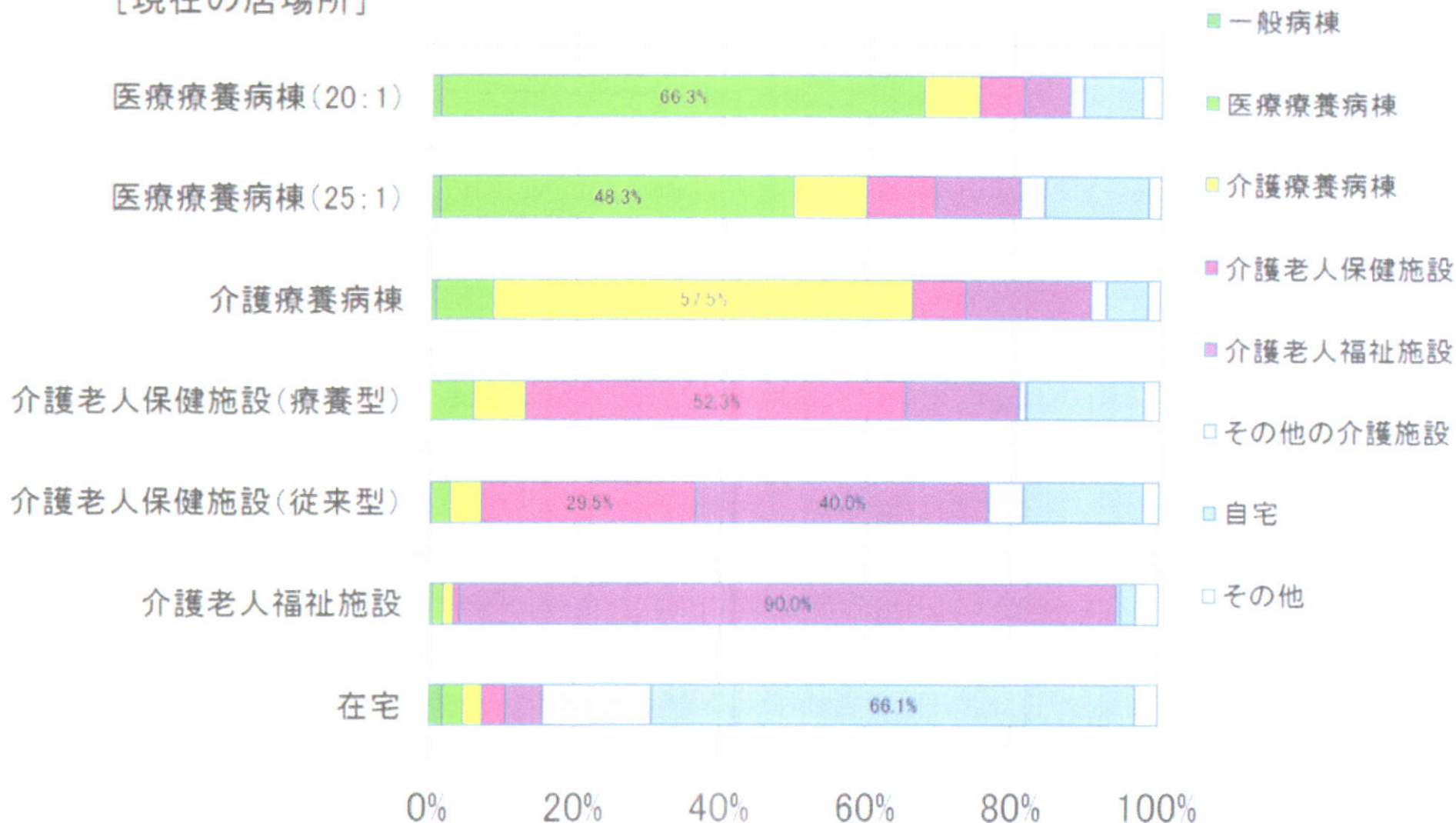


病状の見通しを踏まえて、施設が最も適切と考える今後の療養・生活の場

[現在の居場所]



出典:平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(速報値)

介護老人保健施設の役割

1. 包括的ケアサービス施設
2. リハビリテーション施設
3. 在宅復帰施設
4. 在宅生活支援施設
5. 地域に根ざした施設



全老健第 23-335 号
平成 23 年 11 月 4 日

民主党厚生労働部門会議座長 長妻 昭 殿
医療・介護 WT 座長 柚木道義 殿

公益社団法人全国老人保健施設協
会 長 山 田 和 彦



平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

地域包括ケアシステムにおいて、介護老人保健施設が地域に根ざした総合的な在宅生活支援拠点として機能できるよう以下について要望いたします。

要 望 事 項

1. リハビリテーション提供体制の充実
 - (1) 医師要件の創設
 - (2) リハビリ専門職 100:3 体制の創設
 - (3) 集中的に提供するリハビリテーションの充実
 - (4) 短期集中リハビリテーションのリセット要件の検討
 - (5) 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション提供体制の明確化
 - (6) 訪問リハビリテーション提供体制の充実
2. 実態に合った在宅復帰率の評価
3. 介護老人保健施設入所者に対する医療の見直し
 - (1) 一週間程度の入院治療で対応できる感染症等の疾患は、老健施設内で出来高払いにより治療を行うことができるよう見直す
 - (2) 認知症治療薬、ホルモン療法治療薬等を含む抗悪性腫瘍薬、神経難病治療薬は包括外とする
 - (3) 介護老人保健施設入所者について算定できない指導料等の見直し
 - (4) 緊急時施設療養費について対象病態像の明確化と、対象範囲拡大、算定日数延長
4. 認知症ケア体制の充実
 - (1) 精神科病棟から退院する認知症の方の受け入れ促進とこれについての評価
 - (2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定回数の拡大(週 5 回まで)
 - (3) 認知症短期集中リハビリテーション後の小集団による認知症リハビリテーションの継続(週 3 回まで)
 - (4) 認知症の早期発見に資するため、利用者全員につきアセスメントを実施することの評価
 - (5) 認知症の切れ目ないケアを実施するため、介護支援専門員資格を有する支援相談員の配置
5. 短期入所療養介護の緊急時利用についての見直し
6. 介護支援専門員、支援相談員の役割の明確化
7. 介護職員以外の直接処遇職員にも処遇改善交付金を支給できるよう、設計の見直し
8. 補足給付の見直し

以上

要望事項の説明

介護老人保健施設は在宅復帰・在宅支援、及び、維持期リハビリテーション提供施設として位置付けていますが、創設当初に較べ利用者の高齢化と重度化、医療必要度の高い利用者の増加に伴い、近年では在宅復帰率の低下、入所期間の長期化という課題を抱え、本来の機能が発揮されていない点が指摘されているところです。

そのような課題を抱えながらも、私たち介護老人保健施設は、2025 年の地域包括ケアシステムの時代に向け、名実ともにリハビリテーションの充実した在宅復帰・在宅支援施設として機能したいと考え努力しているところであります。そのような意味で、今般の平成 24 年度介護報酬・診療報酬同時改定は、介護老人保健施設が将来に向けて地域包括ケアシステムのもとで望まれる機能を発揮していくための最初の重要な改定と考え、以下について要望いたします。

1. リハビリテーション提供体制の充実

(1) 医師要件の創設

介護老人保健施設は介護保険で提供される維持期リハビリテーションの中核施設と位置付けられ、創設当初からリハビリ専門職を必置とされてきました。当初確保が困難であったリハビリ専門職の配置も近年充足しつつあり、適時適切なリハビリテーション提供体制も整って来つつあります。

平成 18 年度介護報酬改定時に創設された「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」では、介護老人保健施設の医師が認知症診断と認知症リハビリテーションに関する研修を受講することが要件のひとつとされていますが、身体のリハビリテーションについてもこれに準じた形の医師研修要件を創設し、維持期リハビリテーションの知識を持つ医師が利用者の状態を評価し、リハビリ専門職に対し必要なリハビリテーションに関する指示を行う体制を整えることを要望します。

(2) リハビリ専門職 100:3 体制の創設

介護老人保健施設においては運営基準上、週 2 回の機能訓練を行うこととされています。もしこの週 2 回の機能訓練をリハビリ専門職が個別に 20 分以上行うとすると入所者 100 人に対して 2.3 人以上の配置が必要となります。より充実したリハビリ提供体制としていくために、現行の介護老人保健施設の人員基準である、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が常勤換算方法で入所者の数を 100 で除して得た数以上に加えて、利用者 100 人に対し理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 3 人以上配置する新たな体制及び報酬体系を設け、リハビリテーション提供体制の強化の方向について評価していただくことを要望します。

なお、このリハビリ専門職 100:3 体制については、(1)の要件を満たした医師の指示のもとで、リハビリ専門職が少なくとも週 1 回、利用者に個別に 20 分以上対応しアセスメント等を行うことを要件としていただくようお願いします。

(3) 集中的に提供するリハビリテーションの充実

集中的に提供するリハビリテーションについては、介護保険で提供するリハビリテーションといえども利用者の状態像や病状の経過によっては医療保険並みのリハビリテーション量を提供できる体制が求められるところです。

具体的には、20分を1単位とした場合、入所サービス、通所リハビリテーションともに最大6単位、120分程度を上限として、(1)の要件を満たした医師の判断及び指示のもとで、必要に応じ一定期間十分なリハビリテーションを提供できることとし、これについて評価していただくよう要望します。

(4) 短期集中リハビリテーションのリセット要件の検討

現行の入所サービスにおける短期集中リハビリテーション実施加算では、利用者が退所し、過去3月の間に当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする、いわゆるリセット要件が存在します。

しかし、入所中や退所後間もない時期であっても肺炎等で生活機能が低下するなど、何らかの原因で生活機能が落ちた場合、速やかに集中的に十分量のリハビリテーションを提供することで、生活機能の回復を図ることが可能になると考えられます。このことは生活機能を維持し在宅限界を高めるためにも不可欠です。

生活機能レベルが低下する原因となる疾患等が発生した際に、(1)の要件を満たした医師の判断で、速やかに集中的に十分量のリハビリテーションを提供することが出来るようリセット要件の見直しを要望します。

(5) 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション提供体制の明確化

介護老人保健施設に併設される通所リハビリテーションについては、(1)の要件を満たした医師が、月1回程度のリハビリテーションに関わる診察を行い、リハビリ専門職への指示を行うこと等、リハビリテーション提供体制を明確化し、より質の高いサービスとして評価することを要望します。

(6) 訪問リハビリテーション提供体制の充実

介護老人保健施設の訪問リハビリテーションについては、入所利用者は退所日、通所リハビリテーションは最後に利用した日から1月以内に訪問リハビリテーションを行った場合に算定できることとされています。また、介護老人保健施設の医師は利用者の退所時に1回のみ、有効期間が1カ月の訪問リハビリテーションの指示ができるのみです。介護老人保健施設の訪問リハビリテーション提供が少ないとの指摘がありますが、このような老健施設の医師の指示に制限が設けられていることも要因のひとつと考えられます。

在宅生活支援を行い在宅限界を高めることも老人保健施設の重要な機能と考えており、そのためにも介護老人保健施設からの訪問リハビリテーション提供の充実は大変重要な課題であり、通所リハビリテーション利用者や短期入所療養介護利用者等、老健施設を継続して利用する利用者については、(1)の要件を満たした老健施設の医師が継続して訪問リハビリテーションの指示を行えるよう見直しをお願いしま

す。

また、地域によっては通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの同時提供が認められないという実態がありますが、在宅生活を支援するうえで異なる機能を持つ訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションについては、必要に応じて同時に提供できるよう制度の見直しを要望します。

2. 実態に合った在宅復帰率の評価

在宅復帰機能については「在宅復帰支援機能加算」として報酬上評価されています。現在の「在宅復帰支援機能加算」では、要介護度に関わらず 1 か月以上の在宅生活が見込まれることが算定要件とされていますが、利用者の介護の必要性によって在宅生活の困難さは明らかに差があります。

いっぽう、在宅においてその利用者の居場所を確保するという観点から、短期間であっても在宅生活を継続する機会を設けることは、在宅復帰の促進及び利用者の生活の質を確保するうえでは重要な要素となります。

以上のことなどを踏まえ、要介護1・2の利用者と比べ在宅生活がより厳しい要介護3・4・5の利用者については在宅生活が見込まれる期間が 1 週間程度でも在宅復帰支援機能加算の在宅復帰者に加えるとともに、1週間程度の入院により退所したのち、当該介護老人保健施設に再入所した利用者については計算上、退所者の総数から除外する等、在宅復帰率算出方法の見直しを要望します。

併せて、在宅復帰支援機能加算、退所時指導等加算における「在宅」の範囲について明確化することを要望します。

3. 介護老人保健施設入所者に対する医療の見直し

介護老人保健施設は医師・看護職・リハビリ専門職を必置とし、医療提供施設として位置付けられますが、介護老人保健施設で行う日常的な医療の範囲が基本的に制度創設当初のままで、費用についても介護報酬に包括化されているため医療提供について制限が生じている実態があります。

いっぽう、地域医療が厳しい状況に直面するなかで、医師を配置する老健施設がより積極的に医療提供を行うことにより、急性期病院への救急搬送を減らす等、地域医療に貢献する可能性が高いものと思料します。

これらの実態を踏まえ、介護老人保健施設入所者に対する医療提供が報酬上もより拡充され、利用者が安心して療養に専念できるよう、以下の見直しを要望します。

- (1) 一週間程度の入院治療で対応できる感染症等の疾患は、老健施設内で出来高払いにより治療を行うことができるよう見直す
- (2) 認知症治療薬、ホルモン療法治療薬等を含む抗悪性腫瘍薬、神経難病治療薬は包括外とする
- (3) 介護老人保健施設入所者について算定できない指導料等の見直し
- (4) 緊急時施設療養費について対象病態像の明確化と、対象範囲拡大、算定日数延長

4. 認知症ケア体制の充実

認知症高齢者増への対応は避けることの出来ない重要かつ深刻な課題です。介護老人保健施設には平成 18 年度介護報酬改定より、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が創設され、認知症を持つ高齢者の新たなケア体制を構築してきたところです。また、進行性疾患である認知症のリハビリテーションについては、切れ目のない提供が利用者の状態像維持に不可欠であることが、当協会の研究事業により証明されてきました。

専門性の高い対応が求められる認知症高齢者には、介護老人保健施設等の認知症ケアの実績を持つ介護保険サービスが、地域の医療機関と連携して適切に対応していくことが求められます。

認知症高齢者の対応においても介護老人保健施設が専門性を発揮し、地域の受け皿として機能できるよう以下について要望します。

- (1) 精神科病棟から退院する認知症の方の受け入れ促進とこれについての評価。
- (2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定回数の拡大(週 5 回まで)。
- (3) 認知症短期集中リハビリテーション後の小集団による認知症リハビリテーションの継続(週 3 回まで)。
- (4) 認知症の早期発見に資するため、利用者全員につきアセスメントを実施することの評価。 ※必須項目：MMSE、HDS-R、周辺症状(DBD-i13)等
- (5) 認知症の切れ目のないケアを実施するため、介護支援専門員資格を有する支援相談員の配置。

5. 短期入所療養介護の緊急時利用についての見直し

短期入所療養介護は、我々老健施設をはじめ病院診療所等で空床利用の形で運営されています。しかし、入所希望者が多い現状においては、計画的利用は別として緊急的に利用希望があっても、空床がないことが多く対応しきれない状況です。在宅生活を支援する立場の介護老人保健施設としては、緊急的な短期入所療養介護の希望に積極的に対応する体制を作るために、一定量の空床を常に準備しておくことについて報酬上評価していただくことを要望します。

6. 介護支援専門員、支援相談員の役割の明確化

介護老人保健施設にはケアプラン作成を目的とした介護支援専門員の配置が義務付けられていますが、創設時から配置することを求められている支援相談員との間で業務内容の重複があり少なからず現場に混乱が生じています。

また、従前より多職種協働を標榜する介護老人保健施設においては、相談職員のほかにも、医師、看護職員、リハビリ専門職、介護職員、栄養部門等の多職種が情報共有し、利用者の状態像を踏まえたケアプランを作成することを旨としてきました。

このことから、介護老人保健施設における介護支援専門員の役割の明確化について、以下のように要望します。

- (1) 介護老人保健施設退所時のケアプランは、退所後の生活へスムーズに移行するために利用者の状態像を把握している老健施設の介護支援専門員が策定し、それを評価することとし、退所後の在宅生活支援について地域の居宅介護支援事業所と連携して、スムーズな在宅サービスへの移行を目指す。
- (2) 介護老人保健施設入所中のケアプランは介護支援専門員のみで義務付けすることなく、多職種協働で作成することとする。

7. 介護職員以外の直接処遇職員にも処遇改善交付金を支給できるよう、設計の見直し

介護従事者の人材確保は今後の大きな課題です。多職種協働でサービス提供する介護老人保健施設においては、介護職員とともに、看護職員、リハビリ専門職等についても、地域により人材確保が困難な実態があります。

この点も踏まえ、介護職員以外の直接処遇職員にも処遇改善交付金に見合う処遇の改善が可能となるよう、財源確保の上で基本報酬に組み込むなど制度設計の見直しを要望します。

8. 補足給付の見直し

平成 17 年 10 月の介護保険制度改正で利用者の居住費・食費が保険給付の対象外となり自己負担化されたことに伴い、低所得者の負担軽減を目的に導入された補足給付(特定入所者介護サービス費)は、介護保険からの給付ではなく、本来、福祉施策として実施されるべきものです。

平成 20 年度決算ベースで、補足給付はすでに介護(予防)給付費の 3.7%に相当する 2,397 億円が支給されており、介護保険財源を圧迫するとともに要介護高齢者を抱える世帯の中には補足給付を受けるための世帯分離現象が起きています。

また、居住費・食費の平均的な費用として全国一律で決められている「基準費用額」は、食費の上限設定につながり、食の貧困化につながっているという指摘もされているところです。

補足給付の給付対象ならびに財源の在り方について、いま一度検討いただくよう、要望します。

以上

平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

参 考 資 料

公益社団法人全国老人保健施設協会

平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

1. リハビリテーション提供体制の充実

(2)リハビリ専門職100:3体制の創設

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

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)

平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

1. リハビリテーション提供体制の充実

(2) リハビリ専門職100:3体制の創設

平成 23 年度老人保健健康増進等事業分「介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰・在宅生活支援に関する調査研究事業」の調査結果より

入所定員100人あたりに占める専従のリハ職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)の人数が3人以上の施設とそれ以外(3人未満)の施設とに分けて比較

リハ職が3人以上のグループでは、

- ・1年間の退所者数が多い
- ・退所者の平均入所日数が短い
- ・自宅への退所者数が多い
- ・短期集中リハビリテーション(身体・認知症ともに)を積極的に実施している

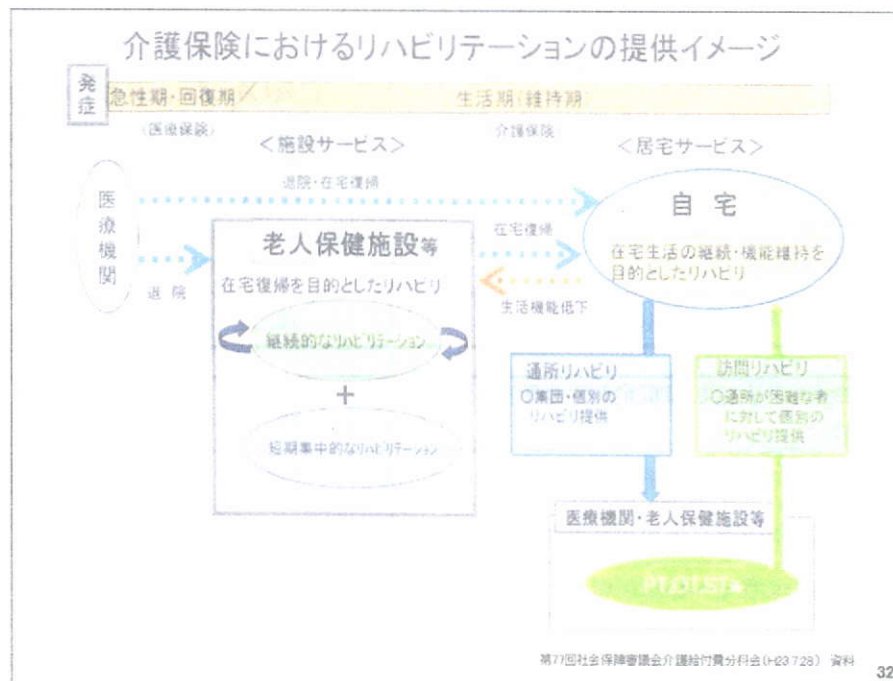
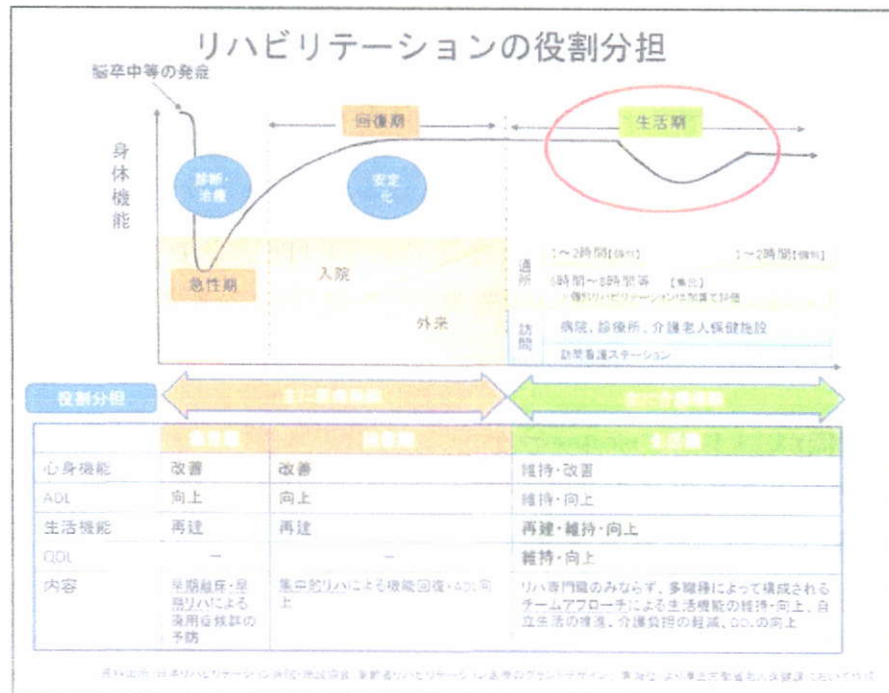
上記の項目において有意差が認められた。

	入所定員100人当たりの専従のリハ職数		有意差
	3人以上(n=561)	3人未満(n=1069)	
1年間の退所者数 (H22.4～H23.3)	93.0人	87.6人	P<0.05
上記退所者の平均入所日数	249.8日	274.0日	P<0.05
上記退所者のうち自宅への退所者数	22.1人	18.4人	P<0.05
1年間の短期集中リハ実施加算算定利用者数 (H22.4～H23.3)	48.0人	36.7人	P<0.05
上記実施者のうち在宅への退所者数	12.6人	9.2人	P<0.05
1年間の認知症短期集中リハ実施加算算定利用者数	15.5人	9.5人	P<0.05
上記実施者のうち在宅への退所者数	5.3人	2.9人	P<0.05

平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

1. リハビリテーション提供体制の充実

(4) 短期集中リハビリテーションのリセット要件の検討



平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

2. 実態に合った在宅復帰率の評価

在宅復帰支援機能加算を算定していない理由として
「O2 1ヶ月以上在宅生活を送る見込みが確認できない」
を挙げている施設(181施設)の在宅復帰率

A 平成22年4月～平成23年3月末までの延べ退所者数(平均)	97.0人
B うち自宅への退所者数(平均)	25.0人
C 有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウス、グループホーム等への退所者数(平均)	4.6人
在宅復帰率 (B+C)÷A	30.5%

平成23年度老人保健機能増進等事業分「介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰・在宅生活支援に関する調査研究事業」の調査結果より

平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

3. 実態に合った在宅復帰率の評価

退所先による加算算定の可否(厚労省確認済み)

退所先										死亡退所
自宅	医療機関 ・病院 ・診療所	介護保険施設 (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)	グループホーム (認知症対応型 共同生活介護)	有料老人 ホーム	ケアハウ ス	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	高齢者専用 賃貸住宅 (高専賃)		
ターミナルケア加算										
従来型老健	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護療養型老健	○	×	×	×	○	○	○	○	○	○
退所時等指導加算										
退所前後訪問指導加算	○	×	×	○	○	○	○	○	○	×
退所時指導加算	○	×	×	×	○	○	○	○	○	×
退所時情報提供加算	○	×	×	○	○	○	○	○	○	×
退所前連携加算	○	×	×	×	○	○	○	○	○	×

在宅復帰支援機能加算										
※算定要件: 在宅復帰支援機能加算Ⅰ					在宅復帰支援機能加算Ⅱ					
(A) 在宅において介護をうけることとなったもの					(A) 在宅において介護をうけることとなったもの					
(B) 前6月間で退所した者の総数					(B) 前6月間で退所した者の総数					
>50%					>30%					
※ (A) 算定要件の 分子に含まれるもの	○	×	×	○	○	○	○	○	○	×
※ (B) 算定要件の 分母に含まれるもの	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

3. 介護老人保健施設入所者に対する医療の見直し

医療保険と介護保険の給付調整のイメージ②

	自宅	特定施設 入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人 ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
手術・放射線治療 急性増悪時の医療等					緊急時医療費
特殊な検査 (例: 造影検査など) 簡単な画像診断 (例: エックス線撮影など)				医療保険で給付	
投薬・注射 検査 (例: 血液・尿など) 処置 (例: 創傷処置など)					介護保険で給付
医学的指導管理					介護保険で給付

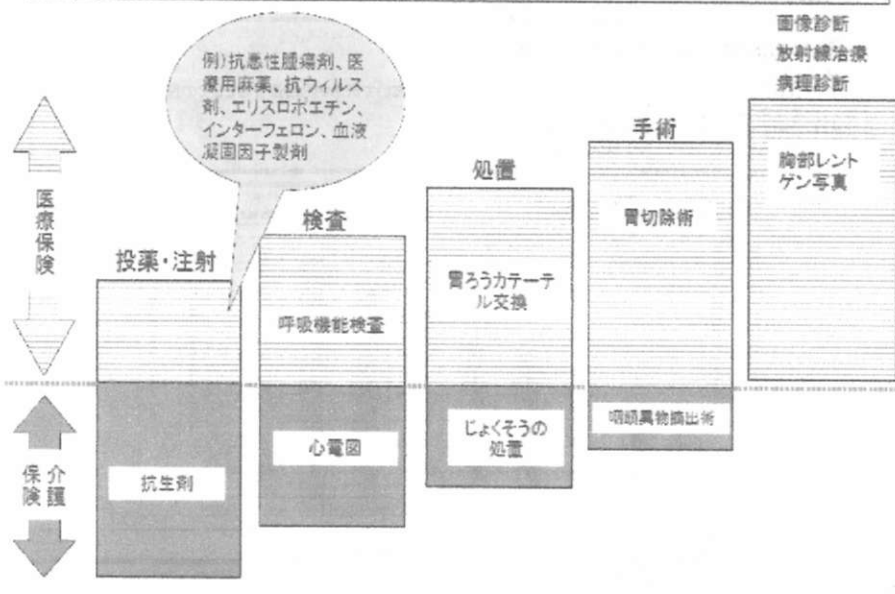
※1) 介護老人保健施設においては、入居者の病状が重く悪化した場合に、緊急時やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時医療費を算定できる。
 ※2) 介護療養型医療施設においては、入居者に対して、診療管理、リハビリテーション等が日常的に必要な医療行為について、特定医療費を算定できる。

例1) 簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に含まれている。

例2) 医療用医薬品、処置性医療用一部の投薬・注射については、介護老人保健施設の入所者についても診療報酬を算定できる。

介護老人保健施設における給付調整のイメージ

○ 一般的な検査・処置等については介護保険の基本施設サービス費に含まれているため、医療保険からは給付されない。



平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

3. 介護老人保健施設入所者に対する医療の見直し

介護老人保健施設における緊急時医療の介護報酬上の評価		
○ 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、介護報酬における緊急時施設療養費を算定できる。		
	緊急時施設療養費	
	緊急時治療管理	特定治療
単位数	500単位／日（月に1回連続した3日のみ）	医科診療報酬点数表第1章第2章に定める点数
概要	○入所者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要となった場合に算定。 - 意識障害又は昏睡 - 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 - 急性心不全(心筋梗塞を含む) - ショック - 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) - その他薬物中毒等で重篤なもの	○やむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療 注:算定できないリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療が別に定められている。
算定	31.5千件／年※	—

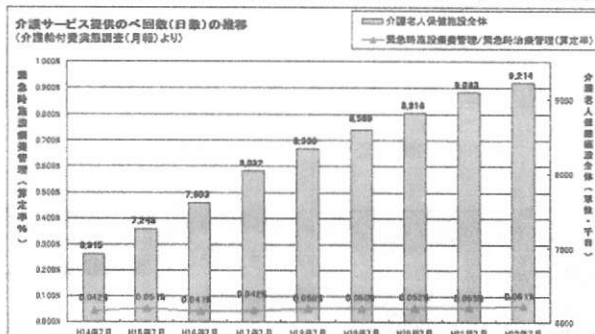
(※) 出典 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成21年度)

不測の事態に対応するための医療提供

緊急時治療管理(1日につき) 500単位

<算定要件>

- (1) 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定
- (2) 緊急時治療管理が行われた場合に3日を限度として算定
- (3) 同一の入所者について1月に1回を限度として算定



緊急時治療管理の問題点(支部にアラインで出された意見等)

- ・ 実地指導の際に記録と照合され、「あまり軽いケースで請求しないように」と口頭指導されたことがある。
- ・ 1月あたりの請求件数が多かった際に照会された。
- ・ 県から「あまり算定しないように」との口頭指導。
- ・ 関係連いわく、「救急救命」の線引きが難しく、緊急性に欠けると判断されたものは返戻になるケースもある。
- ・ 「取りすぎ」と指導されたことがある。

Ⅱ. 考察

1. 日常的な医療対応

昭和 63 年の老人保健施設の制度発足から現在までの 20 年余りが経過し、老健施設は日常的な医療対応の役割を担ってきた。しかし、この間の医学の進歩により、日常の標準的な医療の一部には、専門医により提供される医療や高額な薬剤を用いる治療、定期的な抗がん剤の注射製剤の投与などが含まれるようになり、施設内の医療ニーズが高まってきている。

本調査においても、入所元割合が「急性期(一般病床)から」が約 4 割と最も多くを占め、退所先割合が医療機関と施設内死亡を合わせて 55%となっており、終末期医療も約 4 割の施設で行なわれていることから医療ニーズの高まりが容易に予測される。急性期(一般病床)からの入所が最も多い要因として、急性期医療機関の在院日数の短縮化のもと、入所者の急変や合併症併発により医療機関へ転院治療後、直接老健施設に再入所となっている状況も伺われる。

したがって、老健施設において日常的な医療を行うにあたり、休日・夜間等の時間外における医療提供体制、必要とされる医師、看護師等の人材確保などの整備が求められる。

2. 急変や合併症等の不測の事態の医療対応

本調査結果でも示されている通り、老健施設内では、肺炎、急性気管支炎、尿路感染症、脳出血・脳梗塞、意識障害、慢性心不全の急性増悪、脱水、貧血、誤嚥、認知症の行動障害等の不測の事態が生じる。老健施設で対応したほうがよいと思われる不測の事態への回答の上位は、褥瘡、脱水、带状疱疹、認知症の行動障害、感染性胃腸炎、インフルエンザ、急性気管支炎、尿路感染症(急性腎盂炎等)となっている。ちなみに、肺炎については、調査期間中に自施設で肺炎の対応を行った施設が 24%であった。既に施設内医療ニーズが高まっている状況の中、今後、入所者の要介護度がさらに重度化していくことも踏まえ、施設内の不測の事態は増加する傾向にある。

管理医師の判断のもと、施設内で十分対応可能な医療を行うことは、利用者の転院に伴う物理的負担の軽減となる。特に、認知症高齢者においては、転院による環境不適應(リロケーションダメージ)を生じやすく、しばしば転院と同時に行動障害の増悪をきたし、急性期治療の提供が困難となるケースもみられ、施設内で対応可能な医療を実施することは合理的である。さらには、急性期医療機関へ転院することにより発生する医療費は相当な多額となるため、必ずしも転院を必要とせず、老健施設で対応可能な事例について施設内で医療を提供することは、わが国の総医療費の軽減につながることが期待される。

3. 医療の包括給付方式の見直し

施設内医療ニーズの高まりや不測の事態への医療対応の増加が見込まれるなか、本調査結果において、実施したいが実施できない医療処置の理由として、「医療保険が適応されない」即ち、医療機関受診時の入所者の自己負担部分を除く費用や施設内で施した医療に要する費用が施設負担であることが最も多い結果であった。適切な医療を行うにあたっての問題点・課題についても、「医療保険の拡大」が圧倒的に多い意見としてあげられた。

実際、日常的な医療の一部には、専門医による医療提供が必要とされるもの、高額な薬剤(抗がん剤注射製剤含む)を治療に必要とするなどの背景が存在し、現状の包括給付方式で

は、必要とされる医療提供が困難となる場合もある。また、入所者は、基礎疾患として複数の慢性疾患をもちあわせていることが多く、疾患ごとに適切な治療や重篤化防止のための管理などが必要である。

一方、不測の事態においても、十分医療対応可能な事例でも施設の費用負担が重いために、転院を余儀なくされる可能性も示唆される。たとえば、肺炎においても、医療費の補填があれば、転院することなく施設内で対応可能となる場合も想定される。

したがって、日常的な医療のうち、専門医による医療、高額な薬剤(抗がん剤の注射製剤含む)、その他、高点数の医学管理・指導管理料などに要する費用の一部についての包括給付方式の見直しおよび入所者が有する複数の慢性疾患の治療と管理に対する評価についての検討が求められる。また、施設内で対応可能な不測の事態の医療に対する費用の補填についても検討が必要である。

4-2. 不測の事態への対応が必要となった入所者の有無と対応方法

- 老健施設において比較的良好に発生すると考えられる31の不測の事態について、平成20年10月1日から11月30日の2ヶ月間の発生状況とその対応方法をみたのが次ページのグラフである。
- 平成20年10月1日から11月30日の2ヶ月間に発生した不測の事態としては「肺炎」が70.5%と最も多く、以下「褥瘡」(58.4%)、「認知症の行動障害」(56.3%)、「尿路感染症」(47.3%)、「骨折」(45.2%)が5割前後で続き、「貧血」(39.9%)、「意識障害」(35.8%)、「急性気管支炎」(34.7%)など3～4割を占める不測の事態が11項目と多くなっている。発生した不測の事態に「自施設で対応」したとする割合が4割を超える不測の事態は31項目中15項目と約半数を占めている。
- 施設内での発生率が40%を超える不測の事態について、自施設内での対応率と医療機関へ転院率を整理すると、以下のようになっており、「肺炎」と「骨折」が発生した場合は「医療機関に転院」するケースが多くなっている。

施設内で発生率が40%を超える不測の事態	発生率	自施設内での対応	医療機関への転院率
肺炎	70.5	24.1	70.3
褥瘡	58.4	77.2	7.5
認知症の行動障害	56.3	73.7	12.7
尿路感染症	47.3	65.2	26.2
骨折	45.2	19.4	74.4

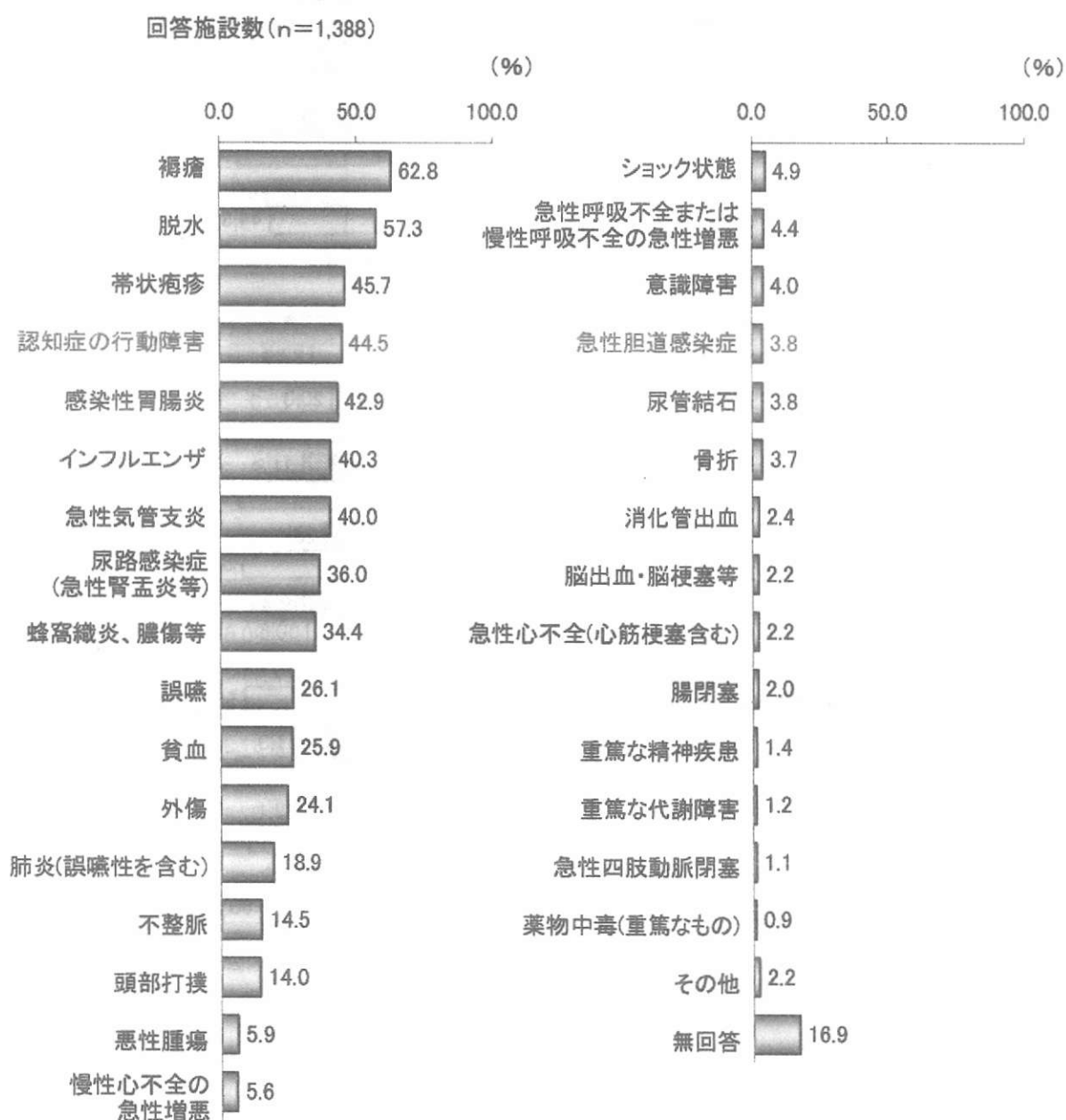
回答施設数 (n= 1,388)	不測の事態への対応が 必要となった入所者が 「いた」割合	対処方法と平均人数		
			自施設で対応 医療機関へ転院	
肺炎（誤嚥性を含む）	70.5	n=978	24.1 70.3	2.3 人 2.4 人
褥瘡	58.4	n=810	77.2 7.5	2.9 人 1.1 人
認知症の行動障害	56.3	n=782	73.7 12.7	7.0 人 1.1 人
尿路感染症 （急性腎盂炎等）	47.3	n=656	65.2 26.2	2.2 人 1.5 人
骨折	45.2	n=628	19.4 74.4	1.3 人 1.5 人
貧血	39.9	n=554	60.5 28.7	3.3 人 1.2 人
意識障害	35.8	n=497	36.8 53.3	2.7 人 1.3 人
急性気管支炎	34.7	n=481	70.1 21.4	3.3 人 1.6 人
頭部打撲	33.9	n=471	70.5 17.8	2.0 人 1.3 人
脱水	32.6	n=452	65.9 21.5	2.3 人 1.5 人
慢性心不全の急性増悪	32.3	n=448	22.5 70.1	1.3 人 1.3 人
誤嚥	32.3	n=449	56.8 33.6	2.5 人 1.5 人
脳出血・脳梗塞等	31.8	n=442	9.5 79.6	1.2 人 1.3 人
蜂窩織炎、膿瘍等	31.6	n=438	59.1 27.9	1.5 人 1.2 人
外傷	31.5	n=437	77.8 12.4	3.2 人 1.5 人
悪性腫瘍	31.2	n=433	44.3 48.0	1.6 人 1.3 人

n=1,388	不測の事態への対応が必要となった入所者が「いた」割合	対処方法と平均人数		
			■ 自施設で対応 □ 医療機関へ転院	
不整脈	27.6	n=383	64.0 21.9	3.2 人 1.1 人
急性呼吸不全または慢性呼吸不全の急性増悪	24.9	n=346	24.0 64.5	1.9 人 1.5 人
消化管出血	22.4	n=311	23.8 66.2	1.2 人 1.2 人
带状疱疹	21.9	n=304	68.8 21.7	1.1 人 1.2 人
急性心不全 (心筋梗塞含む)	19.8	n=275	16.4 71.3	1.6 人 1.2 人
腸閉塞	15.1	n=209	14.8 76.6	1.2 人 1.1 人
ショック状態	14.7	n=204	32.8 57.4	1.6 人 1.2 人
重篤な精神疾患	14.0	n=194	45.9 44.3	1.6 人 1.2 人
急性胆道感染症	12.0	n=166	15.1 75.9	1.1 人 1.1 人
感染性胃腸炎	8.8	n=122	59.8 27.9	3.4 人 1.1 人
急性四肢動脈閉塞	7.9	n=110	20.0 63.6	1.2 人 1.3 人
尿管結石	4.8	n=66	31.8 57.6	1.3 人 1.0 人
重篤な代謝障害	4.6	n=64	23.4 56.3	1.6 人 1.1 人
インフルエンザ	2.6	n=36	41.7 30.6	2.0 人 1.1 人
薬物中毒(重篤なもの)	0.6	n=9	11.1 55.6	— 1.0 人
その他 1	13.1	n=182	31.3 59.3	2.0 人 1.2 人
その他 2	3.8	n=53	32.1 54.7	1.7 人 1.2 人
その他 3	1.3	n=18	33.3 50.0	2.7 人 1.1 人

4-3. 介護老人保健施設で対応したほうがよいと思われる不測の事態

○介護老人保健施設で対応したほうがよいと思われる不測の事態をあげてもらったところ、最も多いのは「褥瘡」であり 62.8%を占めており、以下「脱水」(57.3%)、「带状疱疹」(45.7%)、「認知症の行動障害」(44.5%)、「感染性胃腸炎」(42.9%)、「インフルエンザ」(40.3%)、「急性気管支炎」(40.0%)が 40%以上で続いている。

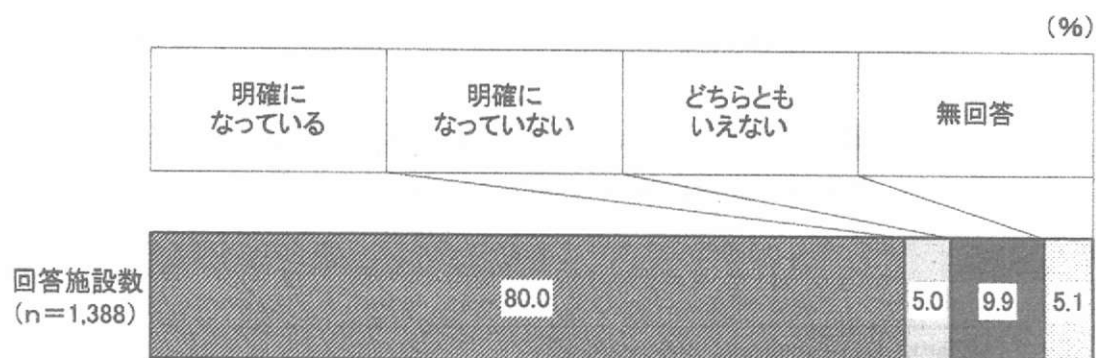
○施設内での発生率が 30%を超え、かつ介護老人保健施設で対応したほうがよいとの回答が 30%を超える不測の事態は「褥瘡」「脱水」「認知症の行動障害」「急性気管支炎」「尿路感染症」「蜂窩織炎、膿瘍等」の 6 つである。



4-10. 入所者の急変など緊急時の対応

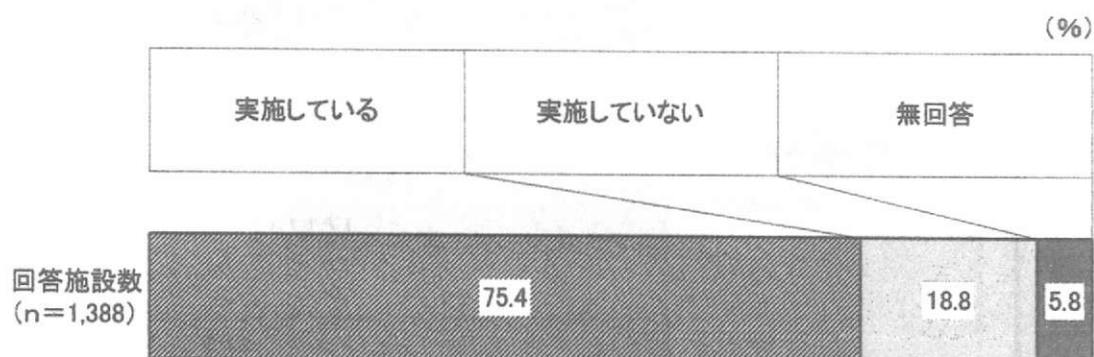
①方針について

入所者の急変等の緊急時の対応等についての方針と手順について「明確になっている」とする施設は80.0%と多数を占めている。



②研修や教育・訓練の実施について

スタッフに対する研修や教育・訓練についても「実施している」との回答が75.4%と多くなっている。



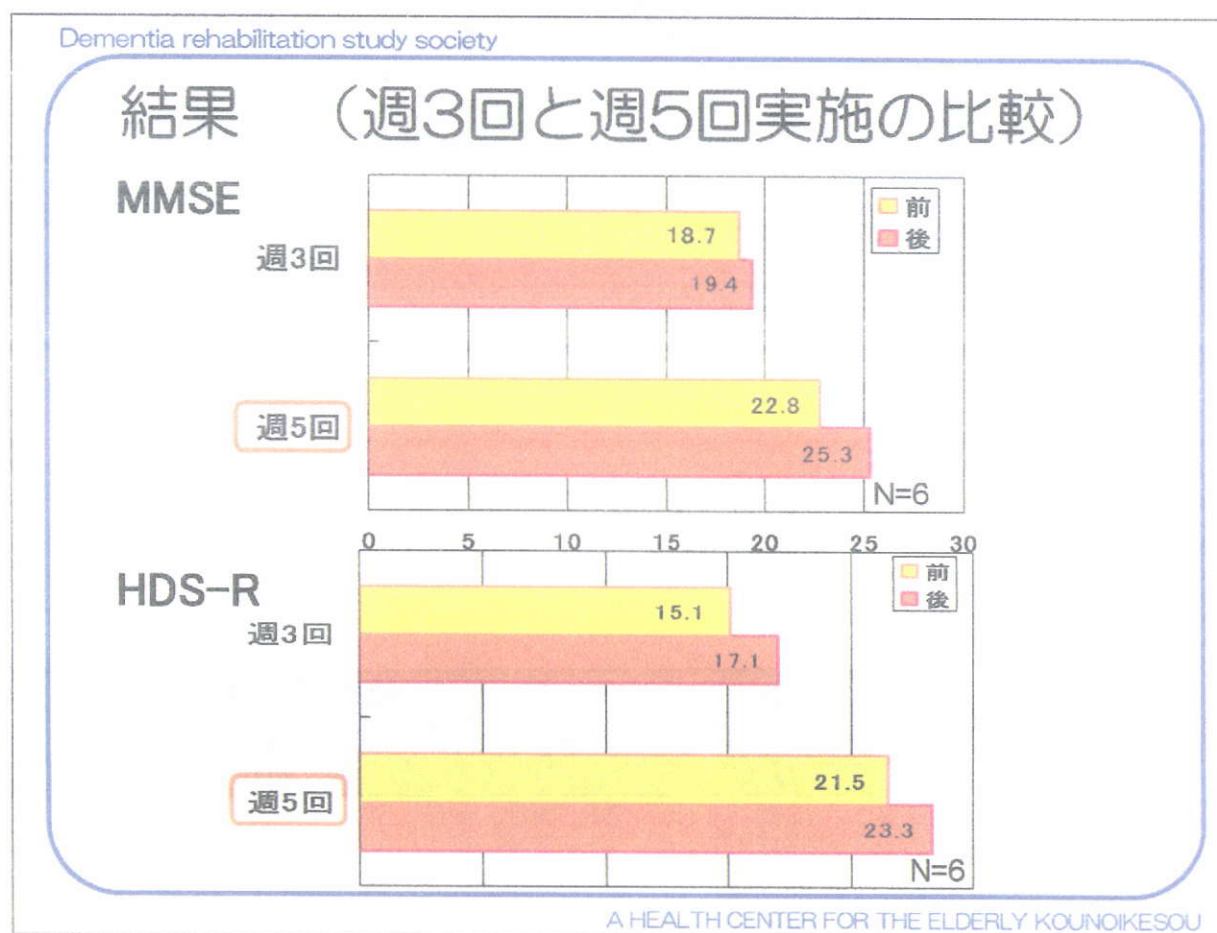
平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

4. 認知症ケア体制の充実

(2) 認知症短期集中リハビリテーションの算定回数の拡大(週 5 回まで)

介護老人保健施設鴻池荘における認知リハビリテーション実施データより

- ・ 認知症リハビリテーションを週5回実施した場合、MMSE、HDS-R とともに週3回実施した場合より改善が認められた。



平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

4. 認知症ケア体制の充実

(3) 認知症短期集中リハビリテーション後の小集団による認知症リハビリテーションの実施

平成 22 年度老人保健健康増進等事業分「認知症短期集中リハビリテーション提供後の継続的な認知リハビリテーションの効果に関する調査研究事業」の調査結果より

1. 認知症短期集中リハビリテーションの実施者は、終了時(3ヶ月後)に、下記の表のように、ADL、活動、周辺症状、認知機能等すべての項目において改善が認められた。
2. 上記終了後の利用者に対して、継続して小集団の認知リハビリを提供した群(継続リハ対象者)と提供しなかった群(対照群(継続リハ未実施))に別けて比較したところ、
 - 1) 継続リハ対象者で3ヶ月終了後において、活動の項目で改善が認められた。
 - 2) 対照群(継続リハ未実施)において、周辺症状と認知機能の項目で悪化が認められたが、継続リハ対象者は改善こそしていないが維持されたことが認められた。

認知症短期集中リハ実施後の認知症継続リハの効果(有意差検定)					
認知症短期集中リハ開始時点		認知症短期集中リハ終了時点		認知症継続リハ開始時点	
				認知症継続リハ終了時点	認知症継続リハ終了から3ヶ月後
認知症短期集中リハ開始時点と終了時点の平均点の有意差検定の結果		認知症継続リハ開始時点と終了時点の平均点の有意差検定の結果		認知症継続リハ終了時点と認知症継続リハ終了1ヶ月後の平均点の有意差検定の結果	
参加者 N=181	ADL	改善 (P<0.01)	継続リハ対象者 (N=66) 対照群(継続リハ未実施) (N=25)	有意差なし	有意差なし
	活動	改善 (P<0.01)	継続リハ対象者 (N=66) 対照群(継続リハ未実施) (N=25)	改善 (P<0.05)	有意差なし
	周辺症状 (DBD)	改善 (P<0.01)	継続リハ対象者 (N=66) 対照群(継続リハ未実施) (N=25)	有意差なし	有意差なし
	認知機能 (HDS-R)	改善 (P<0.01)	継続リハ対象者 (N=66) 対照群(継続リハ未実施) (N=25)	有意差なし	悪化 (P<0.05)
	認知	改善 (P<0.01)	継続リハ対象者 (N=66) 対照群(継続リハ未実施) (N=25)	有意差なし	有意差なし
	NM スケール	改善 (P<0.01)	継続リハ対象者 (N=66) 対照群(継続リハ未実施) (N=25)	有意差なし	有意差なし

平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

5. 短期入所療養介護の緊急時利用についての見直し

平成 23 年度老人保健健康増進等事業分「介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰・在宅生活支援に関する調査研究事業」の調査結果より

利用目的（複数回答）（n=27093）

心身機能・動作能力の評価	7098 (26.2%)
身体機能の向上	10581 (39.1%)
起居・移動能力の向上	7604 (28.1%)
ADL・IADLの向上	7837 (28.9%)
心身機能の維持・低下防止	15995 (59.0%)
摂食嚥下機能の改善	1187 (4.4%)
認知症による周辺症状の改善	4122 (15.2%)
介護体制を見直すため	619 (2.3%)
介護方法を習得するため	169 (0.6%)
介護疲れからの開放	20137 (74.3%)
住環境・福祉用具を整備するため	198 (0.7%)
在宅サービスを見直すため	209 (0.8%)
冠婚葬祭等	1284 (4.7%)
災害等一時避難	53 (0.2%)
その他	1823 (6.7%)
(無回答)	696 (2.6%)
回答件数	27093 (100.0%)

平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

6. 介護支援専門員、支援相談員の役割の明確化

平成 23 年度老人保健健康増進等事業分「介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰・在宅生活支援に関する調査研究事業」の調査結果より

- ・ 自宅退所した利用者の約半数は退所後にリハビリテーションを利用していない。

問9-9 退所後の居場所

(n=1,532)

01 自宅	1.8(人)	13.8%
02 急性期病床	3.0(人)	35.3%
03 慢性期病床(医療・介護)	0.8(人)	9.1%
04 亜急性期病床	0.1(人)	1.4%
05 回復期リハビリテーション病床	0.0(人)	0.3%
06 その他一般病床(障害者施設等)	0.7(人)	7.6%
07 老人保健施設	0.5(人)	8.1%
08 特別養護老人ホーム	0.9(人)	10.3%
09 有料老人ホーム(住宅型・介護型)	0.2(人)	1.9%
10 グループホーム	0.1(人)	1.5%
11 経費老人ホーム・ケアハウス	0.0(人)	0.5%
12 高齢者専用賃貸住宅	0.0(人)	0.5%
13 その他の施設	0.1(人)	0.9%
14 死亡	0.5(人)	5.7%

【「01 自宅退所」の場合】

退所後1ヶ月の医療・介護のリハビリテーション等の利用状況

			上記の問9-9で「01 自宅」と回答された人数を分母とする割合	
01 自施設の通所リハビリテーションを利用	0.7(人)	41.0%	(n=1,043)	
02 自施設からの訪問リハビリテーションを利用	0.0(人)	1.7%	(n=981)	
03 他施設の通所リハビリテーションを利用	0.2(人)	11.6%	(n=983)	
04 他施設からの訪問リハビリテーションを利用	0.0(人)	1.5%	(n=980)	
05 医療保険の外来リハビリテーションを利用	0.0(人)	2.2%	(n=957)	
06 リハビリテーションを利用しない	0.8(人)	48.2%	(n=1,025)	
07 把握していない	0.5(人)	28.1%	(n=986)	

平成23年11月4日

民主党厚生労働部門会議

座長 長妻 昭 様

医療・介護WT

座長 柚木 道義 様

「民間事業者の質を高める」

一般社団法人 全国介護事業者協議会

理事長 馬袋 秀男

介護報酬改定に関する要望

介護保険制度施行から10年が経過しました。日本社会は、今後さらに急速な高齢化が進むと見込まれ、それに伴い増大する介護サービス需要量に、私たち民間事業者は的確に対応していかなければなりません。

そのような状況下、平成23年6月に成立した、平成24年介護保険制度改正では、「高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進める」とあります。この「地域包括ケアシステム」実現のためにも、在宅サービスの充実強化を重点に置く必要があります。介護サービスを担う人材の確保・育成や、良質な介護サービスを安定的に提供するための事業者の育成など、介護保険制度を持続可能性の高いしくみにしていかなければなりません。

また、平成23年3月11日に発生した東日本大震災に対しては、早期復旧復興を基本に、活力ある国づくりとしなければならないと、認識しております。そのために、介護保険報酬においても今回は重点対応を絞り込み、限られた財源を有効に使って次期改定への基盤整備に当てるべきと思っています。

当協議会では、このような背景を鑑みつつ、今回の介護報酬改定については在宅サービスの充実を重点課題として、サービスの質向上と事業経営の持続、介護職員の雇用と処遇改善を前提とした改定をお願いしたく以下の項目について要望いたします。

1. 介護報酬改定と介護職員処遇改善について

平成21年度介護報酬改定や介護職員処遇改善交付金などにより、介護職員の賃金水準は改善しているものの、経営サイドの観点からは、処遇改善交付金の将来的な持続可能性が判断できない以上、「一時金」や「諸手当」という形での対応にならざるを得ない状況です。今後、さらなる高齢化の進展に伴い、適切な介護サービス需給を安定的に確保するため、介護職員の処遇改善に向けた取組については、継続的に取り組んでいただきたく、

以下の点について要望します。

(1) 介護職員処遇改善交付金について

介護職員処遇改善交付金の対象を介護従事者全体に拡大し、交付金により図られた処遇改善の水準が維持向上できるよう介護報酬に反映させていただきたい。

(2) 介護報酬において処遇改善措置を実施する場合の課題について

介護給付費分科会（第82回）で示された現行の交付率を処遇改善加算（仮称）として実施する場合

○現行（介護職員処遇改善交付金）

$$\begin{aligned} & \text{介護報酬総額（介護報酬単位①×地域区分単価②）×交付率③} \\ & \hspace{15em} = \text{交付金見込み額④} \end{aligned}$$

○改定案（処遇改善加算：仮称）

$$\text{介護報酬単位①×地域区分単価②×加算率③＝加算額}$$

*交付率と加算率は引用（同率）

上記において、改定介護報酬において、現行の介護報酬単位①および地域区分単価③が報酬改定により減額になった場合、既存の介護職員の処遇改善原資が減少することが想定されるので、継続して職員の処遇改善できるよう配慮していただきたい。

2. 介護報酬の地域区分について

地域区分については、経営環境と従事者の処遇に影響が大きいことから、「国の官署が所在しないことにより適用地域の設定のない地域等」の取り扱いなどについて、現行区分と新区分（案）の係数の乖離が大きい地域については、激減緩和など十分な配慮を要望します。

○乙地の場合（札幌市、草加市、小田原市、和歌山市、岡山市など）

現行 乙地（上乗せ割合5%）→ 新区分（案1）3.0% ▲2.0%

→ 新区分（案2）2.4% ▲2.6%

（案2：財政中立試算にて案1から全体を▲0.6%）

3. 区分支給限度基準額の一部引上げについて

（介護職員交付金を処遇改善加算（仮称）として介護報酬に組み入れる場合など）

平成21年度の介護報酬の加算関係の改定、特定事業所加算およびサービス提供体制加算などにより、給付額が増加したにも係らず支給限度額は据え置きとなっています。

そのことにより限度額を既に超えていた方（超えると10割負担）、または上限額いっぱいの方々のサービスの使い渋りが発生するなどその影響は継続しています。

そして、現在検討されている「介護職員処遇改善交付金分を介護報酬へ処遇改善加算（仮称）として組み入れ」が実施された場合、在宅介護サービスをより多く利用しなければならぬ中重度要介護利用者の費用負担の影響はさらに深刻な状況になります。

○例 訪問介護

- ①現行 → 交付金の基金からで限度額に影響しない（交付率４％）
- ②改定（案）→ 介護報酬単位×４％（処遇改善加算）の増となり
給付限度額へ影響する

よって区分支給限度額の在り方について以下の点について要望します。

- (1) 処遇改善加算分については、区分支給限度額に含まないこと
- (2) サービスの質を評価する加算を区分支給限度額に含まないこと
事業所のサービスの質を評価する加算区分（特定事業所加算、サービス提供体制加算）について、事業者側が質を向上させ加算を受ければ利用者の負担が増加することから、ケアマネジャーによっては加算取得事業所を紹介しない事例もあり、事業者として加算が取りにくいといった問題も生じている。このような観点からも区分支給限度額に含まないとしてはどうか
- (3) 重度やターミナルなどの利用者の支給限度額超過部分への負担軽減について
重度やターミナルなどの利用者などは一時期に多様で多くの介護サービスが必要になり、区分支給限度額を超過する部分への段階的な利用者負担割合の導入

4. 定期巡回・随時対応サービス（新設）について

「定期巡回・随時対応サービス」の創設は、利用者の在宅での生活機能の継続を重視したサービスとして「地域包括ケアシステム」における基盤となるものであると認識しておりますことから、民間として積極的に取組むためにも以下の点について要望します。

- (1) 「定期巡回・随時対応サービス」については、24 時間、一日複数回、短時間、随時対応の介護など新しい体系によるサービスを考慮して、出来高による報酬だけではなく、包括的な報酬の設定をお願いしたい。また、人材確保の観点から、人員基準の設定においては柔軟な対応が可能となるよう配慮願いたい。

5. 訪問介護について

実務経験 3 年を有する 2 級ヘルパーのサービス提供責任者に対する減算（新設）の延長を要望します。

第 82 回介護給付費分科会において示された、

- 訪問介護員 2 級課程修了者のサービス提供責任者が 1 人以上配置されている場合、当該事業所において提供された訪問介護サービスに係る基本単位を 10%減算
- 当該サービス提供責任者の担当利用者かどうかにかかわらず事業所全体のサービス費を減算
- 平成 24 年度（平成 24 年 4 月）から 10%減算、以降段階的な廃止

上記の内容が平成 24 年 4 月から実施された場合、あと 4 ヶ月間しかなく、現に従事しているサービス提供責任者の処遇はどうするか、介護人材確保が困難な現在において新たに介護福祉士などの人材確保は困難な事業所が多く発生することが想定されます。そして当該対象事業者の経営に与える影響（事業所全体のサービス費 10%減算）は大きく事業継続は困難となります。

一方、介護福祉士養成において、2 級ヘルパー実務経験のみの受験要件廃止について、介護人材の不足などから、平成 24 年度実施から平成 27 年度に延長処置がされたところです。このような背景から、サービス提供責任者の 2 級ヘルパー要件の段階的廃止としてのサービス費減算処置を平成 27 年度まで延長することを要望します。

6. 介護者のレスパイトケアへの対応（単独型の短期入所生活介護事業の推進）

短期入所生活介護および短期入所療養介護（以下「ショートステイ」）は、特別養護老人ホームおよび老人保健施設に付随して整備され今日に至っています。

しかし、ショートステイは、都市部など特定の地域では不足状況であり、介護者の緊急な不在時の対応や介護者のレスパイトというニーズにサービスの供給量が追いついていません。このよう状況において、単独型短期入所生活介護については、民間の営利法人等の事業者の参入も可能になりましたが、施設併設型の基準が準用されている実態では、単独の施設整備が進まず、ショートステイのほとんどが施設併設型となっているのが現状です。

そこで単独型短期入所生活介護の設備・人員・運営基準などを見直し、施設整備の普及を促進するため以下の見直しを要望いたします。

（1）人員配置基準について

医師、栄養士、機能訓練指導員、調理員等の配置基準の見直し、グループホーム又は小規模多機能型居宅介護などと同じ水準に緩和する

（2）設備基準について

調理室、医務室等の設備基準の見直し、グループホーム又は小規模多機能型居宅介護などと同じ水準に緩和する

(3) 利用定員の見直し 定員 20 人→10 人規模で開設できると施設整備は進む

7. 施設での補足給付の見直しと在宅利用者への低所得者対策について

「特定入所者介護サービス費（補足給付）」は、平成17年10月から、介護保険の施設サービスなどの居住費（部屋代・光熱費）と食費（食材料費・調理に関わる費用）について、低所得者への配慮として導入されたものであり、時限的な措置と認識しています。そのことからすれば、この仕組みを介護保険制度の中で継続すべきか、所得補償的に公費負担化すべきか、税控除等の対応とすべきかといった方法論や公平性として対象者基準見直し（本人の所得でなく資産、扶養義務者の範囲など）による給付の在り方など含めて、議論し一定の方向を示す時期であると考えます。

その上で、いずれの方策をとる場合においても、施設利用者に対してはこうした低所得者対策が講じられているのに対して、在宅サービスの利用者への低所得者対策が十分でないことは制度の公平性の観点からも問題です。このため、今後さらに在宅サービスを充実強化していくためにも、補足給付の在り方を見直すこと、高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費等の負担限度額や負担上限額等を見直すこと、及び重度の要介護者であってやむなく区分支給限度額上限額を超えて利用せざるを得ない方の負担軽減策を講じるなど、在宅サービス利用者に対する低所得者対策を同様に充実強化することを要望します。

8. 行政と事業者とを取り持つ第三者（独立）機関の設置について

都道府県や区市町村（保険者）が行う指定基準の運用解釈や行政指導監督については、その内容において著しい差異が生じるいわゆる「ローカルルール」によって事業者側が混乱するケースが発生しています。これについては自治事務として国の指導範囲外ではあるが、国はマニュアルの策定や担当者の研修等により一定の標準化を推進をお願いします。今後、地方分権改革推進計画と地方分権一括法により地方公共団体による「ローカルルール」が増加することで、利用者の不利益とならないような配慮が必要であり、事業者の経営の継続性、従業員の教育・指導に影響がでないような体制をお願いしたい。そのような課題を改善するため、事業者として行政の指導監督の内容が不適切であり不服がある場合、申し立てと適切な調停（判断）を行う「第三者機関」の設置を要望します。

以上

平成 23 年 11 月 4 日

民主党厚生労働部門会議

座長 長 妻 昭 殿

同 医療・介護ワーキングチーム

座長 柚 木 道 義 殿

平成 24 年度介護報酬改定にあたっての要望

一般社団法人

日本介護支援専門員協会

会 長 木 村 隆 次

日本の介護保険制度は、世界に類を見ない優れた制度です。

その評価の核となっているのは、ケアマネジメントとケアマネジャー（介護支援専門員）が制度に組み込まれていることです。ケアマネジャーは、利用者の幸せづくりと実現したい生活を支えるため、介護保険制度の要として、この日本にケアマネジメントを確立するべく業務をしています。

また、日本の介護保険制度には、「自立支援」の理念があり、それを行うためにケアマネジメントが導入され、ケアマネジャーが配置されています。居宅におけるケアマネジメントは、要介護者・要支援者の誰もが公平に受けることができるように、利用者負担は 0 割（負担なし）で、この費用は保険で全額を賄う 10 割給付の仕組みで運営されており、他の介護保険サービスとは別の性格のものです。財源論に左右されることなく、今後もこの仕組みが堅持されることを強く要望します。

ケアマネジャーは、平成 18 年改正介護保険法施行において専門職として唯一、資格の更新制度が導入され、私たちもその必要性を認識して努力を重ねてきました。

ケアマネジャーの質の向上を巡っては、様々な場で様々な指摘がされていますが、ケアマネジメントプロセスをきちんと踏み、利用者の自立支援に資するケアマネジメントを実践しているケアマネジャーが数多く全国にいることも事実です。また、その後押しをするために努力している事業所・施設も数多くあります。限られた財源の中で、ケアマネジメントに関する報酬・基準を検討するにあたっては、こうした事業所・施設に対してより手厚く評価して頂くことを強く要望いたします。

なお、ケアマネジメントの質の問題、ケアマネジャーの資質向上や資格制度、研修のあり方については、別途検討される場が設けられると伺っていますので、ここでは割愛いたしました。

以下に示す事項はどれも並行して考えるべきことで、優先順位があるものではないことを踏まえて、要望いたします。

1. 介護報酬の考え方について

要介護度が上がれば基本単位が上がる仕組みを見直し、自立支援に資する質の高いサービスを提供して、利用者の状態を維持改善したチームに対する評価（多様なケアマネジメントの効果・成果）をお願いしたい。

2. 居宅介護支援について

(1) 中立性・独立性について

ケアマネジャーの中立性・独立性は「機能的」「構造的」「経済的」の3点を一体に考えるべきである。建物を別とする構造的な独立だけでは中立性は保てない。また経済的支援が入っていれば独立・中立とは言い難い。適正なケアマネジメントを行い利用者の自立支援を促していることが、機能的独立を果たしていることにつながる。

1人当たり標準担当件数を満たした場合、経済的に誰の助けもなく安定経営できることが前提である。

※居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、当該サービス事業所の質が高いという理由で選択した結果、特定のサービス事業所の割合が90%以上を超えた場合は特定集中事業所減算の適用とはせず「正当な理由」とし、全国一律の算定要件としていただきたい。

(2) 居宅介護支援費の算定について

現行制度において基本単位は、介護保険給付サービスを一つでも導入しないと算定できない仕組みである。介護保険給付につながらない業務、インフォーマルサービスのみの組合せ等にも配慮をいただき、仕組みの見直しをお願いしたい。

(3) 医療と介護の連携を強化するために（診療報酬との同時改定を踏まえて）

①医療保険と介護保険の隙間を埋めるサービス導入の仕組みと、ケアマネジャーとの連携が必要

退院時カンファレンスで必要と判断されたサービスは、期間を限定した上で、退院後1日も空けずに切れ目なく提供できる仕組みが必要である。

要介護認定申請後、結果が出るまで約1ヵ月又はそれ以上の時間を要している現状では、入院中に要介護認定の申請を行っても、退院直後のサービス利用には間に合わない。サービス利用の滞った期間で利用者の生活機能は低下し、結果として、医療保険・介護保険の給付費は増大する。特に、リハビリテーション、訪問看護、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者訪問栄養食事指導等の医療サービスは、退院直後の一定期間、医療保険から提供できる仕組みとしていただきたい。

また、退院後の生活を見越したカンファレンスを行う際には、必ずケアマネジャーが出席できるようにお願いしたい。

②医療連携加算について

いわゆる入院時の連携加算は、利用者が入院する際に、医療機関の職員に対する情報提供を、書面でFAXや郵送で行った場合の評価である。今後、さらに医療機関との連携強化を推進するために、現在の評価に加えて、面談をした場合の評価をお願いしたい。このことは、在宅復帰に向けた診療計画や退院調整の情報源になる。また、入院時にケアマネジャーが利用者に寄り添いサポートすることは、利用者の安心にもつながる。

③退院・退所加算について

ケアマネジャーと医療関係職種との連携は、入院中比較的早期から利用者の退院後の生活を見越して行う必要があり、退院時のみとは限らない。診療報酬上の「介護支援連携指導料」（入院中2回）、「退院時共同指導料」（退院時）に相対した評価をお願いしたい。

④診療報酬上の「在宅患者緊急時等カンファレンス料」に相対した評価を

在宅の主治医を中心とした在宅患者の診療方針の変更にかかるカンファレンスに出席し、他の医療関係職種と情報共有し、速やかに必要なサービス提供を行うケアマネジャーに対し、診療報酬上の「在宅患者緊急時等カンファレンス料」に相対した評価をお願いしたい。

(4) 特定事業所加算について

日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域包括支援センターと地域づくり推進を相互に強化する必要がある。より密に連携を図る事業所づくりを進めるために、さらなる評価をお願いしたい。

(5) サービス提供事業所における個別介護計画とケアプランの関係

介護保険制度におけるケアマネジメントは、ケアマネジャーが作成したケアプランに基づき、個別介護計画が作成、実施されて、サービス提供状況、効果等をモニタリングし、その情報をタイムリーにケアマネジャーにフィードバックしていただきたい。

(6) ケアマネジメントにおけるショートステイのあり方

緊急的なショートステイの利用について、事前ケアプランが必要等、手続きの問題で利用できない場合があるので、柔軟に利用できるようにしていただきたい。

また、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用を組み入れることができた場合の評価をお願いしたい。

3. 介護保険施設に勤務するケアマネジャーについて

(1) 「50対1」で専従ケアマネジャーを配置している施設に対する評価を

専従ケアマネジャーを配置し、50対1を超えている施設を評価していただきたい。現行の100対1では、入院患者・入所者の適切なケアマネジメントを行うことは困難である。

(2) 支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必須

支援相談員、生活相談員はケアマネジャーの資格を有するべきである。

(3) 3施設の機能とケアマネジメントのあり方について

利用者の状態像と各施設の機能がマッチするように、入退院・入退所時に、在宅と各施設、施設間のケアマネジャーが情報共有したことに対する評価をお願いしたい。

4. 地域包括支援センター・介護予防支援について

(1) 指定介護予防支援事業者のケアマネジメントについて

指定介護予防支援事業者のケアマネジメントは、ケアマネジャーが行うこととして、配置基準の見直しをお願いしたい。予防給付ケアプランの作成は兼務不可とし、地域包括支援センターに配置された3職種が本来の業務をしっかりと行える環境を整えるべきである。なお、居宅介護支援事業所への委託件数の「8件」を廃止する場合でも、ケアマネジャー1人当たり標準担当件数の基準は堅持するべきである。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業について

地域によって利用者が受けるサービスに格差が生じないように、全ての保険者がこの事業を導入するようお願いしたい。

この事業における二次予防事業の対象者のケアマネジメントは、指定介護予防支援事業者ではなく地域包括支援センターで行う。このサービスを円滑にマネジメントするため、現在の3職種に加えて認知症連携担当者等の増員が必要である。これにより、地域包括支援センターの強化につながる。また、地域支援事業の事業費を拡充すべきである。

(3) 要支援者の基本単位について

要支援者についても、本人の意向を確認しながらのケアマネジメントプロセスが重要であるため、介護給付とのバランスに鑑み、増額をお願いしたい。

5. 地域密着型サービスについて

(1) 適正な地域密着型サービスの配置を

各市町村は、日常生活圏域ニーズ調査を悉皆調査として行い、その結果分析をして適正な地域密着型サービスの配置をお願いしたい。

(2) 利用者が移動する際の情報提供に関する評価を

認知症対応型生活介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護のケアマネジャーと、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの情報連携に対する評価をお願いしたい。

6. その他

(1) 地域包括支援センターの中立性について

保険者が主体的に日常生活圏域における地域包括ケアシステムを構築するため、地域包括支援センターの中立性を確保すべきである。

新規要支援・要介護利用者の情報は、地域包括支援センターに入ってくる。要支援者は地域包括支援センターでケアマネジメントを行うが、要介護者はセンターと同一法人内の居宅介護支援事業所が抱え込みを行うケースがあり、地域の事業所に新規利用者の紹介が回ってこないという声が全国の現場であがっている（当協会で調査を実施中）。

地域包括支援センター運営協議会を形骸化させず、中立性についてのチェック機能を十分に果たすべきであり、運営協議会の委員には地域のケアマネジャー組織の代表が参画すべきである。地域包括支援センターの責任主体である保険者は、包括的支援事業の実施方針を明確に示していただきたい。委託型の地域包括支援センターにおける予防給付プランについても、保険者がケアプランチェックを行う必要がある。

また、委託型のセンターは地域包括ケアシステムの構築の中心を担い、地域をつくる自覚を持つべきである。

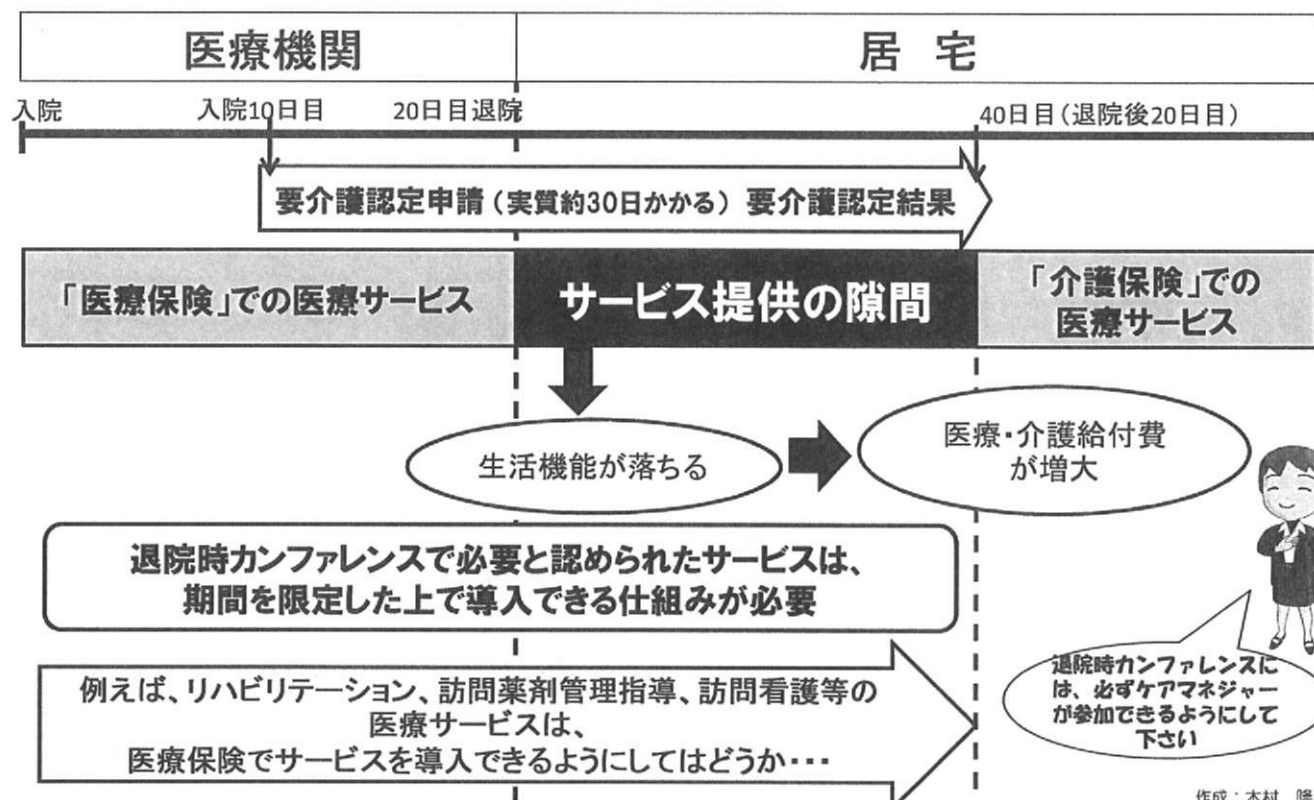
(2) サービス付き高齢者住宅等の集合住宅について

併設介護サービスが、意図的に支給限度基準額まで提供される可能性がある。これら現状のサービス付き高齢者住宅の課題を踏まえ、指導監督の仕組み、利用者によるサービスの自己選択の推進、囲い込み防止を強化すべきである。また、サービス付き高齢者住宅のケアマネジメントは、運営法人から分離する等、公正中立なケアマネジメントが行える環境作りを進めるべきである。

以上

医療と介護の連携のつなぎ部分のイメージ

必要なサービスを切れ目なく円滑に提供する仕組み
(入院時からのケアマネジメント)が必要



現行

医療と介護の連携

「介護支援連携指導料」と「医療連携加算」「退院・退所加算」
(診療報酬と介護報酬の居宅介護支援費との関係のイメージ)

介護支援連携指導料
300点(入院中2回)

※介護保険施設等の介護支援専門員と連携をとった場合でも算定可。
詳細は通知を参照。

医療連携加算 150単位
退院・退所加算(I) 400単位
退院・退所加算(II) 600単位



B005-1-2 介護支援連携指導料【300点】

当該入院機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において同一日にB005の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限り。)は、別に算定できない。

現行

高齢者の退院時共同指導のイメージ

今、ここに呼ばれても算定できる報酬がありません。診療報酬上の評価に相対した、介護報酬上の評価をお願いします。

在宅



歯科医



歯科衛生士



薬剤師



訪問看護ステーション
訪問看護師等
(准看護師除く)



居宅介護支援事業者
介護支援専門員
(ケアマネジャー)

6,000円

600点又は300点

600点

入院



いずれか3者以上と
共同して退院指導



B005 退院時共同指導料2 【300点】【注3 加算 2,000点】

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が入院中の患者に対して、患者の同意を得て退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。
(中略)

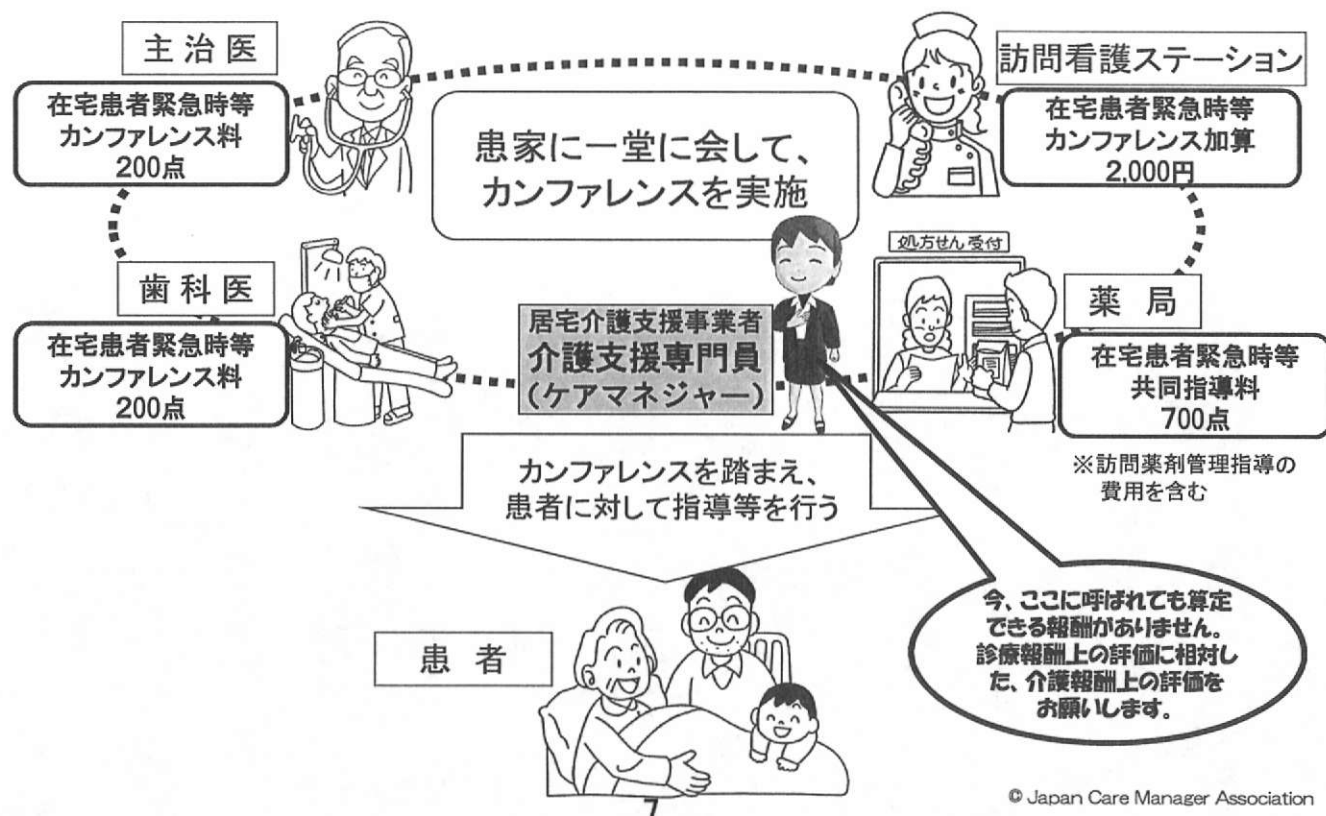
注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,000点を加算する。

© Japan Care Manager Association

現行

在宅の主治医を中心とした情報共有のイメージ

在宅患者の診療方針の決定に係るカンファレンスの評価 【診療方針の変更等が必要な場合】

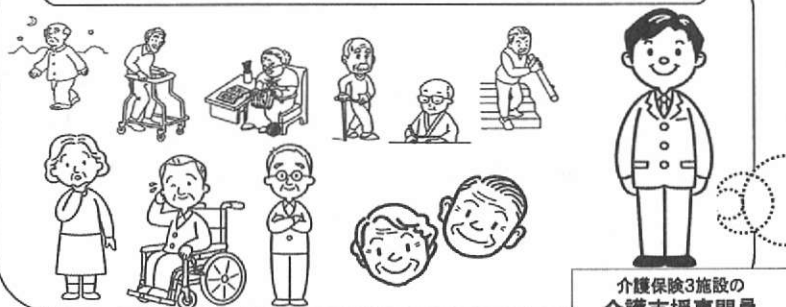


© Japan Care Manager Association

入院患者・入所者の幸せづくりと実現したい生活を支える 施設に勤務する介護支援専門員の評価について

100 : 1

現行の基準は入院患者・入所者100人に介護支援専門員1人



介護保険3施設の
介護支援専門員
(ケアマネジャー)

悩み...



他の業務との兼務が多く、適切な
ケアマネジメントを行うことが困難

50 : 1

入院患者・入所者50人を超えて加配をした場合に加算



ケアマネジメントに
専念できます！

**支援相談員、生活相談員との役割の
明確化が必須！**

**支援相談員、生活相談員はケアマネジャーの
資格を有するようにはいかか...**

100人を担当するのは
大変。実態に合わせて
評価して下さい。

© Japan Care Manager Association

平成 24 年度介護報酬改定等に関する要望書

2011 年 3 月 11 日、東日本を襲った大震災と福島第一原発事故は、高齢化の進んだ地域社会において、その基盤の多くが被災するなかで、いかに地域におけるヒトとモノの福祉拠点が重要であるかを再認識することとなりました。

このような東日本大震災からの復興は、まさに「21 世紀日本の地域福祉」を再構築するものでなければなりません。しかし、現在の高齢者福祉施策の流れは、「地域包括ケアシステムの確立」の名の下に、高齢者が自宅や「新しい住まい」で医療、介護、生活支援サービスが切れ目なく提供され暮らし続ける姿は提起していますが、後期高齢者の増加に伴い、単身高齢者や高齢者のみ世帯の増加や認知症高齢者が増加する中で、42 万人を超える特養ホーム入所申込者が存在するという地域実態が示すように、在宅での介護生活に多くの方が限界を感じています。

地域の中で安心して生活していくためには、特養ホームや養護老人ホーム、軽費老人ホームを福祉拠点とする地域ケア体制の確立が望まれます。そのためには、介護現場において総合的に、認知症ケア、口腔ケア、施設リハビリ、排泄ケア、看取りケア等を科学的エビデンスに基づき具現化していくこと、また、それらを支える「現場人材の育成」が急務であると考えます。

平成 24 年度は、介護保険法等の一部改正に始まり、税と社会保障の一体改革、医療・介護報酬の同時改定が行われる 21 世紀日本の在り方を方向付ける大きな節目です。

高齢者福祉介護に係る制度が、国民にとってより良いものになるよう、また事業者にとっても諸課題に積極的な取り組みができるよう、平成 24 年度介護報酬の改定にあたって、別紙の通り要望します。

平成 23 年 10 月

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

民主党厚生労働部門会議座長 長妻 昭
医療・介護WT座長 柚木 道義 様

平成24年度介護報酬改定等に関する要望事項

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

1. 介護従事者が意欲と誇りをもって働くことができる環境の実現

1) 処遇改善の原資となる介護報酬本体の水準を確保されたい。

将来にわたって介護現場を支える介護従事者の量的確保と質を担保するためには、介護報酬に占める人件費の割合は高くならざるを得ない。介護従事者の安定的確保については、国を挙げて積極的に取組み、介護報酬上においても適正な水準を確保すること。

2) 介護職員処遇改善交付金の継続をはかられたい

平成21年度から始まった介護職員処遇改善交付金は、介護職員の賃金改善に一定の効果は見られたものの、他業種と比較しても未だ高い水準とは言えない。

介護従事者を将来にわたって安定的に確保するためには、介護職員の賃金改善は継続すべき課題であり、平成24年度以降も介護従事者の処遇改善のための交付金については、国庫により継続・確保すること。

2. 介護と医療の連携による医療ニーズへの積極的対応を推進されたい

1) 特別養護老人ホームの配置医師確保を推進されたい

特養ホームにおいては入所者の重度化が進んでおり（表1）、医療ニーズのある高齢者が安心してサービスを受けるためには、配置医師の役割はますます大きなものがある。

特養ホームの配置医師の確保を推進するため

- ① 常勤の配置医師の確保を可能とする、常勤配置医師加算の増額をはかること。
- ② 特養ホームの診察室が保険請求可能な診療所になり得ることの周知徹底を図ること。
- ③ 地域の事情等により医師の確保が困難な場合は、外部の医療機関との連携により対応ができるよう、多様な選択肢を認めること。

表1 - ① 介護福祉施設サービスにみた要介護状態区分

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護福祉施設	2.4%	7.5%	19.2%	32.9%	38.0%
介護保健施設	7.9%	16.5%	25.0%	28.3%	22.3%
介護療養施設	0.7%	2.1%	7.9%	27.5%	61.8%

(厚生労働省・平成22年度介護給付費実態調査の概況より抜粋)

※ 介護福祉施設では、要介護4と要介護5が合わせて、70.9%と7割を超える。

表 1 - ② 入所者に対する医療処置の状況

	酸素療法	喀痰吸引	経鼻経管・胃ろう
介護福祉施設	0.8%	4.4%	10.7%
介護保健施設	0.5%	2.4%	7.3%
介護療養施設	2.9%	18.3%	36.8%

(平成 22 年度老人保健健康増進等事業「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」)
第 79 回介護給付費分科会配布資料より抜粋

2) 看護職員の位置づけを見直すこと

特養ホーム入所の指針では、「要介護度の高い高齢者の特養ホーム入所を勘案すること」が優先度の第一となっている。これにより医学的管理を必要とする特養ホーム入所者の重度化が年々進行している。こうした実態に対し、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（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号）第十八条では、「医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとらなければならない。」と老人福祉法による特養ホーム創設期の運営基準を踏襲したままになっている。特養ホームにおける医療・看護の重要性が増している今日、特養ホームにおける医師または看護職員について「・・・必要に応じて看護及び医学的管理に基づく療養上の世話をを行う。」ものと改められたい。

3) 看護職員の指導的役割を評価されたい

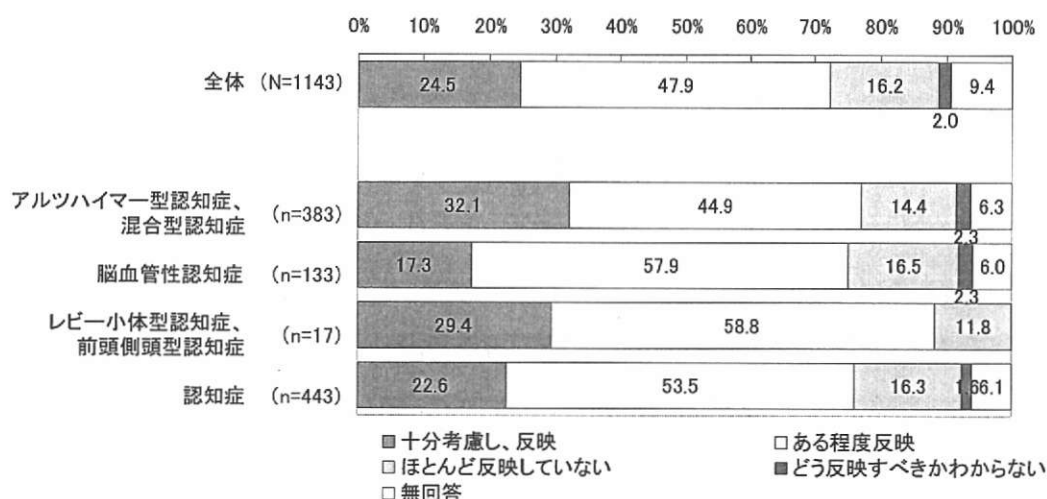
平成 24 年 4 月より介護福祉士法・社会福祉士法の一部改正に伴い、介護・看護の連携により、要件を満たす介護福祉士、介護職員がたんの吸引等を業として行えるようになる。この改正により医療的ニーズを持つ高齢者への対応をより安全・安心に行うために、「喀痰吸引等事業者」「特定行為事業」として登録されている事業者における、指導的役割を果たす看護職員の体制整備を推進する報酬上の評価をはかること。

3. 科学的エビデンスに基づく介護実践の具現化

1) 認知症ケアにおける医療連携加算を創設すること

認知症ケアにおいては、認知症原因疾患を明らかにし、それに基づく治療と介護の連携が重要かつ効果的である。（表 2）精神科担当医師に係る加算の対象に、精神科医師に加えて、認知症サポート医、認知症相談医も対象とすること。認知症ケアに関する医療と介護の継続的な連携体制の確保を推進する「認知症医療介護体制加算」を創設すること。

表2 認知症診断名のケアプランへの反映度



(全国老協・平成22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認知症高齢者の原因疾患別アプローチとケアの在り方調査研究」報告書より

※ 認知症の診断から疾患名が特定されることにより、疾患に応じた対応がケアプランに反映させている割合が高くなっている。

2) 認知症専門ケア加算の見直しを図ること

21年度報酬改定の際に創設された「認知症専門ケア加算」において、認知症介護指導者研修修了者、認知症介護実践リーダー研修修了者の配置が算定（Ⅰ）（Ⅱ）の要件とされているが、実際の介護現場においては研修による知識に基づいて認知症介護が実践できる職員の配置が有効であり、算定要件となる対象を「認知症介護実践研修（実践者研修及び実践リーダー研修）修了者」とするよう見直すこと。

3) 看取り介護加算の拡充を図ること

平成18年度介護報酬改定により「看取り介護加算」が創設されて以来、特養ホームにおける看取り介護への取組みが進んでいる。

21年度改正により死亡前3日間を特に評価する改定がなされたが、死亡前1週間程度に人員の加配や時間外での対応等が最も増加している実態にある。

看取り介護への取組みを進めるため、更に報酬上の評価を上げるとともに、特に死亡前の7日間については厚く評価すること。

4) 専門職による機能訓練を位置付けること

特養ホームによる機能訓練は、運営上「訓練を行う能力を有する者」として、理学療法士、作業療法士、言語療法士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師が挙げられているが、より科学的・体系的な機能訓練を進めるためには、リハビリテーションの専門職である「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」の確保・配置が望まれる。これを可能とする為、個別機能訓練加算に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訓練をより高く評価する項目を新たに設けること。

5) 口から食べる機能の維持・回復の取り組み強化をはかること

平成24年4月より社会福祉士・介護福祉士法の一部改正に伴い、介護・看護の連携により、要件を満たす介護福祉士、介護職員がたんの吸引等を合法的に行えるようになるが、そのことにより安易に経管栄養に頼るのではなく、「口から食べることができる生活」を維持することが、高齢者の尊厳保持にとって重要となる。

現行の「経口移行加算」「経口維持加算」「口腔機能維持管理加算」について、算定要件の緩和、算定期間の基本180日上限の延長等、各施設がより積極的に「口から食べることができる生活の維持」に取り組むことができるよう見直すこと。

また「口腔ケア加算」についても、その体制確立に相応しい評価に引き上げること。

6) 施設におけるケアマネジメント体制の確立をはかること

個別ケアとチームケアの基本は「ケアプラン」であることは言うまでもなく、施設の介護支援専門員については、基準上の配置や役割も明確に定められている。また、多職種の専門職との連携協同が重要であることから、トータルマネジメント力が求められる。

特養ホームにおける介護支援専門員は兼務職での複数名配置、専従ケアマネージャーが数名の兼務のケアマネージャーが作成するケアプランを取りまとめる等、適正なケアプラン作成に工夫しているが、その責任体制について報酬上の評価がされない状況にある。

特養のケアマネージャーについては、生活相談員との連携が特に重要であることから、生活相談員についても基準上、役割を明確化するとともに、新たに「50:1」の専任介護支援専門員の配置を可能とする加算を創設し、科学的介護の実践に向けた個別ケアプラン推進をはかること。

4. 通所介護における認知症ケアに対する評価について

通所介護においても、多くの日常生活自立度Ⅲ以上の認知症高齢者が利用しており、送迎時の準備や送迎車両への乗降、サービス利用時の常時の個別対応など他の利用者に比して著しい介護の手間がかかり、現場の負担になっている。

すでに下記に対して評価のある居宅介護支援、短期入所生活介護、訪問介護と同様に、通所介護においても新たに報酬上の評価をすること

- ① 認知症の利用者に対する送迎を含むサービス提供時の介護の手間を評価する加算
- ② サービス利用開始時に係る対応の手間に対する加算（初期加算）

5. 特養ホームに併設する短期入所生活介護の居室の相互利用について改善すること

特養ホームに併設されている短期入所生活介護については、利用者個々の状況や当日利用者の男女比等の事情により、各事業で指定された居室を使用することが適切でない場合が生じるため、定員の総枠を越えない範囲で特養ホームと短期入所生活介護の居室の相互利用を認め、効率的かつ一体的な運営ができるよう基準を見直すこと。

6. 山間・僻地・離島における 30 床の小規模特養単価を維持すること

山間・僻地・離島については、地域的に定員の拡大が極めて困難であるため、該当地域については 30 床小規模特養の評価を維持すること。

7. 特養ホームの開設準備金の継続をはかること

平成 21 年度補正予算で措置された介護拠点等の緊急整備における「開設準備金の創設」は現下の厳しい雇用情勢の中で、介護人材の育成・確保に効果を発揮しており平成 24 年度以降についても確保されたい。

(附記)

◎多床室における居住費導入について

多床室における居住費導入については、平成 16 年の居住費問題の議論時に「居住環境から考えて、多床室では在宅の方と比べ、室料をいただくほどの居住環境に至らない。」

ということから、光熱水費相当の負担を求めることとされた。

その時の議論を尊重するとともに、①居住費負担能力を勘案して、多床室を選択せざるを得ない状況を踏まえ、従来型施設との併設を可能としたこと、②多床室利用の低所得者に対する補足給付の議論が必要となり、これを行えば事務が増大すること等から「多床室における居住費導入」には反対である。

◎養護老人ホーム復権について

介護保険制度への移行、養護老人ホーム・軽費老人ホームの市町村への委託などにより、国家責任による老人福祉が失われている。その結果、高齢者下宿、グループハウスなど低所得高齢者をターゲットにした「貧困ビジネス」が横行している状況であり、国の責任において養護復権をはかるべきである。

特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の原因疾患別アプローチとケアの在り方調査研究

報告書サマリ

1. 事業目的

特別養護老人ホームにおける認知症の原因疾患の診断の有無、認知症ケアへの反映等の実態調査を行い、医療、介護の両側面からそれぞれの果たすべき役割と機能の在り方について提言する。

2. 事業内容

- (1) 特別養護老人ホームにおける入所時の認知症の診断やケア計画との相関性、その後の医師との連携等について実態調査を実施
- (2) モデル施設による個別ケースの再診断に基づいた定期的なカンファレンスの実施とケア計画の変更、効果の追跡、検証を実施

3. 事業結果

I 特別養護老人ホームにおける実態調査（アンケート調査）から

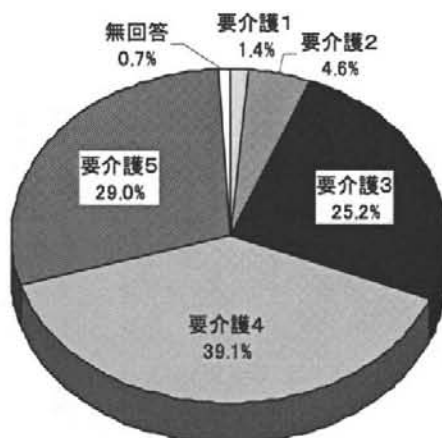
(1) 調査の対象、属性

- ①調査対象600施設のうち230施設から調査票を回収(回収率38.3%)、回収サンプル数は1,143
※各施設で2010年9月1日を基点に認知症日常生活自立度Ⅱ以上の新規入所者5名をさかのぼって抽出
- ②サンプルの平均年齢は85.4歳、平均要介護度3.9、男性は19.8%、女性は80.2%

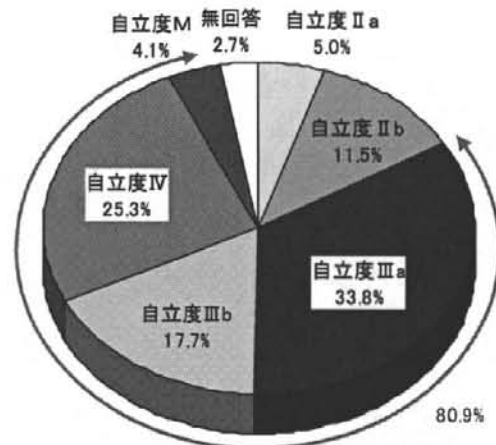
(2) 調査結果の概要

- ①要介護度は要介護4が39.1%で最も多く、次いで要介護5が29.0%を占めた。認知症の日常生活自立度では、自立度Ⅲaが33.8%で最も多く、自立度Ⅲa以上では80.9%を占めた。

◆要介護度 (N=1143)



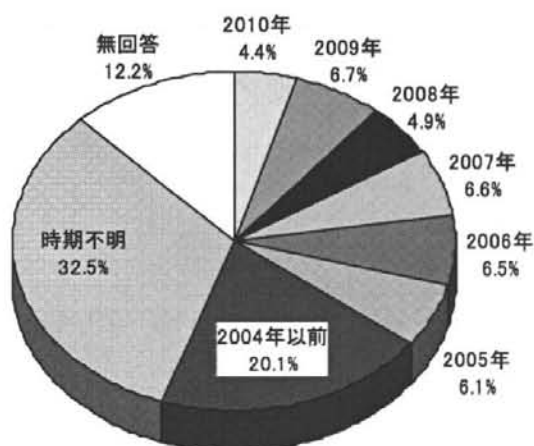
◆認知症日常生活自立度 (N=1143)



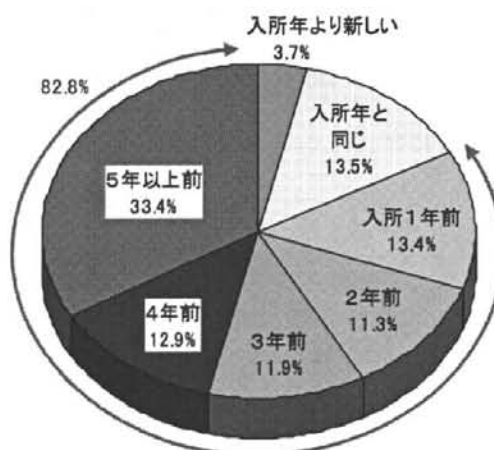
②認知症の診断時期をみると、直近2年の診断（2010年、2009年）は11.1%であり、診断時期は古いことがわかる。また、3割強が診断時期不明であった。

診断時期と入所年を比較すると82.8%強が入所前の診断であった。入所5年以上前の診断が33.4%あるなど、一旦診断名がついた後は再診断される例は少ないようである。

◆認知症の診断時期（N=1143）



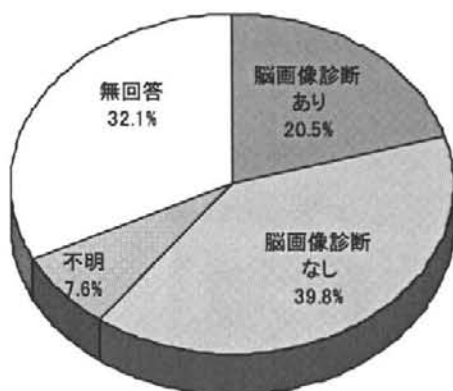
◆認知症の診断時期と入所年の比較（n=629）



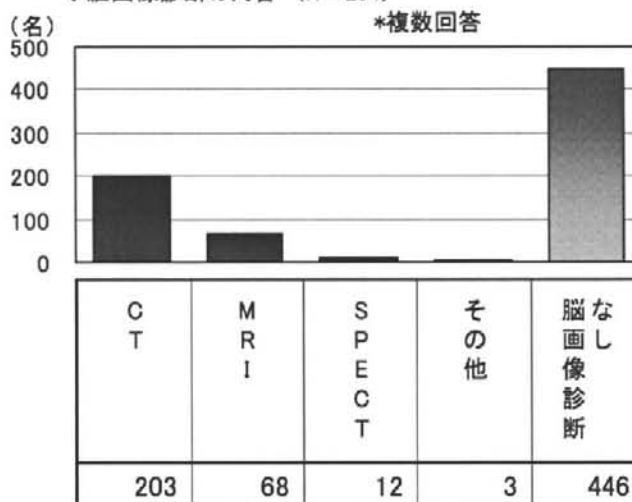
③認知症の診断時に脳画像診断が行われていたのは、20.5%（234名）であった。

脳画像診断の内容では、CTが203名、MRIが68名、SPECTが12名である。

◆脳画像診断の有無（N=1143）



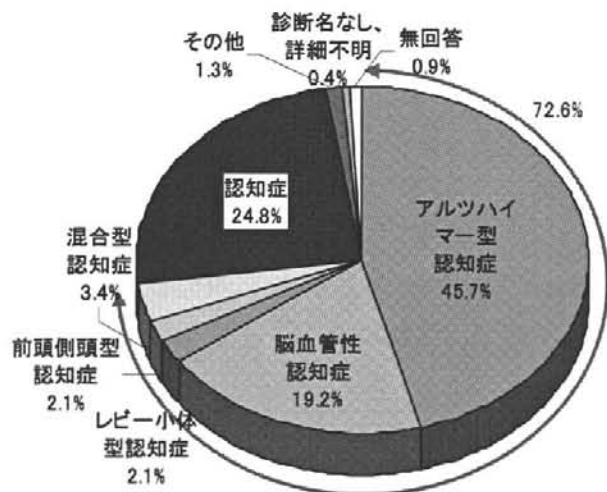
◆脳画像診断の内容（n=234）



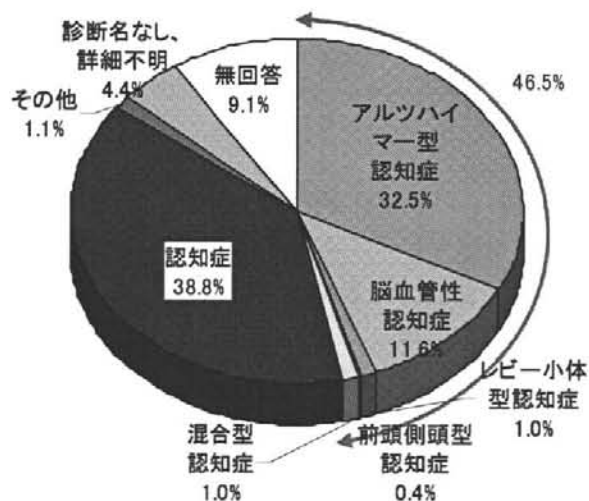
④直近の認知症の診断名では、アルツハイマー型認知症（32.5%）、脳血管性認知症（11.6%）をはじめ、原因疾患が特定されているものは46.5%であった。一方で、原因疾患が特定されない「認知症」が38.8%、「診断名なし、詳細不明」が4.4%存在していた。

※認知症診断名としての「認知症」：本調査では、「アルツハイマー型認知症」、「脳血管性認知症」、「前頭側頭型認知症」、「レビー小体型認知症」など原因疾患が明らかなもの以外で、調査票に「認知症」、「老人性認知症」、「老年期認知症」等と回答されたものを「認知症」としてまとめている。

◆脳画像診断がある人の診断名（n=234）



◆認知症の診断名（脳画像診断のない人を含む）（N=1143）

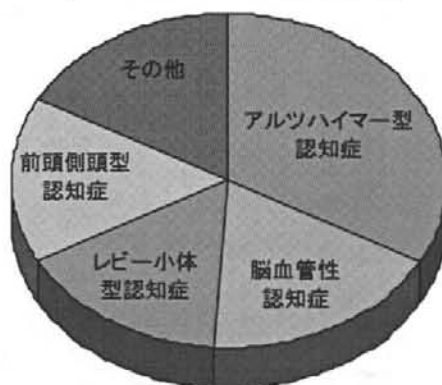


参考として、国内の認知症研究を踏まえた疾患頻度の概要を次に示す。

アルツハイマー型認知症が3割強で最も多いが、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症も2割弱程度の頻度となっている。

◆先行研究における認知症の診断名

認知症における疾患頻度の概要



（出所）杉本あずさ、河村満「認知症の分類と疫学」『Clinical Neuroscience』Vol.29 No.3(2011-3)pp.262-263

⑤直近1ヶ月間でBPSD（認知症の行動と心理症状）がある人は86.0%であった。

◆直近1ヶ月間のBPSDの有無（N=1143）



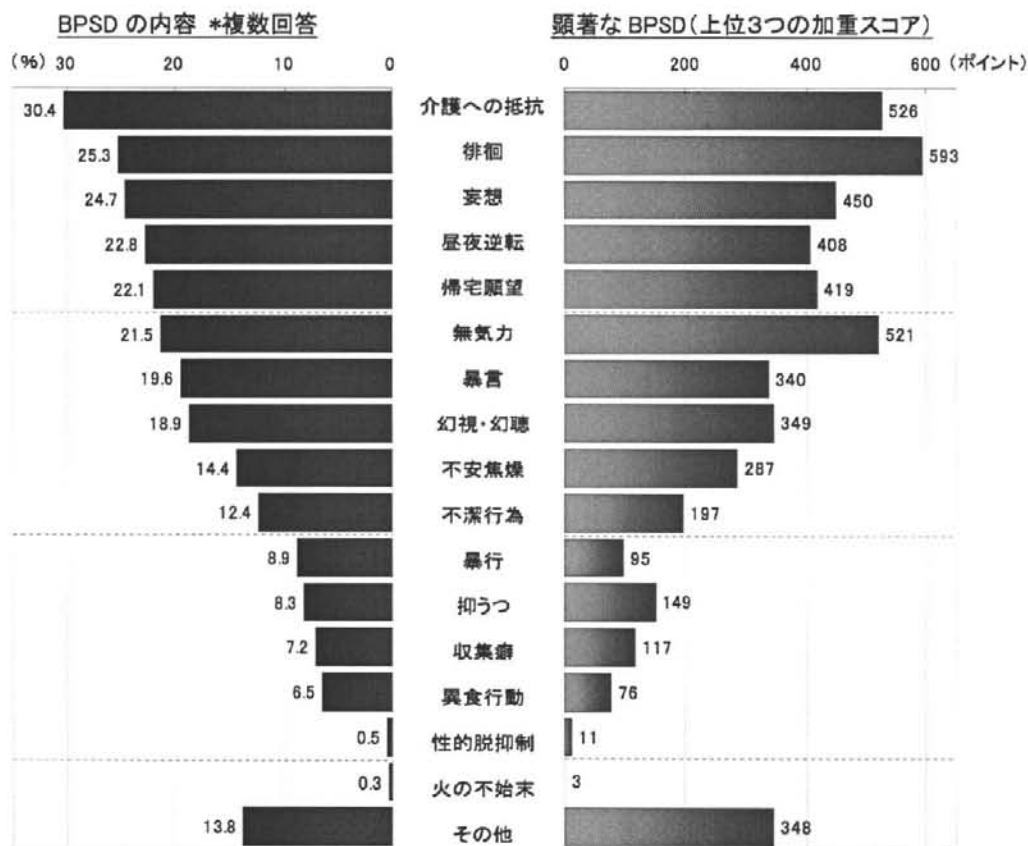
⑥BPSDの内容は、介護への抵抗が30.4%と最も多く、徘徊（25.3%）、妄想（24.7%）、昼夜逆転（22.8%）、帰宅願望（22.1%）と続く（複数回答可）。

「その他」の主なものは、大声・奇声など（2.5%）、独語・独話・同じ話の繰り返し（2.2%）のほか、感情失禁・興奮・ヒステリー（1.0%）、食事で遊ぶ・人のものを食べる（0.9%）などであった。

顕著に見られるBPSD上位3つを加重集計したところ、トップが徘徊、2位が介護への抵抗となり、BPSDの内容と順位が入れ替わっている。BPSDの内容では6位だった無気力が2位と僅差の3位へ上昇しており、ケアの現場では問題になることがうかがわれる。

※BPSD上位3つの加重集計：最も顕著なBPSDを3ポイント、2番目に顕著なBPSDを2ポイント、3番目に顕著なBPSDを1ポイントとして集計した。

◆BPSDの内容と顕著なもの（N=1143）



- ⑦認知症の診断名別に顕著なBPSDは次の通りであった。無気力が最も顕著なのは、脳血管性認知症とレビー小体型認知症である。レビー小体型認知症では、妄想と幻視幻聴がそれぞれ2位、3位となっており、ほかの認知症と異なる傾向を見せている。

◆診断名別 顕著なBPSD

	アルツハイマー型認知症 (n=372)	脳血管性認知症 (n=133)	レビー小体型認知症 (n=12)	前頭側頭型認知症 (n=5)	混合型認知症 (n=11)	認知症 (n=443)	全体 (N=1143)
1位	徘徊	無気力	無気力	徘徊	昼夜逆転	徘徊	徘徊
2位	介護への抵抗	介護への抵抗	妄想	介護への抵抗	徘徊	妄想	介護への抵抗
3位	無気力	暴言	幻視・幻聴	抑うつ	介護への抵抗	介護への抵抗	無気力
4位	帰宅願望	昼夜逆転	抑うつ	無気力	無気力	帰宅願望	妄想
5位	昼夜逆転	妄想	介護への抵抗	妄想	暴言	無気力	帰宅願望

※一般的にいわれる認知症症状の特徴

アルツハイマー型認知症

記憶障害から発症することが多く、場あわせや取り繕い反応が見られる。

見当識障害、視空間認識障害、失語、失行、失認等が起こり、持続的な認知機能の低下が認められる。

脳血管性認知症

物忘れよりも判断力の低下によって日常の実行機能に障害が生じる。

意欲の低下、自発性低下、感情失禁、夜間せん妄等が見られる。

レビー小体型認知症

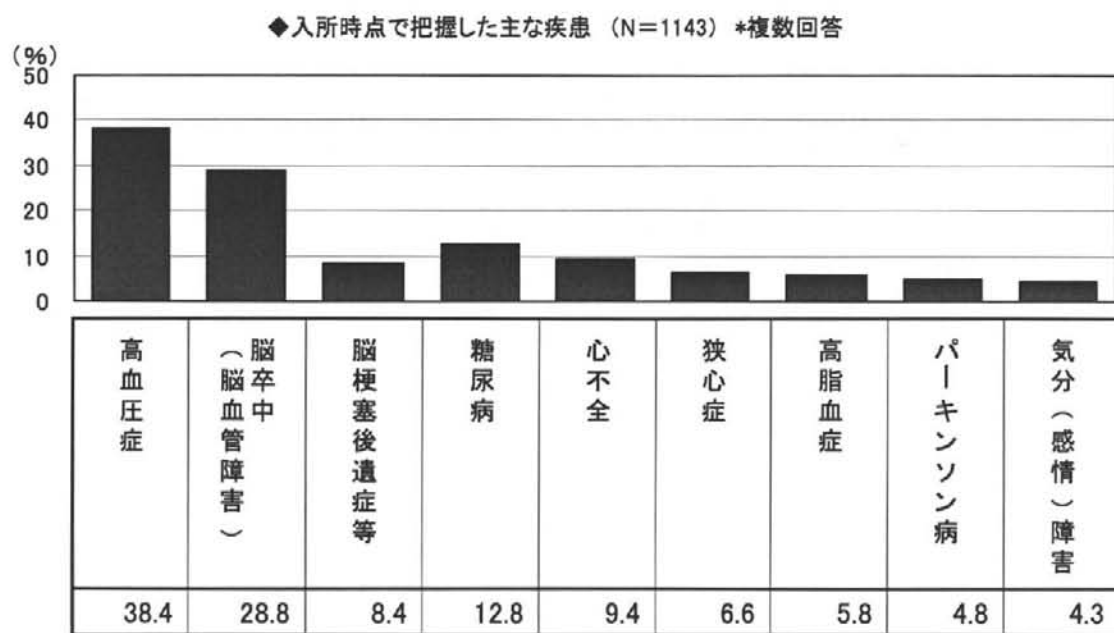
初期の段階から手足がふるえたり、動きが緩慢になる等のパーキンソン病に似た症状が多く見られる。

また、日や時間帯による症状の変化、具体的で詳細な内容の幻視が特徴的である。

前頭側頭型認知症

反社会的な行動や、性格の変化、自発性の低下が見られ、毎日同じものを食べる、同じ服を着る等の常同行動や特定のものに執着する等の特徴がある。

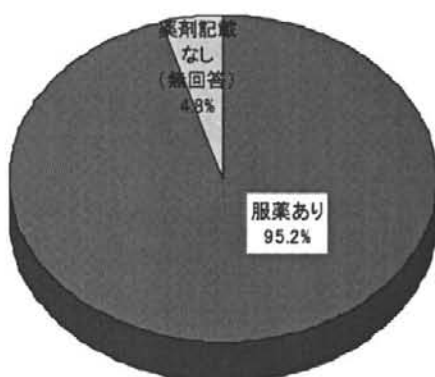
- ⑧特養入所時点で把握した主な疾患は、高血圧症が38.4%と最も多く、脳卒中（脳血管障害）28.8%、糖尿病12.8%、心不全9.4%が続く。



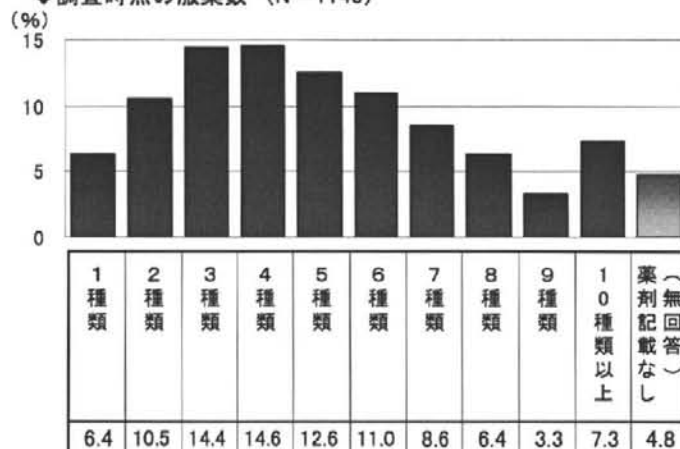
注)入所時点で把握した「完治」「治療中」「経過観察中」の疾患を集計

- ⑨調査時点における服薬状況は、95.2%が服薬中であり、平均服薬数は4.8種類である。10種類以上を服薬している人が7.3%あり、最多服薬数は16種類であった。

◆調査時点の服薬状況（N=1143）



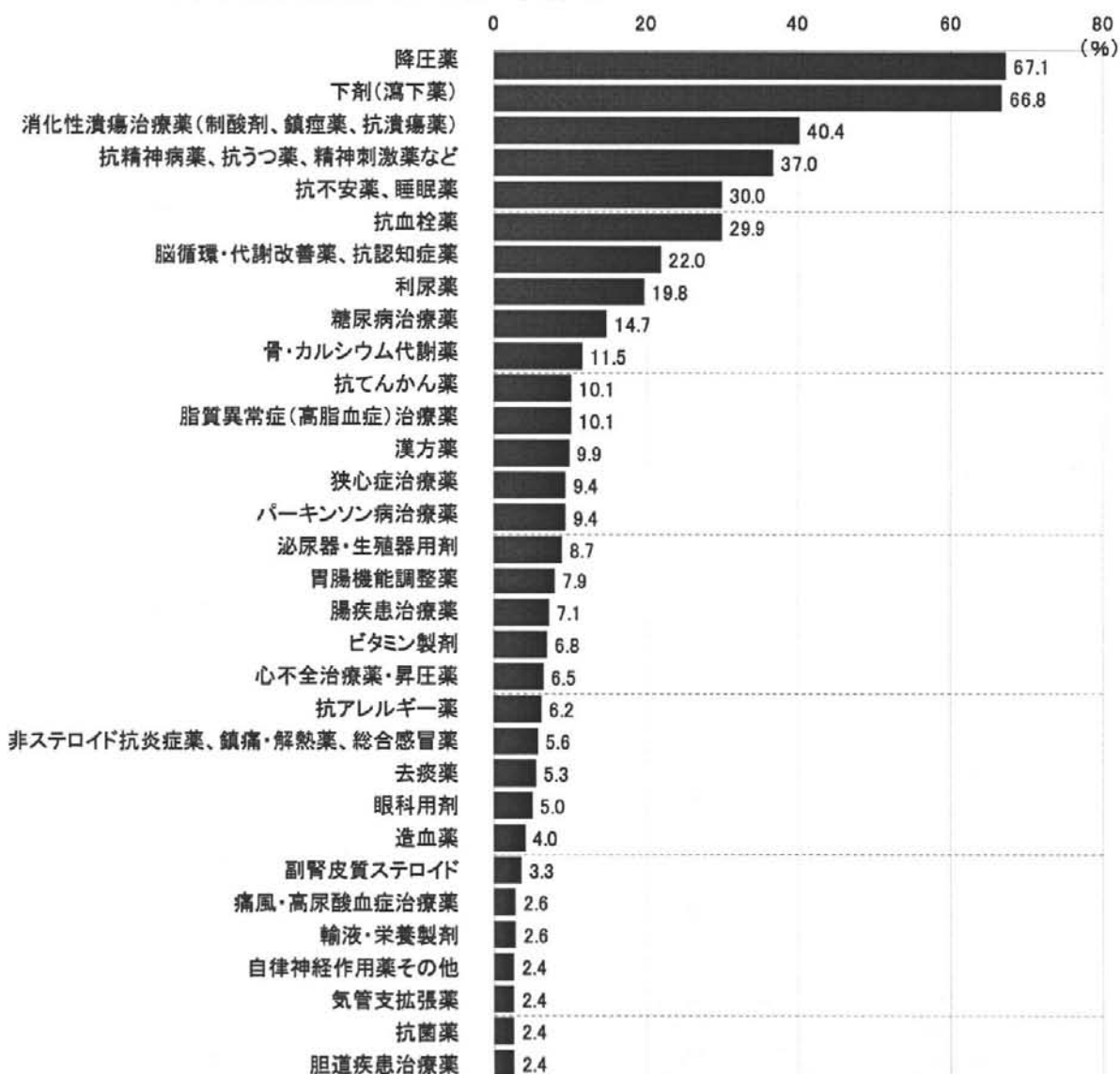
◆調査時点の服薬数（N=1143）



⑩種類別の服薬上位を見ると、降圧薬と下剤が服薬率6割を超えており、次いで消化性潰瘍治療薬（40.4%）が続いた。ドネペジルに代表される抗認知症薬の服薬率は22.0%であった。

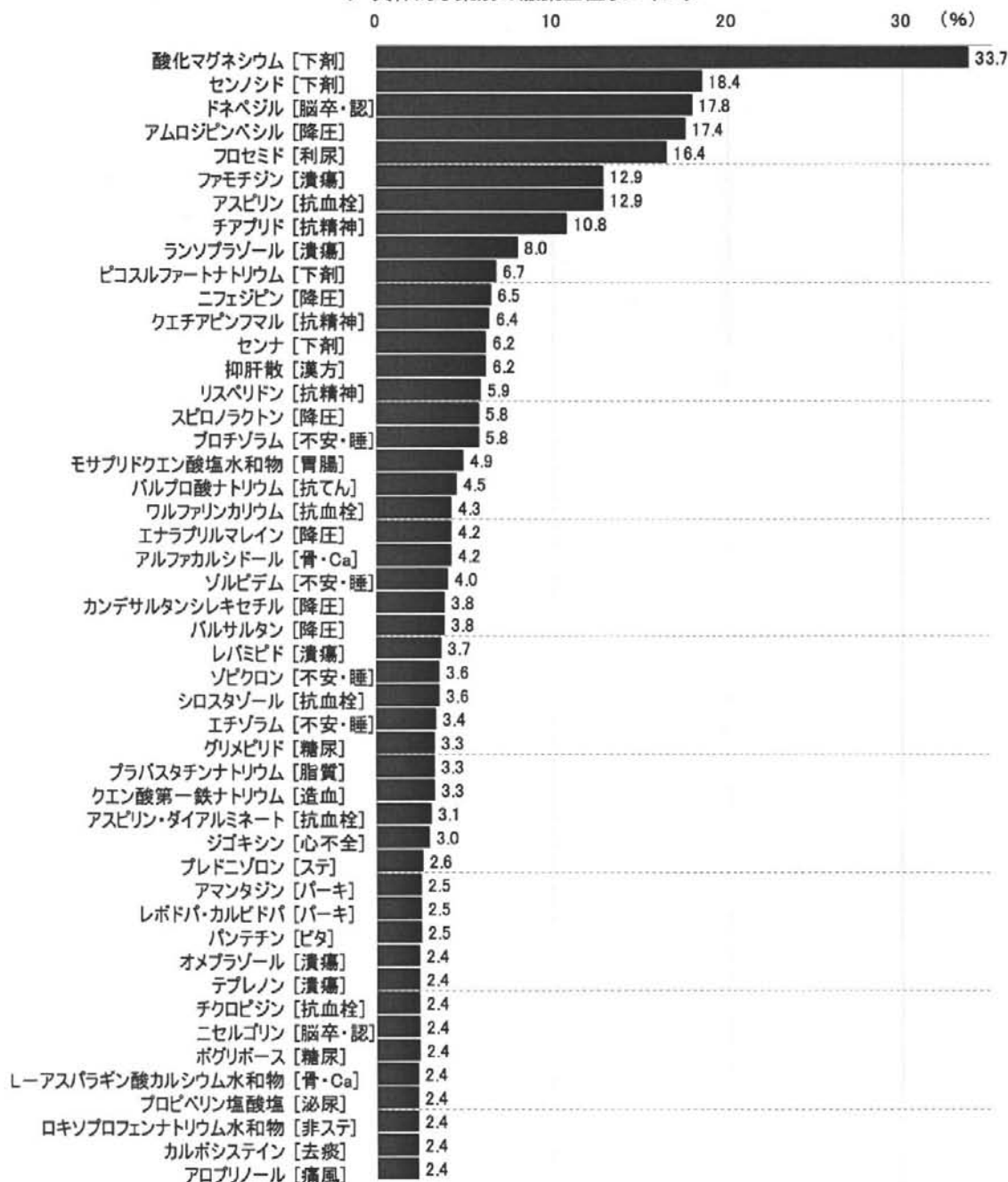
※薬の種類分類：調査票回答を『今日の治療薬 2010』（南江堂）を参考に分類した。複数の用途があるものは、同書で主要頁とされている項目を参考にしつつ、現場の処方を勘案して分類を行った。

◆種類別の服薬状況（N=1143）*複数回答



- ⑪具体的な薬別の服用上位ランキングを見ると、「酸化マグネシウム【下剤】」が1位で33.7%、次いで「センノシド【下剤】」で18.4%となっている。抗認知症薬としては「ドネペジル」が17.8%で3位となっている。

◆ 具体的な薬別の服薬上位ランキング



【薬の種類】

下剤 : 下剤(瀉下薬)
 脳卒・認 : 脳循環・代謝改善薬、抗認知症薬
 降圧 : 降圧薬
 利尿 : 利尿薬
 潰瘍 : 消化性潰瘍治療薬(制酸剤、鎮痙薬、抗潰瘍薬)
 抗血栓 : 抗血栓薬
 抗精神 : 抗精神病薬、抗うつ薬、精神刺激薬など
 漢方 : 漢方薬
 不安・睡 : 抗不安薬、睡眠薬
 胃腸 : 胃腸機能調整薬
 抗てん : 抗てんかん薬

骨・Ca : 骨・カルシウム代謝薬
 糖尿 : 糖尿病治療薬
 脂質 : 脂質異常症(高脂血症)治療薬
 造血 : 造血薬
 心不全 : 心不全治療薬・昇圧薬
 ステ : 副腎皮質ステロイド
 パーキ : パーキンソン病治療薬
 ビタ : ビタミン製剤
 泌尿 : 泌尿器・生殖器用剤
 非ステ : 非ステロイド抗炎症薬、鎮痛・解熱薬、総合感冒薬
 去痰 : 去痰薬
 痛風 : 痛風・高尿酸血症治療薬

⑫自由記述によるコメント

〔入所時点の診断名が不明で、ケアプランへの作成に苦勞する事例〕

- ・認知症を生じる原因疾患がはっきりしていない〔複数〕
- ・診断材料が不足していてケア計画への反映が難しい
- ・診断については入所時の診断書に記入があり詳細不明にて「認知症」としかわからない。
- ・診断名は「脳血管性認知症」だが、脳血管性というよりはアルツハイマー様の症状がみられる。専門医に正確な判断をしてもらっているわけではないので、診断名にはあまりこだわっていない
- ・認知症の診断名がなく、症状（問題となる行為）について取り上げるのみで、プランへの反映に戸惑いがある
- ・主治医意見書の認知症自立度はⅢaとなっているが「認知症」との診断はない。施設と病院を間違えたり所在地も理解できていないことから、認知症症状ありと判断している
- ・同じ病院からの情報であるにもかかわらず、脳血管性認知症と書いてあるものとアルツハイマー型認知症と書いてあるものがあつたため、BPSDの状態から計画を立案した
- ・認知症の類型がわからないので、今後症状が進行した場合、どのような配慮を要するのか予測し難い
- ・認知症との診断はついていないが、明らかに認知症と思われる症状があるため、プランにもあげている〔複数〕

〔ケアプランにおける服薬調整の難しさ、薬の情報や認識の不足についてのコメント〕

- ・現在、入所時の内服薬を少しずつ減量し、状態を見ている。減少に伴うリスク等の情報がある程度反映したが、状態変化の時期、期間がわからず、予測等つかずケア計画への反映は難しい
- ・精神科の内服は症状により都度変更しているので、ケア計画への反映が難しい
- ・内服薬服用による効果、副作用に対する認識不足があり、ケアプランへの反映が難しかった
- ・BPSDの中で昼夜逆転及び理解力の低下による転倒リスクの高さを考えると、薬剤による入眠も起床時に足元のふらつきが多く、兼ね合いが難しい
- ・認知症に関連のある薬は処方されておらず、進行を遅らせることができるのかどうかかわからない
- ・服薬したことで、傾眠状態や食事が食べられない等の症状があり、服薬を中止したことがある

〔ケアプラン作成の苦勞、家族に対する配慮等のコメント〕

- ・認知症状に対し具体的なプランではなく、なんとなく漠然としたプランになってしまう
- ・認知症状に対し、薬の調整や転倒防止などのプランになってしまい、本人の想いや希望をプランに取り入れていくことが難しい
- ・認知症の症状や度合いは人それぞれであり、医療的な知識（認知症に対して）がないため、プランへ具体的な内容が取り込めていないような気がする
- ・認知症だけでなく、その他の疾病に対するケアが大きい
- ・専門医の診察に対して家族の理解が得られず、一切の服薬を拒否している。ケアプランに「認知症」という言葉も控えるなど、非常に支援が難しい

Ⅱ モデル施設による個別ケースの再診断及び定期的なカンファレンスによる検証事業から

(1) 調査の対象、属性

- ①実施施設：3施設
- ②対象ケース：8ケース（男性3名、女性5名）

(2) 調査結果の概要

- ①期間：約3か月
- ②概要
 - i モデル検証施設での準備
 - ・「認知症の原因疾患別アプローチ検討委員会（仮）」の立ち上げ、メンバー選出
 - ・特養入所者のうちBPSDの顕著なケースや対応に苦慮しているケースを10例程度選出、CT画像の取得及びフェイスシート作成
 - ・同意書の取得、家族への説明
 - ii 事前説明
 - ・モデル検証施設職員等に対し、訪問による事業の主旨説明、検証の手順及びスケジュール等について説明実施
 - iii モデル検証会議
 - ・対象ケースの抽出（5例程度）
 - ・現行ケアの課題整理
 - ・認知症専門医による再診断と処方薬の見直し、ケア計画への助言
 - ・定期的なケアカンファレンス、ケア計画の見直し、認知症専門医への適宜報告
 - iv まとめ
 - ・各モデル検証施設の対象ケースのうち、成果及び相関性が見られたケースについて経過を取りまとめ、報告書に掲載

③モデル検証事業における再診断と処方薬の見直しについて

	診断名	処方薬
Aさん	診断名なし⇒アルツハイマー型認知症	中止×1種類、減量×1種類、開始×2種類
Bさん	アルツハイマー型認知症（変更なし）	変更なし
Cさん	アルツハイマー型認知症 ⇒レビー小体型認知症及び正常圧水頭症	変更なし
Dさん	アルツハイマー型認知症（変更なし）	減量×1種類
Eさん	脳血管性認知症⇒レビー小体型認知症	中止×2種類、減量×2種類、増量検討×1種類
Fさん	脳血管性認知症（変更なし）	中止×2種類、減量×1種類
Gさん	診断名なし⇒アルツハイマー型認知症	開始×1種類
Hさん	ファール病の疑い⇒前頭葉症候群	減量×1種類

※モデル検証事業開始時の対象ケースは20ケースだったが、事業を通して成果が顕著なケースを8例抽出し、報告書に掲載した

④成果と課題

【成果】

- ・医師による治療や薬の処方の変更について、介護職員による観察、記録、気づき等が科学的な判断材料となることから、情報の一元化や伝達方法について技術的な向上が認められた。
- ・ケアのみによるアプローチに限界があるケースや、認知症の原因疾患の特徴によっては医療、介護いずれも明確な成果が望めないケースがあることを確認できた。
- ・改善が困難なBPSDへの対応についてのカンファレンスの中で、入所者の尊厳を重視した方針決定時に介護の視点でイニシアチブを取る場面が多々あり、「生活」を中心においた合議ができた。
- ・施設の嘱託医や連携先病院の医師の理解が得られ、経過観察や認知症に対するケアの在り方について共に考えることができた。
- ・モデル検証事業を進める中で正常圧水頭症が疑われるケースが複数あり、認知症症状の初期段階における脳のCT画像検査を実施することの重要性が明らかになった。

【課題】

- ・入所以前の医療との関わりについての情報収集と把握が難しく、情報不足によるケアの模索が浮き彫りになった。
- ・入所時に把握した情報、また診断、処方薬等について、その後の再診断や見直しの機会がほとんど設けられていない。
- ・認知症の症状と基礎疾患による症状、また薬の影響による症状の見極めが難しく、医療、看護、介護の連携による総合的な判断が求められる。

Ⅲ 本調査研究事業のまとめ

本調査研究事業の結果から次の点について提言する。

①認知症専門医の量、質の早急な確保及び認知症介護との連携・協働体制の構築

- ・認知症の早期発見、早期治療が予後に大きく関与するとともに、正確な診断が受けられていることによって、重度化してからも根拠あるケアが可能となる。
- ・認知症の初期に専門医による正確な診断がなされ、その情報が入所先まできちんと伝わるような医療と介護の連携システムの標準化が急がれる。

②認知症の正確な診断と脳画像診断による情報の積極的な評価

- ・脳画像診断が行われていたのは2割程度にとどまっているが、脳画像診断を行うことによって疾患名が特定されるケースが46.5%から72.6%に高まっており、医療情報として有効性が期待される。
- ・脳画像診断によって、治療が可能とされる正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫等の認知症の診断が可能になり、より精度の高い認知症の診断が可能になる。

③「原因疾患を踏まえた個別ケア」の確立

- ・介護職、看護職が、認知症の原因疾患とその特徴に対する知識を習得し理解したうえで、個々の事例を科学的に考え、実践することが重要である。
- ・医療との適切な連携を進めるためには、介護職の記録、観察、変化への気づき等が大きな判断材料となり、利用者の尊厳を守る生活支援の視点において必要不可欠な役割を果たしていることから、常にフィードバックの関係性を維持することが重要である。

医療ルネサンス

No5195

胃ろうを考える ⑤

栃木県栃木市にある特別養護老人ホーム「ひまわり」(佐々木剛施設長)。「日差しが差し込む食堂で、入所者のB子さん(90)が左手で食事を取っていた。おかゆに魚、おひたし、煮物、みそ汁に果物。Bさんは歯がないため、おかずは刻んであるが、何の料理かはわからない。「おいしいですか?」スタッフが聞くと、Bさんはうなずいた。

2008年

春に脳出血で倒れたBさんは、09年2月に胃ろうをつくり、11年6月にひまわりに入所した。利き手側の右半身がまひし、当時は寝たきりで、栄養はすべて胃ろうからだった。

ひまわりは、特別養護老人ホームなどで作る全国老人福祉施設協議会(全国老施協)が進める「胃ろう外しプロジェクト」に参加。国際医療福祉大教授の竹内孝仁さんの指導で、7月下旬から取り組みを始めた。

「口から食事」特養の実践

12年2月までに入所者全員が普通の食事を取れるようになることを目標に、胃ろうや、刻み食などの人について、看護師らがのどの動きや歯の状態などをチェックし、可能性を検討した。胃ろうにしている6人のうち、終末期の人を除く4人が取り組むことになった。

Bさんはまず、日中はベッドから車いすに移り、胃ろうからの水分量も増やして、意識や体の状態の改善を図った。口からの食事は、おやつバナナから始めた。経口摂取は3年半ぶりだったが、Bさんはもぐもぐとそしゃくしてのみ込み、誤嚥もなかった。

食べる量を増やし、今では昼食と夕食は口から取る。意識がはっきりし、言葉も出るようになった。家族も「こんなに変わるなんて」と驚く。取り組み開始から約3か月。4人のうち1人は入院中だが、1人は3食とも普通の食事を取れるようになり、Bさんともう1人も胃ろうを外せる見通しがついた。



3年半ぶりに口から食べるようになったB子さん。「おいしい」と言うこともあるという(栃木県栃木市の特養「ひまわり」で)

「その理由について竹内さんは「もともと不要な胃ろうが多い」と指摘する。肺炎など急病で入院し、全身状態の回復に時間がかかりそうとの理由でつくったり、認知症があり、食が細くなったためにつくったりしたケースなどという。

「前者は退院時には外せる。後者はもともと必要がない場合が多い。胃ろうにしていると重症に見えるため、外す努力もされない」と竹内さんは話す。