事業所数)=1,187



② メンテナンス実施頻度(種目別)

n(事業所数)=1,187

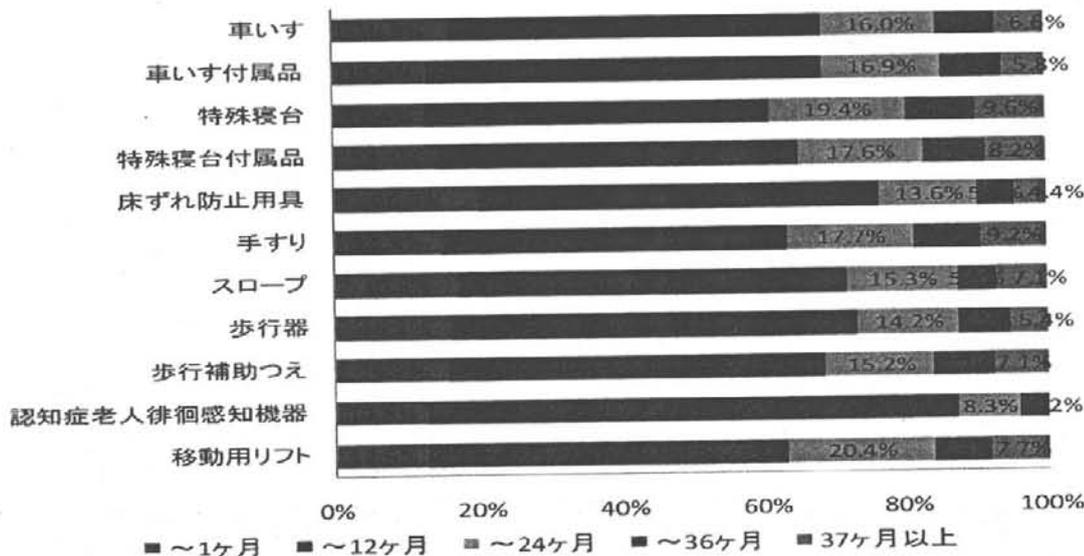


出典:介護保険における福祉用具サービスの利用実態及び有効性に関する調査研究(平成22年(財)テクノイド協会)

# 福祉用具の利用期間の状況

- 同一の福祉用具を利用する期間は、各種目とも平均12ヶ月前後であり、種目の違いによる利用期間の格差は見られない

同一の福祉用具を利用する期間



出典:介護保険における福祉用具サービスの利用実態及び有効性に関する調査研究(平成22年(財)テクノイド協会)

## 福祉用具の主な改正内容について

### ○平成18年度

#### (1) 軽度者に対する福祉用具貸与の見直し

- ・ 軽度者(要支援1～要介護1)の状態像を踏まえ、利用の想定しづらい車いす、特殊寝台等の8種目を原則給付の対象外とする見直しを行った。
- ・ なお、福祉用具を必要とする状態であるにもかかわらず利用出来ない者があったため、一定の場合には給付対象となるよう、平成19年度に再度見直しを行った。

#### (2) 特定福祉用具販売を行う事業者に係る指定制の導入

- ・ 指定された事業所で販売される特定福祉用具を購入した場合に限り、福祉用具購入費の支給対象とする見直しを行った。

### ○平成21年度

#### (1) 価格の分布状況の公表等

- ・ 製品毎等の貸与価格の分布状況等の把握・分析・公表や介護給付費通知における同一製品の貸与価格幅等の通知を可能とした。
- 国保連合会介護給付適正化システムの改修に伴う積極的な活用を要請(平成21年6月17日付事務連絡)

#### (2) 福祉用具の追加

- 福祉用具貸与  
起き上がり補助用具(体位変換器)／階段移動用リフト(移動用リフト)／離床センサー(認知症老人徘徊感知機器)
- 特定福祉用具販売  
自動排泄処理装置(特殊尿器)／入浴用介助ベルト(入浴補助用具)

12

## 福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会

### ○趣旨

介護給付費分科会において審議を行うための論点の整理及び技術的な事項の検討等を行う。

### ○検討会メンバー

氏名	所属・役職
畔上 加代子	全国福祉用具専門相談員協会 副理事長
池田 省三	龍谷大学 教授
石川 良一	全国市長会 介護保険対策特別委員会 委員長
一瀬 正志	財団法人 テクノエイド協会 常務理事
伊藤 利之	横浜市総合リハビリテーションセンター 顧問
木村 憲司	日本福祉用具・生活支援用具協会 会長
木村 隆次	日本介護支援専門員協会 会長
久留 善武	社団法人 シルバーサービス振興会 企画部長
高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
田中 滋	慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授
東島 弘子	ジャーナリスト
山内 繁	早稲田大学 研究推進部 参与
山下 一平	社団法人 日本福祉用具供給協会 理事長

### ○検討経過

開催日	議題
第1回 (平成19年9月3日)	福祉用具の保険給付の在り方に関する課題の整理・明確化とその改善のための論点について
第2回 (平成19年10月22日)	福祉用具の保険給付の在り方に関する改善のための論点について
第3回 (平成19年11月22日)	これまでの論点整理について
第4回 (平成21年8月7日)	福祉用具サービスの利用実態及び有効性等に関する調査の実施について
第5回 (平成22年7月27日)	「福祉用具サービスの利用実態及び有効性等に関する調査」結果について
第6回 (平成23年4月25日)	介護保険の福祉用具における議論の整理について

# 福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会

## — 「議論の整理」(概要)(平成23年5月19日) —

福祉用具における保険給付の在り方に関して、社会保障審議会介護給付費分科会において審議を行うための論点の整理及び技術的な事項の検討等を行うために設置。今般、主に3つの論点について、今後の方向性を整理。

### 論点1 いわゆる「外れ値」への対応について

- ☆ 福祉用具貸与価格について、同一製品であっても平均的な月額と比べて、非常に高額な請求が行われているケース(いわゆる「外れ値」)があることが指摘されている。
- ☆ 平成21年8月の国保連合会介護給付適正化システムの改修により、介護給付費通知書に福祉用具貸与価格分布状況を掲載して発出可能となり、516の保険者において発出されるなど、一定の効果が報告されている。

- 保険者(市町村)は、引き続き福祉用具の価格の実態についての公表・情報提供を促進するとともに、分析・検証を行い、給付の適正化のための取組を行うことが重要。  
また、こうした情報を利用者やケアマネジャーが活用できるようにすることも必要。
- その際、介護報酬の請求に際して記載する商品コードの統一化を検討するなど、保険給付の明確性、透明性を一層推進することが必要。
- 情報公表制度において、都道府県が介護サービスの質に関する情報を公表するように配慮する旨の規定(介護保険法改正案)を活用することも有効。
- 介護給付費通知書等の取組が全保険者に普及するよう推進するとともに、利用者の反応や介護支援専門員等の意識や行動の変化、福祉用具貸与価格への影響等を検証していくことが必要。

14

### 論点2 比較的安価な福祉用具の取り扱いについて

- ☆ 価格が比較的安価で、軽度者の利用が多く、結果的に長期間の利用となる福祉用具種目(歩行補助つえ等)については、貸与という給付方式に馴染まず、「貸与から販売の移行」、または「貸与と購入の選択制」を導入してはどうかという意見がある。
- ☆ 一方で、仮に販売制度を導入するとした場合、貸与事業者が保守点検(メンテナンス)、製品の安全性について責任を持って実施する仕組が担保されなくなる等の問題点が指摘され、慎重に対応することが必要との意見がある。

- 今後ともこれらの種目の利用実態、モニタリング、メンテナンス等のサービスの具体的な実施状況、安全性の担保等の観点から、調査・検証を継続することが必要。
- その際には、専門職の関与と適切なアセスメント・マネジメントが担保される仕組みの確立と併せて実施することが必要。

### 論点3 専門職の関与と適切なケアマネジメントの推進について

- ☆ 福祉用具は、導入時に適切なアセスメントを行うとともに利用者の状態像を考慮したマネジメントを適切に行う必要があるが、他のサービスと異なり、個別サービス計画の作成が位置付けられておらず、「個々の利用者の状態像や生活環境に応じた福祉用具の選定」、「関係者間での情報の共有」、「継続的にモニタリングを行う仕組み」が不足しているのではないかなど指摘がある。
- ☆ 専門職の役割を明確化するなど、適切なアセスメント、マネジメントの仕組みについて検討する必要がある。

- 個別援助計画の作成を指定基準において明確に位置づけることが適当。
- 介護支援専門員がケアプランを作成する際に、専門性に基づく選定が出来るよう、医師、看護職員、OT、PT等が支援する仕組みの導入。
- 福祉用具導入時のサービス担当者会議に福祉用具専門相談員等の専門職の関与を促進。
- 福祉用具専門相談員や介護支援専門員の研修カリキュラムの見直し。

15

## 地方分権一括法の成立・公布に伴う基準省令改正について

地方分権改革推進計画と地方分権一括法に基づき、地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で定める際の基準を、今回の省令改正により定める。

○地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で定める際の基準（諮問事項）

- ① 厚生労働省令で定める基準に従うこととされているもの
  - ア 介護サービスに従事する従業者に係る基準及び員数、居室等の床面積、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連する基準
  - イ 指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所及び指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の定員に関する基準
- ② 厚生労働省令で定める基準を標準とするもの
  - ・ 利用定員に関する基準（①イを除く。）
- ③ 厚生労働省令で定める基準を参酌することとされているもの
  - ・ ①、②以外のその他の設備及び運営に関する基準

○特別養護老人ホームの定員について（諮問事項）

参酌すべき基準とされている介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設の居室定員について、省令基準において「4人以下」から「1人」とする。「省令が施行の際現に存在している特別養護老人ホーム（基本的な設備が完成しているものを含み、省令の施行後に増築され、又は全面的に改築された部分を除く）については、4人以下とする」経過措置を設けることとする。

## 従うべき基準とされた基準（諮問事項）

### 1. 人員配置基準

- 従業者及びその員数：全サービス
- 介護（介護職員一人以上常勤）
  - ：指定介護老人福祉施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護
- 管理者：全サービス
- 代表者：指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- ユニット型施設・事業所における従業者の勤務体制
  - ：介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護
- 具体的取扱方針（サービス提供時の介護職員及び看護職員の配置）
  - ：指定訪問入浴介護、指定介護予防訪問入浴介護、基準該当訪問入浴介護、基準該当介護予防訪問入浴介護

### 2. 居室面積基準

- 居室・病室・療養室の利用者・入所者（入院者）1人当たり面積基準
  - ：指定介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設、指定療養通所介護、指定通所リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護、

### 3. 適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連する基準

- 内容及び手続きの説明及び同意：全サービス
- サービス提供拒否の禁止：全サービス
- 身体的拘束等に係る規定：介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護
- 秘密保持等：全サービス
- 事故発生の防止及び発生時の対応：全サービス
- 診療の方針：介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護
- 主治の医師との関係：指定訪問看護、指定介護予防訪問看護
- 同居家族に対するサービス提供の禁止・制限
  - ：指定訪問介護、指定介護予防訪問介護、指定訪問看護、指定介護予防訪問看護、指定夜間対応型訪問介護、基準該当訪問介護、基準該当介護予防訪問介護

### 4. 利用定員及び登録定員に関する基準

- 指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護

## 標準とされた基準（諮問事項）

利用定員：指定療養通所介護、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護

## その他（諮問事項以外の事項）

地域主権戦略大綱（平成22年6月22日閣議決定）に基づき、

- 指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員について、それぞれ29人以下、30人以上の範囲とすること。
- 指定居宅サービス等の法人格の有無に係る基準について、厚生労働省令で定める基準に従い条例を定める。厚生労働省令では、「法人であること」と規定する。

3

地方分権改革推進計画（平成21年12月15日閣議決定）

### 【老人福祉法】

○ 養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(17条2項)を、条例(制定主体は都道府県、指定都市及び中核市)に委任する。

条例制定の基準については、医師等の職員の資格に関する基準に係る規定、配置する職員の員数に関する基準に係る規定、居室の面積に関する基準に係る規定並びに施設の利用者及びその家族に対する人権侵害の防止等に係る規定は、「従うべき基準」とし、施設の利用者の数に関する基準に係る規定は、「標準」とし、その他の設備及び運営に関する基準に係る規定は、「参酌すべき基準」とする。

### 【介護保険法】

○ 指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定介護予防サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者の員数に関する基準(74条1項、78条の4第1項、115条の4第1項、115条の14第1項)並びに当該サービスの事業の設備及び運営に関する基準(74条2項、78条の4第2項、115条の4第2項、115条の14第2項)を、条例(制定主体は、指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの基準については都道府県、指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスの基準については市町村)に委任する。

条例制定の基準については、医師等の従業者の資格に関する基準に係る規定、配置する従業者の員数に関する基準に係る規定、居室の面積に関する基準に係る規定並びに利用者及びその家族に対する人権侵害の防止等に係る規定は、「従うべき基準」とし、利用者の数に関する基準に係る規定は、「標準」とし、その他の設備及び運営に関する基準に係る規定は、「参酌すべき基準」とする(ただし、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所及び指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の定員に関する基準に係る規定は、「従うべき基準」とする。)

○ 指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設が有する従業者の員数に関する基準(88条1項、97条2項(ただし、医師及び看護師を除く。)、110条1項)並びに当該施設の設備及び運営に関する基準(88条2項、97条1項(ただし、療養室、診察室及び機能訓練室を除く。))及び3項、110条2項)を条例(制定主体は都道府県)に委任する。

条例制定の基準については、医師等の従業者の資格に関する基準に係る規定、配置する従業者の員数に関する基準に係る規定、居室の面積に関する基準に係る規定並びに施設の利用者及びその家族に対する人権侵害の防止等に係る規定は、「従うべき基準」とし、施設の利用者の数に関する基準に係る規定は、「標準」とし、その他の設備及び運営に関する基準に係る規定は、「参酌すべき基準」とする。

## 地域主権戦略大綱（平成22年6月22日閣議決定）

- 介護保険法（平9法123）
  - ・ 指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定に関する基準のうち、申請者の法人格の有無に係る基準（70条2項1号、115条の2第2項1号）を、条例（制定主体は都道府県、指定都市及び中核市）に委任する。  
条例制定の基準については、「従うべき基準」とする。
  - ・ 指定地域密着型介護老人福祉施設の指定に関する基準のうち、指定対象となる施設及びその入所定員に係る基準（78条の2第1項）を、条例（制定主体は市町村）に委任する。  
条例制定の基準については、「従うべき基準」とする。
  - ・ 指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定に関する基準のうち、申請者の法人格の有無に係る基準（78条の2第4項1号、115条の12第2項1号）を、条例（制定主体は市町村）に委任する。  
条例制定の基準については、「従うべき基準」とする。
  
- 平成22年9月21日「一部ユニット型施設の基準等に関するとりまとめ」
  - ・ 地域主権改革推進一括法案の成立・施行後においては、生活保護受給者も入所できるような実態となることを前提に、「参酌すべき基準」と整理されている介護老人福祉施設の居室定員について、省令基準においては「1名」とするよう検討すべきである。

5

## 地方分権一括法成立後の介護報酬の考え方①

- 義務付け・枠付けの見直しに関する大臣政務官折衝  
(平成21年11月12日)

(山井政務官) 異論があるのかもしれないが、基準を緩めて、基準を低くされる場合に関しては、条例委任を認める前提として、標準、参酌すべき基準の場合、国の基準を下回るサービスをするのであれば、サービス水準に応じた老人福祉の介護報酬等を設定すると。これは、狭い部屋や或いはサービス水準を下げるわけなので、費用が少なくなる場合があるので、サービスを下げて、コストが減るにも関わらず、同じ介護報酬だとサービスを下げた方が地方自治体が得をするというモラルハザードのようなことになって駄目なので、そういうことにならない範囲で、こういう配慮も必要なのではないかと考えている。

6

## 地方分権一括法成立後の介護報酬の考え方②

### ○ 介護報酬改定の際の検討事項

- 1 都道府県又は市町村が条例で独自に基準を定めた際に、その内容が著しく均衡を失う場合、介護サービスの質の確保等の観点から、あらかじめ、提供されるサービス水準に応じて介護報酬を設定することを検討する必要があるのではないか。

(参考1) 今までの介護報酬は省令で定める基準に基づき、一定以上の質が担保されていることを前提に、介護サービスに要する平均的な費用の額を勘案して算定してきたところである。今後は、「標準」「参酌すべき基準」とされた事項については、都道府県又は市町村の条例で独自に基準を定めることが可能となる。

このため、通常は独自基準を定めた場合、地方分権一括法が施行される来年4月以降、介護サービス事業者の指定を通じて、継続的に費用が変動し、介護報酬に反映されることになる。

### (参考2) 現行の人員基準欠如の減算規定

指定基準に定める人員基準を満たしていない場合、所定単位数70%を算定

- 2 上記の観点に立てば、例えば、ユニット型の施設基準において、「参酌すべき基準」とされている部分については、報酬告示においてユニット型の介護報酬を支払う場合を明確に規定しておく必要があるのではないか。

- 3 また、居室定員は参酌すべき基準となっているため、

- ①居室定員が1名(場合によっては2名)の施設
- ②居室定員が4名以下の施設(①に該当する施設を除く)
- ③居室定員が5名以上の施設

のいずれの施設も存在し得ることとなるが、これらについて異なる報酬を給付することとしてはどうか。特に③については、報酬上強い減算規定を置くこととしてはどうか。

## 今後のスケジュール

- 第1次一括法及び第2次一括法の施行に伴う政令・府省令の改正等の留意点について

(平成23年4月5日 内閣府地域主権戦略室 事務連絡)

平成24年4月1日施行のもの及び平成25年4月1日施行のものについては、政令・府省令の整備を受けて、地方自治体が条例整備や体制整備をするための期間を確保するために一定の期間を置いて施行期日を定めているものであることから、他の政省令整備を要する事項と同様に、原則として公布後3月以内に行っていただきますようお願いいたします。

(第1次一括法：5月2日公布、改正介護保険法等：6月22日公布)

- パブリックコメントなど所定の手続に従い公布、平成24年4月1日施行

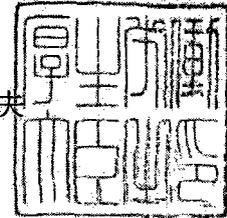


厚生労働省発老0728第1号  
平成23年7月28日

社会保障審議会  
会長 大森 彌 殿

厚生労働大臣

細川 律夫



### 諮 問 書

(地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の施行に伴う指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の改正について)

介護保険法(平成9年法律第123号)第74条第3項、第78条の4第3項、第88条第3項、第97条第4項、第110条第3項、第115条の4第3項、第115条の14第3項の規定に基づき、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第39号)、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)、指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号)、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)、指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)を別紙のとおり改正することについて貴会の意見を求めます。

地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の施行に伴う指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の改正

- 「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(平成23年法律第37号)の施行に伴い、地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で制定する際の基準を以下の通りとする。

1 厚生労働省令で定める基準に従うもの

① 人員配置基準

- ・従業者及びその員数：全サービス
- ・介護（介護職員一人以上常勤）  
：指定介護老人福祉施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ・管理者：全サービス
- ・代表者：指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- ・ユニット型施設・事業所における従業者の勤務体制  
：介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護
- ・具体的取扱方針（サービス提供時の介護職員及び看護職員の配置）  
：指定訪問入浴介護、指定介護予防訪問入浴介護、基準該当訪問入浴介護、基準該当介護予防訪問入浴介護

② 居室面積基準

- ・居室・病室・療養室の利用者・入所者（入院者）1人当たり面積基準  
：指定介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設、指定療養通所介護、指定通所リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護

③ 適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連する基準

- ・内容及び手続きの説明及び同意：全サービス
- ・提供拒否の禁止：全サービス

・身体的拘束等に係る規定

：介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護

・秘密保持等：全サービス

・事故発生の防止及び発生時の対応：全サービス

・診療の方針：介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護

・主治の医師との関係：指定訪問看護、指定介護予防訪問看護

・同居家族に対するサービス提供の禁止・制限

：指定訪問介護、指定介護予防訪問介護、指定訪問看護、指定介護予防訪問看護、指定夜間対応型訪問介護、基準該当訪問介護、基準該当介護予防訪問介護

・入所者の負担による当該施設以外の者による介護・看護の禁止

：指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護

④ 利用定員及び登録定員に関する基準

：指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護

2 厚生労働省令で定める基準を標準とするもの

・利用定員：指定療養通所介護、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護

3 厚生労働省令で定める基準を参酌するもの

1、2以外のその他の設備及び運営に関する基準

○ 厚生労働省令で定める基準を参酌する指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設の居室定員については、1人とする。

# リハに係わる諸問題と 介護報酬改定の要望

介護給付費分科会ヒアリング資料

日本リハビリテーション病院・施設協会  
浜村明徳

## 介護保険制度の見直しに関する意見とリハに係わる要望事項

2010.11.30 介護保険制度の見直しに関する意見  
(社会保障審議会介護保険部会報告書) より

リハに係わる介護報酬改定  
要望の基本事項

■ リハについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハ前置の考え方に立って提供すべきである。



- リハにおける医療と介護の連携を推進すること
- 生活期リハの充実により、介護度の悪化を予防し、在宅生活の継続に寄与すること

■ しかしながら、訪問リハの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハが提供されていることなど、十分にリハが提供されていない状況にある。そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハ専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。



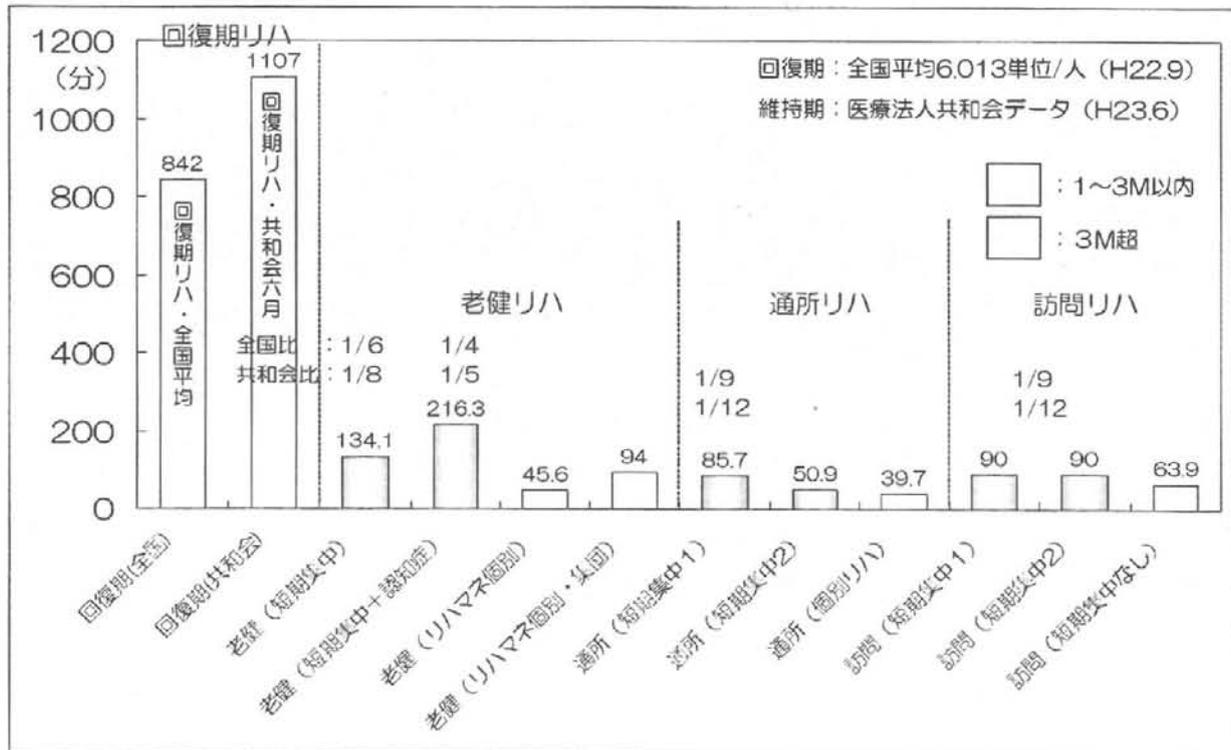
- 通所リハの質を向上すること
- 訪問リハの普及を推進し、質を向上すること
- チームアプローチを推進すること

■ さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハを包括的に提供できる地域のリハ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。



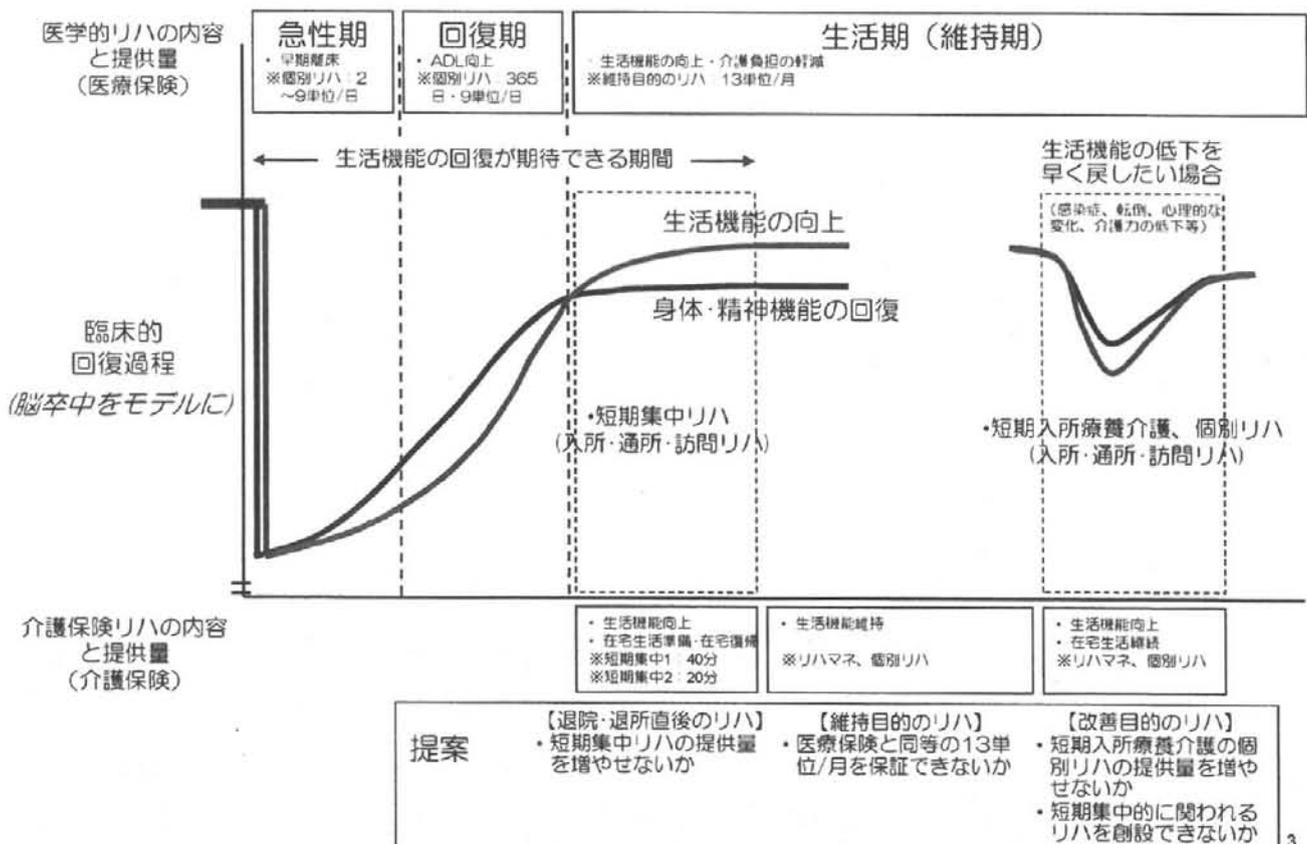
- 地域のリハ拠点を整備し、地域包括ケア体制づくりに寄与すること

# 利用者1人当たり平均リハ提供時間（1週間換算）

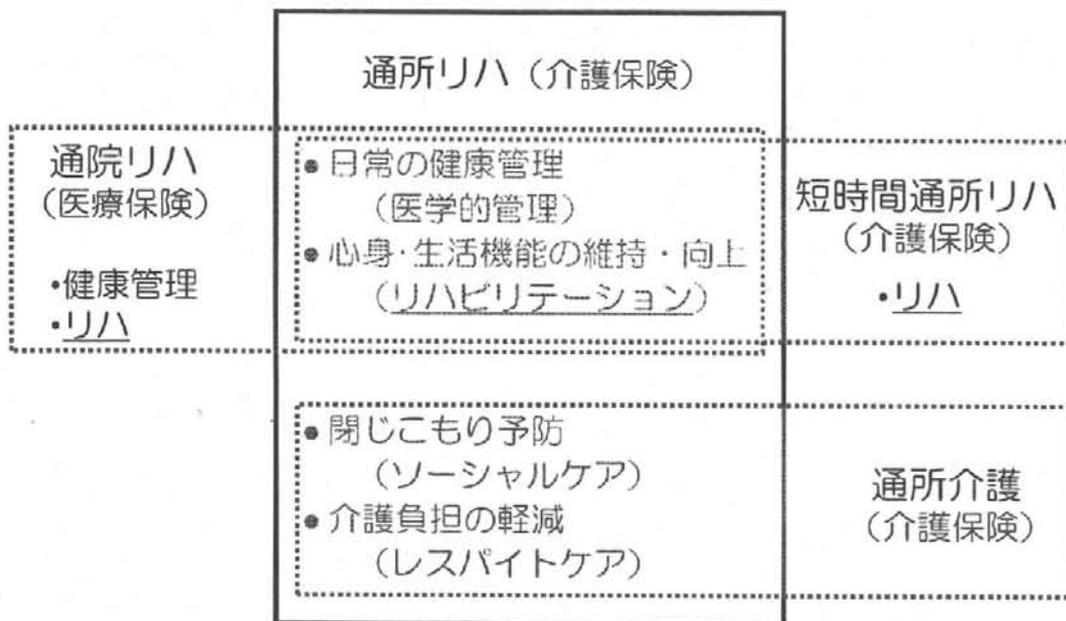


2

## 生活機能の変化と改善への提案



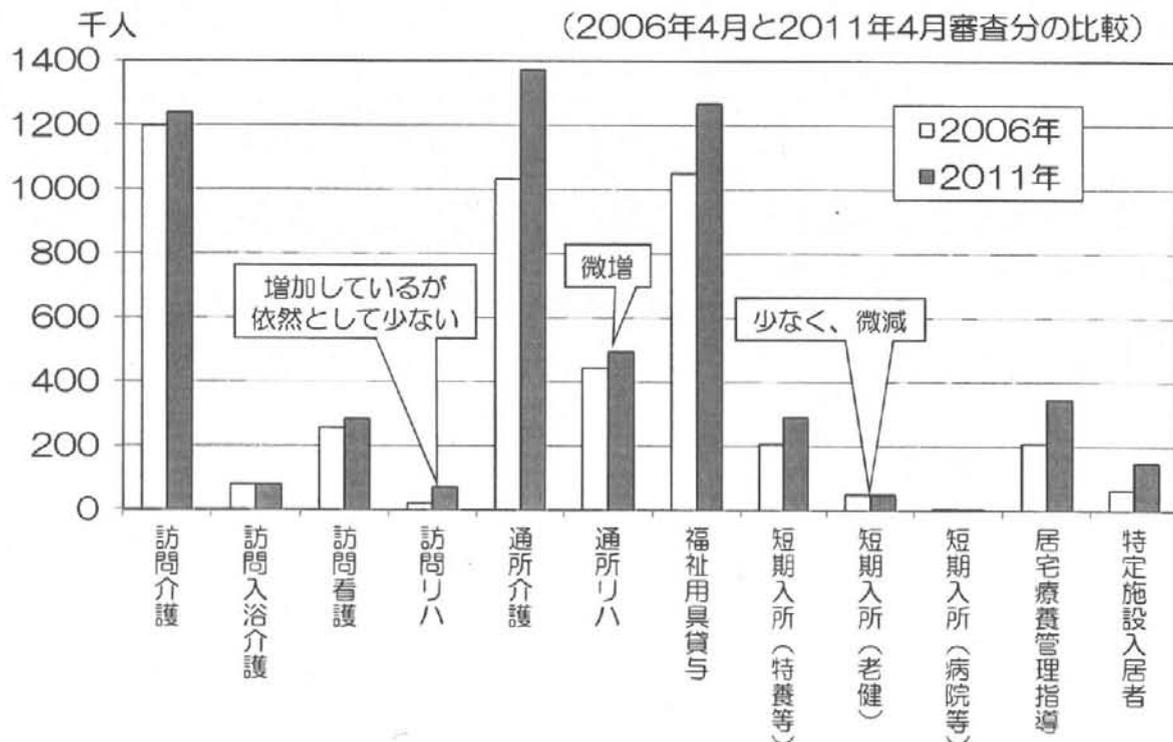
3



## 通所リハの質の向上を目的に

- 現状は、通院リハ・通所リハ・通所介護の機能が重複している
  - 通所リハと通所介護のベースは共通
  - 長期的には、機能の整理が必要ではないか
    - ・ 多様なニーズに応えるためサービスの充実を図っている事業所もあり、質の向上に向けた努力が報われる報酬体系が望ましい
    - ・ 通所リハを利用している、サービス内容が通所介護と同様であれば、通所介護の報酬にすべき
- 短時間通所リハの提供時間を見直し、リハに特化した通所リハとしてはどうか
  - 通院リハと短時間通所リハのリハ提供時間等には差異がある
  - 短時間通所リハの提供時間が増えると通院リハから移行しやすい
- 通所リハの機能強化を図ったらどうか
  - 健康管理等の機能強化のため、医師の月1回の診察（評価）を義務化したらどうか
    - ・ 通所介護との根本的な違いは、医師が従事していること
    - ・ 携わる医師の研修も義務化
  - 訪問によるサービス（居宅療養管理指導等）を新設し、チームアプローチを推進したらどうか
  - 生活機能が低下したときに、短期集中的にリハを提供できないか

# 介護保険におけるサービス種類別居宅サービス受給者数



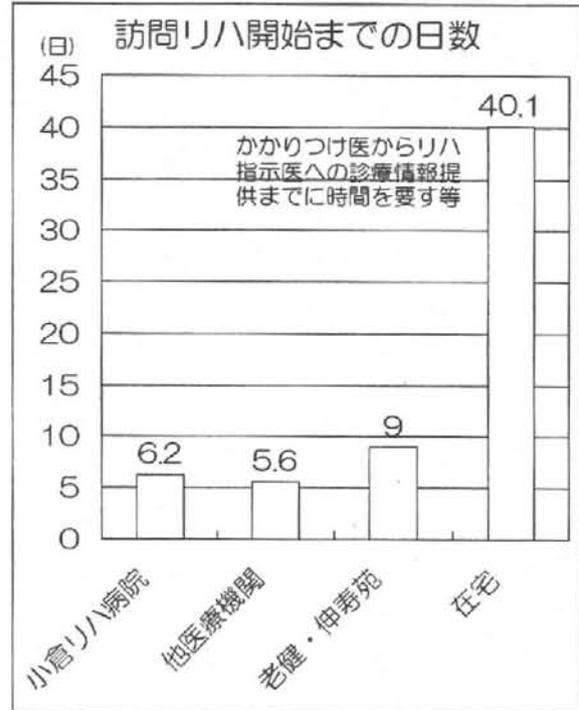
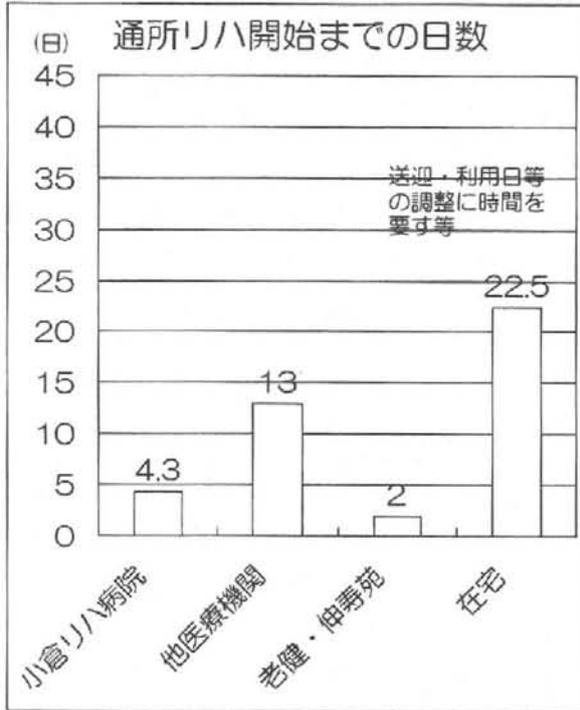
6

## 訪問リハの普及を推進し、質の向上を目的に

- 訪問リハの普及・推進を目的に
  - 訪問リハビリステーションの名称を新設したらどうか
    - ・ 訪問リハの実施事業所を利用者等に明示するため
    - ・ 常勤の訪問リハ専従のPT・OT・STを2名以上配置などの条件をもとに
    - ・ 病院・診療所・訪問看護ステーション・老人保健施設に限定
- 訪問リハの質の向上を目的に
  - 指示と実施結果の報告の流れを見直し、運用しやすくしたらどうか
    - ・ 医師に対する訪問リハ実施計画書、実施報告書の1回/月の提出を義務づけ
- 在宅医療におけるチームアプローチの推進を目的に
  - 訪問看護と訪問リハのセットで訪問し、効果を高めるようにしたらどうか
    - ・ 利用者に対し、必ず、訪問看護1回/月以上の訪問を実施
  - 包括ケアチームへのリハ評価・助言の機能も付加し、チームアプローチを推進したらどうか

7

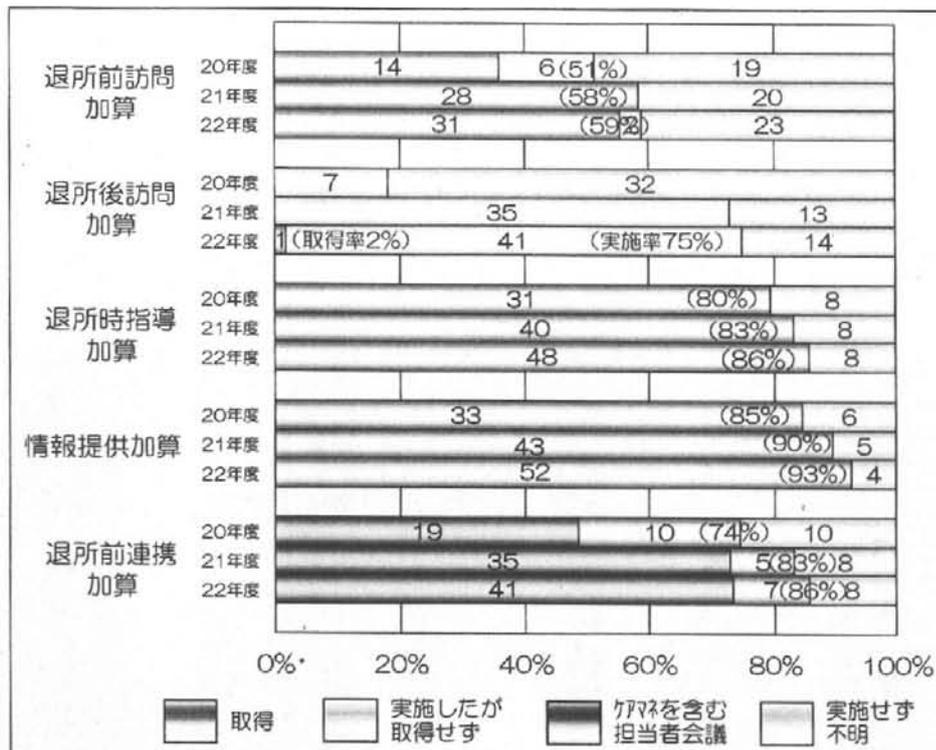
# 退院・退所日から通所リハ・訪問リハ開始までの日数



- ・在宅からのサービス利用に時間がかかっている  
(理由：申請後に担当者会議実施、日程調整等時間要す)

8

# 老健伸寿苑における自宅復帰者の地域連携



- ・在宅施設への入所の場合、実施されていないことが多い。
- ・再利用者は退所前より退所後訪問が多い。

- ・「退所後にお金を取るの？」と言われ、算定し辛い。
- ・在宅施設への入所の場合、実施されていないことが多い。

- ・グループホームの場合は取得できない。

- ・1か月未満入所は取得不可。

- ・計画的な退所の場合はほぼ全員に実施。
- ・70%はケアマネも参加し担当者会議
- ・グループホーム・1か月未満の場合、取得不可。

9

# 医療と介護の連携に関する提案

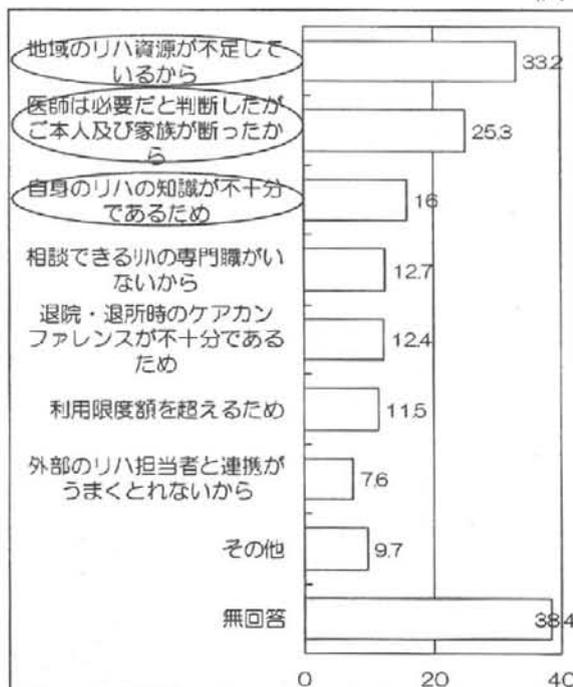
- 現状
  - 脳卒中連携パス（地域連携診療計画）は、生活期まで普及していない
    - 算定要件や手順が煩雑
    - とくに、かかりつけ医の参加が得にくい
  - 在宅からの通所・訪問リハへの導入に時間がかかっている
    - ケアプランの作成と利用準備に手間取る
  - 老健から自宅復帰する際の地域連携は円滑に行われている施設もある
    - 全国の実態は不明、調査中
- 連携に関する提案
  - 脳卒中連携パスの算定要件を簡略化し、かかりつけ医の参加を容易にしたらどうか
  - ケアマネジャー等にリハ的支援が可能な体制を創設し、連携の強化、専門性の向上、チームアプローチの発展につなげたらどうか
  - 将来的には、医療と介護の連携を図るため、両者に存在するリハ・サービスの評価（報酬など）を同等にすべき

10

## ケアマネジャーのリハ活用困難理由と活用に必要なこと

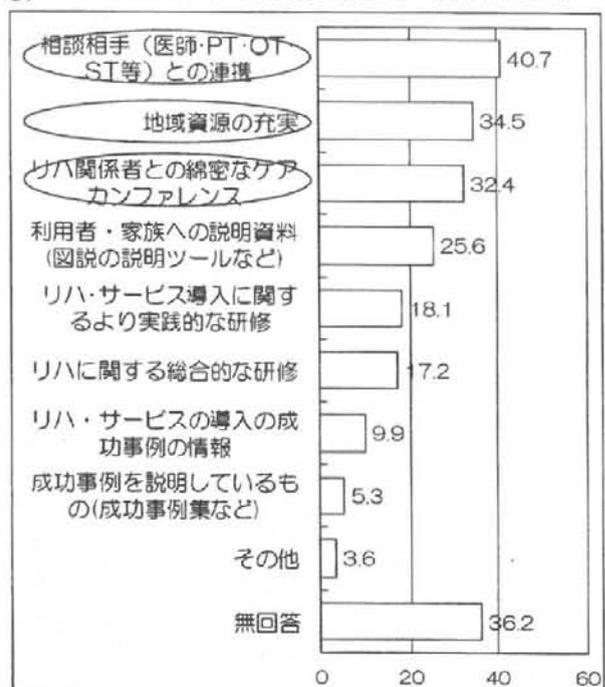
《リハ・サービスの導入が適切にできない理由》

(N=850)



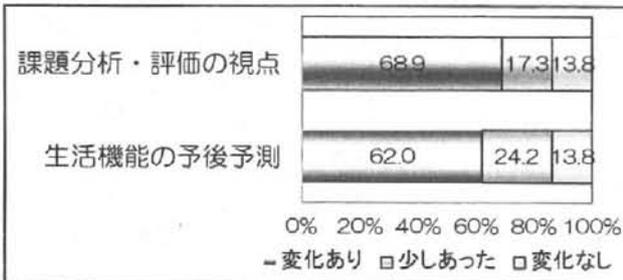
《リハ・サービスを円滑に導入し

効果的に実施するために必要なもの》

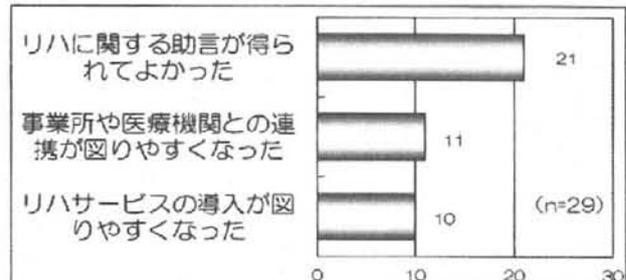


# ケアマネジャー支援モデル事業における変化・感想・まとめ

ケアマネジャーの意識・視点の変化



モデル事業に参加したケアマネジャーの感想



## まとめ

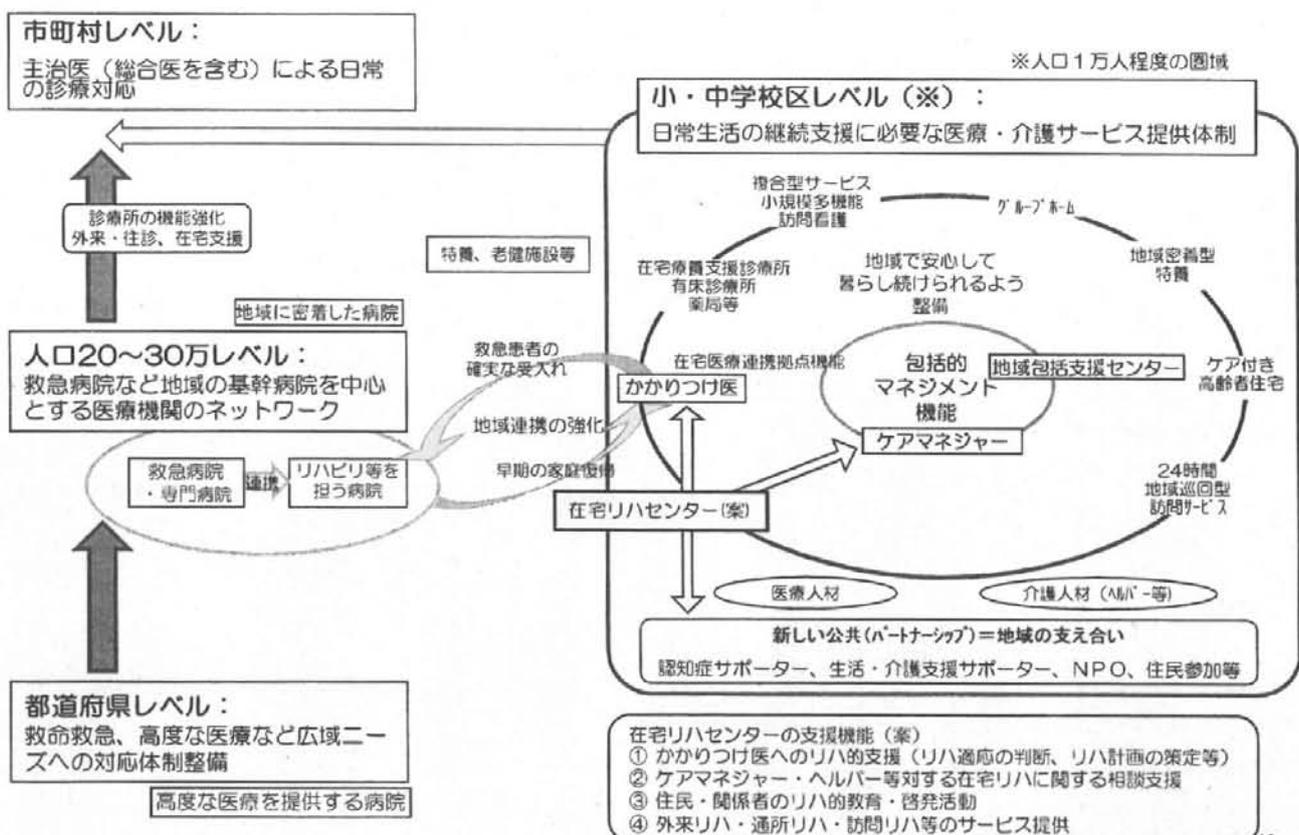
- リハに携わる医師・PT・OTの助言は、介護支援専門員だけでなく要援護者や家族に対しても効果があり、このようなリハ専門職を配置した在宅のリハ拠点施設を整備することは、地域包括ケアシステムを構築・推進するうえで有効。
- 介護支援専門員に助言等を行うPT・OT等は、居宅介護支援への理解が必要不可欠であり、このような観点から当該資格を有する必要性がある。
- リハに携わる医師等が関与することで、かかりつけ医と介護支援専門員の連携が円滑となり、チームとしてのサービス提供がより推進される。

## 検討事項

- リハに携わる医師やPT・OT等の助言については、内容・タイミング・効果の予測など、より詳細な検討が必要である。

平成22年度「包括的な在宅リハビリテーション提供拠点のあり方に関する研究」（厚労省補助金事業）12

## 医療・介護の供給体制とリハ支援機能、地域包括ケアチームの活性化



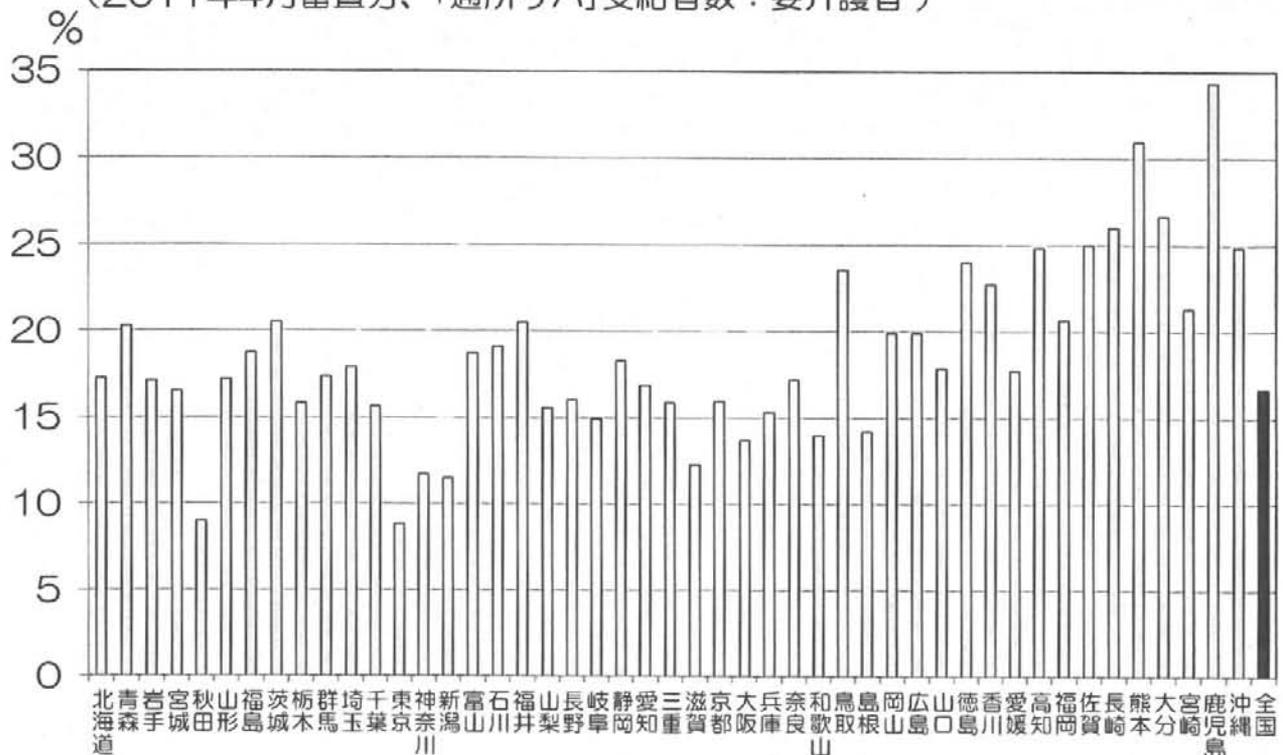
# 参考資料

## 研究会報告「高齢者リハの現状」とその後の主な改定内容

高齢者リハの現状 (04年、高齢者リハ研究会)	1. 急性期リハ医療が不十分	2. 長期間、効果が明らかでないリハ医療が行われている	3. 医療から介護への連続するシステムが機能していない	4. リハとケアとの境界が不明確(リハとケアの混同)	5. 在宅リハが不十分
06年診療報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療保険では、急性期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハを行なう</li> <li>疾患別リハ施設基準</li> <li>個別リハの実施時間2時間/日 → 3時間/日</li> <li>標準的算定日数上限の設定</li> </ul>				
			・地域医療連携バス新設(大腿骨頸部骨折)	・集団リハの廃止	
介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険では、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持・向上を目指したリハを行なう</li> </ul>				
				<ul style="list-style-type: none"> <li>短期集中リハ加算</li> <li>リハマネ加算</li> <li>老健に認知症短期集中リハ加算新設</li> </ul>	
08年診療報酬改定	・早期リハ加算の新設	・回復期リハに質の評価(アウトカム指標)の試行的導入	・連携バスの対象疾患に脳卒中追加		
09年介護報酬改定		・通所リハ短期集中リハの3ヵ月起の廃止 → 個別リハ加算(3ヵ月起)新設(月13日まで)	・医療連携加算、退院・退所加算の新設	<ul style="list-style-type: none"> <li>通所リハと介護療養に認知症短期集中リハ加算新設</li> <li>老健短期入所に個別リハ加算新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>短時間通所リハ新設</li> <li>訪問リハ・通所リハにサービス提供体制加算の新設</li> <li>訪問看護7の50%制限撤廃</li> </ul>
10年診療報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>早期リハ加算、脳血管リハ料の引き上げ</li> <li>運動器リハ料Ⅰの新設</li> <li>癌患者リハ料の新設</li> <li>亜急性期病棟のリハ提供体制加算の新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期リハに質の評価(プロセス指標)の追加導入</li> <li>365日リハ実施体制(休日加算)</li> <li>1日6単位以上を評価(充実加算)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域連携診療計画退院計画加算、地域連携診療計画退院時指導料Ⅱの新設</li> <li>介護支援連携指導料の新設</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>維持期の月13単位までのリハを継続</li> <li>STに限り医療機関の併用を認める</li> </ul>

## 都道府県別、通所リハ受給者数の居宅サービス受給者数に占める割合

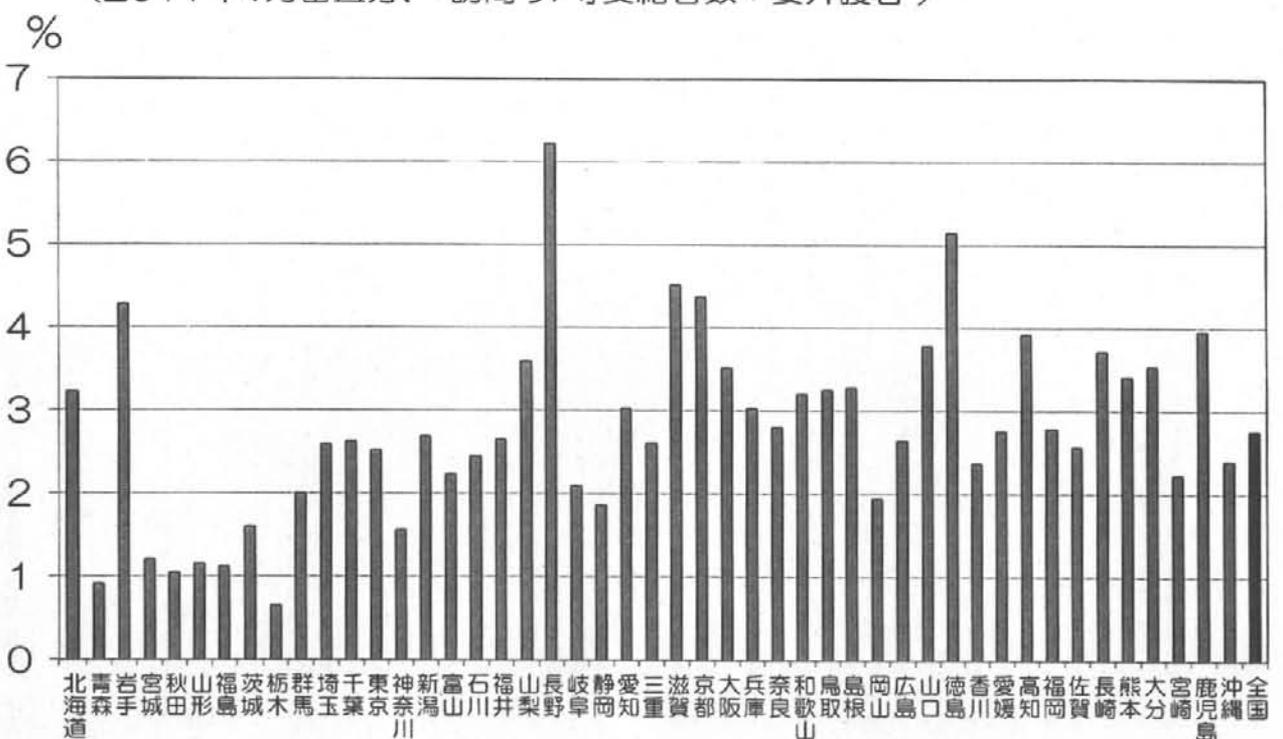
(2011年4月審査分、「通所リハ」受給者数：要介護者)



※ 通所リハの都道府県格差は4倍

## 都道府県別、「訪問リハ」受給者数の居宅サービス受給者数に占める割合

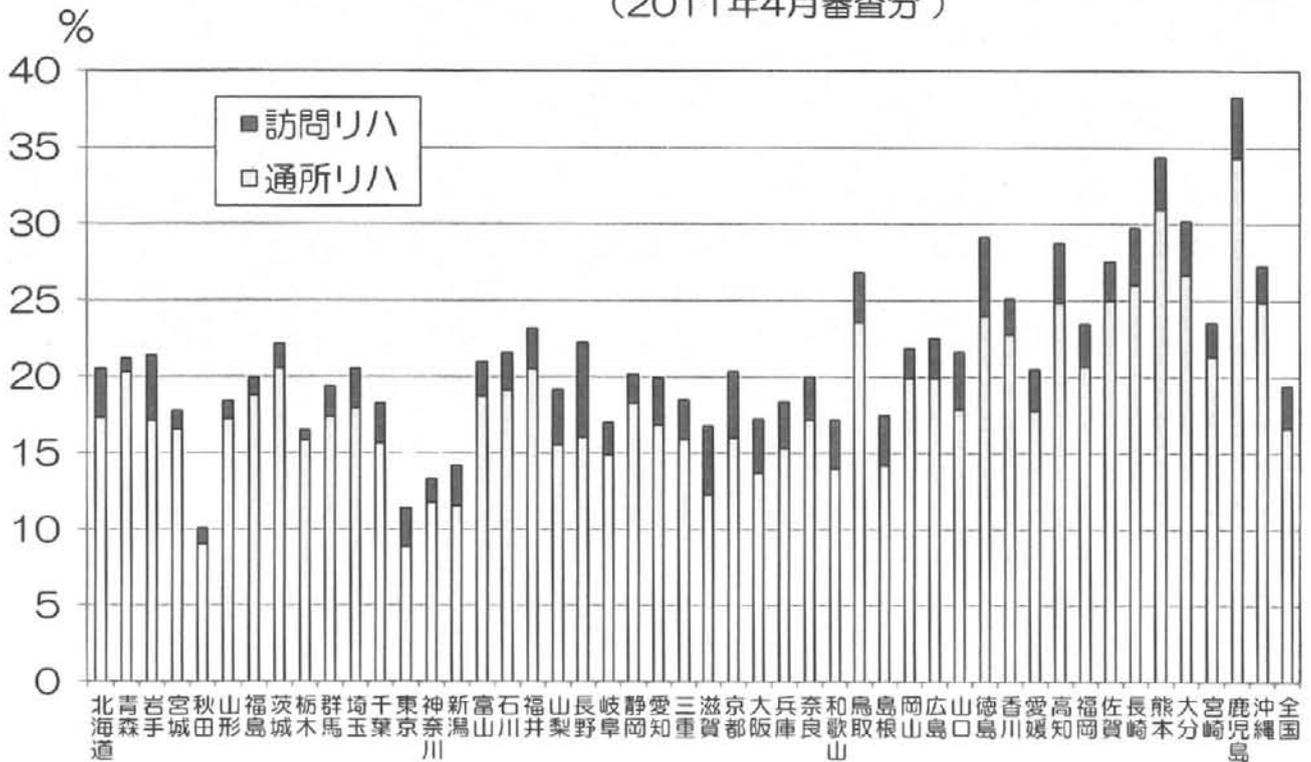
(2011年4月審査分、「訪問リハ」受給者数：要介護者)



※ 訪問リハの都道府県格差は10倍

都道府県別、「通所リハ+訪問リハ」受給者数の居宅サービス受給者数に占める割合

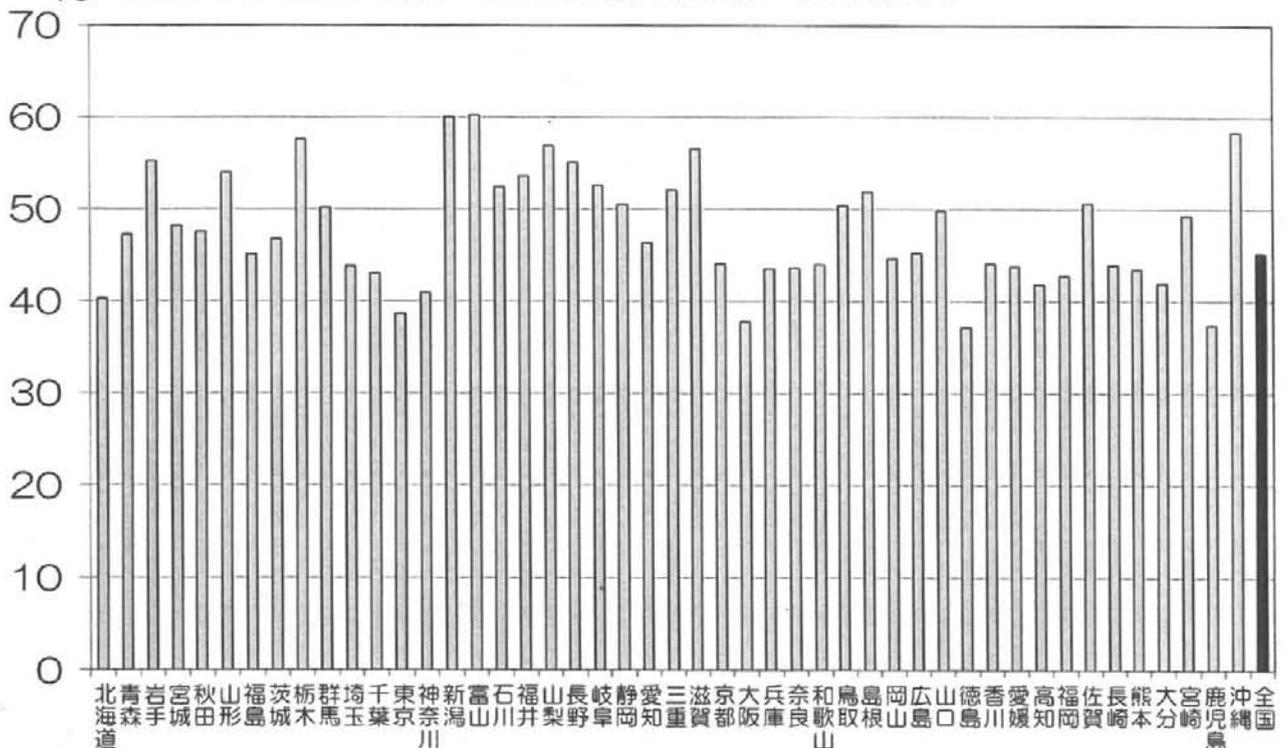
(2011年4月審査分)



※ 「通所リハ+訪問リハ」の都道府県格差は3.8倍

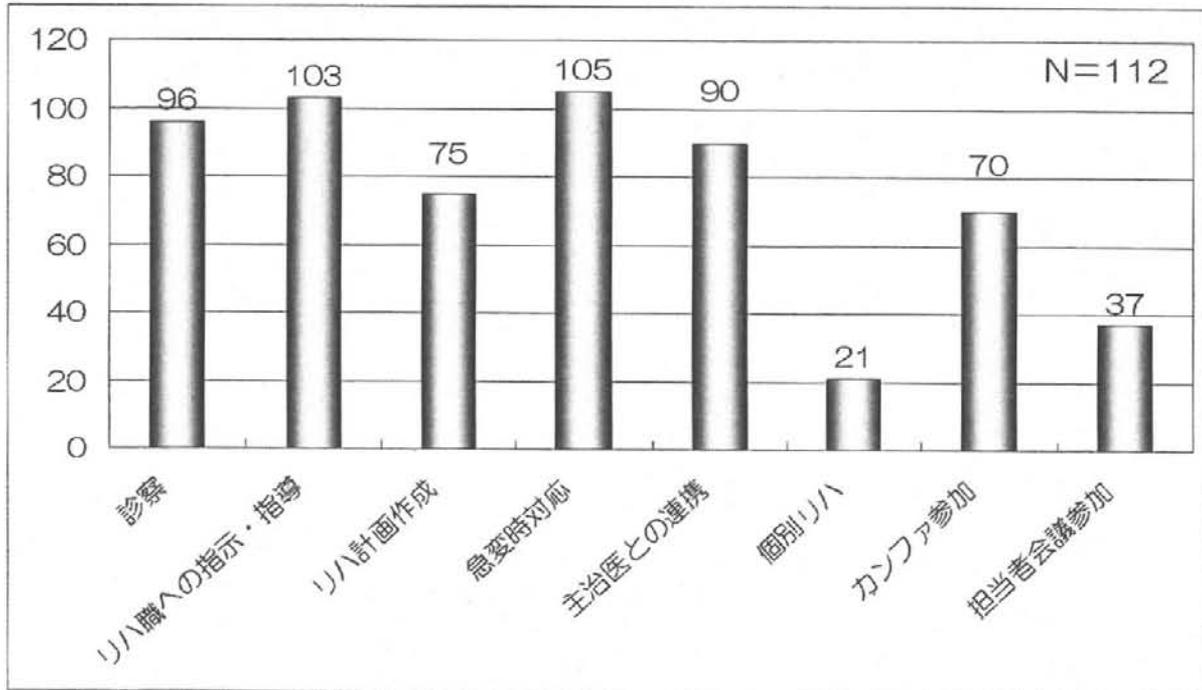
都道府県別、「通所介護」受給者数の居宅サービス受給者数に占める割合

%(2011年4月審査分、「通所介護」受給者数：要介護者)



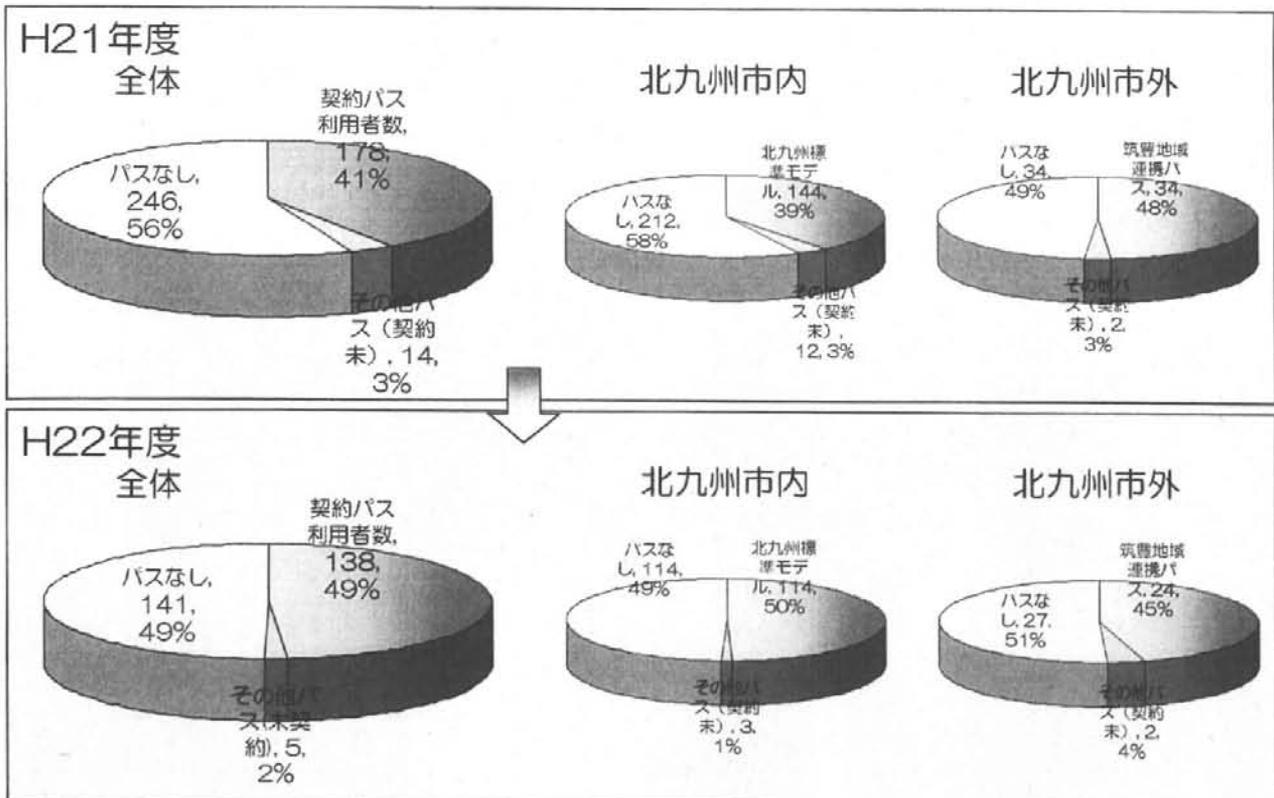
※ 通所介護の都道府県格差は1.6倍

# 研究事業結果に見る通所リハにおける医師の業務内容



平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業分）  
 リハビリテーションの提供に係る総合的な調査研究事業  
 「通所系サービスにおける専門的リハビリテーション提供のあり方に関する研究」

# 小倉リハ病院における脳卒中連携パスの活用状況



・ 50%がパス利用（説明が間に合わず、病状が重い など）