

社保審－介護給付費分科会	
第194回（R2.11.26）	資料 2

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） の報酬・基準について

これまでの分科会における主なご意見（介護老人福祉施設）①

<人員配置基準等>

- 介護職員以外の人材確保も大変であり、同一敷地内であれば一定の上限を決めて兼務可能とすれば、人材の有効活用が可能でないか。
- 多床室とユニット型を併設する特養は、それぞれで配置基準を満たすことが求められているが、収支状況も踏まえる対応を検討する必要があるのではないか。
- 育児・介護休業を取得した場合の常勤配置の取扱いについては、診療報酬と同様に、介護報酬においても特例を設けるべき。
- 常勤配置への短時間勤務の特例について、1日を通じての職員の負担やサービスの質の低下につながらぬよう、配慮すべき。
- 現行の人手不足の中で、サービスの質の担保に留意しつつ、柔軟な人員配置を認めるべき。
- 人員配置基準は、適切な人数として定められているものであるから、柔軟な人員配置として直ちに人を減らすという方向に流れないようにすべき。
- 同一敷地内の広域型特養と小規模多機能型居宅介護の管理者や介護職員の兼務が認められていないが、管理者の兼務や併設事業所との現場職員の兼務については、幅広く認めるべき。
- 職員の専従要件につき、勤務継続可能な職務、職場環境の改善などのあり方や負担にも留意しつつ、見直しを検討すべき。
- 職員の兼務は、サービスの質の低下を招かないことが前提。「入所者の処遇に支障がない場合」について、適切に運用をすべき。
- 重度化の中で兼務を認めることは、更なる労働環境の悪化につながりかねず、慎重な検討が必要。

<中重度者や看取りへの対応の充実>

- 看取りにあたっては、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに従い、本人の意思を尊重したACPが作成され、医療・ケアチームにより実行されるべきであり、推進にあたっては、社会福祉士やソーシャルワーカー等の関与を明確化し、評価すべきではないか。
- 看取りにおいては、ご本人の意思を最大限尊重するケアが重要であり、ご本人の意思表示ができない場合にも人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等に則って取組を行うなど、加算の算定要件に追加すべきではないか。
- 看取りの対応のためには、施設内の看護体制の強化を進めるべきであり、重度者受入れ安定化、看取りの体制整備、外部の医療職との連携強化のためにも、夜間などへの看護職の加配への評価を検討すべき。
- ACPの取組みは、看取り期に限らずより以前の段階から取り組むものであるため、加算での対応ではなく運営基準に入れるべきではないか。
- 日常生活継続支援加算は、特養において様々な疾病や複雑な状態像の方に対し、生活支援の目線で介護福祉士が担うという重要な加算であるため、やみくもに見直しはせず、現行のまま定着を促進すべき。

これまでの分科会における主なご意見（介護老人福祉施設）②

<ユニットケア>

- 個室ユニット型施設の普及のためには、ケアの質を落とさないことを前提に、ユニット定員の増加をはじめ、基準の見直しや緩和について検討すべき。
- ユニットケアを普及するためには、手厚い人員配置や職員研修が必要となるが、有休が取得しにくい、昼間のサービス提供においてユニット間での支援ができない、研修に参加しにくいなどの課題がある。地方ではユニット型への入所希望が少ない状況もあり、人材確保や労働環境、経営環境改善の観点から、基本報酬の見直しが必要ではないか。
- ユニット定員の増加は、現在の人員配置のままでは、職員の負担増が懸念されるため、人員配置のあり方をあわせて検討すべきではないか。
- ユニットケアは、馴染みの関係を築きながら、個別性の高いケアを行うものであり、2ユニット単位での運用を認める場合、日中手薄になることや、職員の見るべき利用者が増えることから、職員の負担が増え、ユニットケアの維持が難しいのではないか。
- ユニットケアの基本は手厚い人員配置による個別ケアであり、人員不足は理解するが、2ユニット単位での運用は、質の確保が懸念されるため、専門職の常勤要件の緩和を先に行うべきではないか。
- 2ユニット単位での運用を認める場合、様々な質の担保のために、職員の研修機会を確保すべき。
- ユニットリーダーは、利用者の24時間の暮らしを支え、職員の労務管理に関わることや、施設内の各種会議への参加を行うため、原則、常勤職員であるべき。

<介護保険施設のリスクマネジメント>

- 介護事故の報告様式について、必須項目を決めつつ、地域の実情に応じて決めていくべき。
- 報告様式は市町村や現場で分析しやすい様式が好ましく、またメール提出を可能とし、集計しやすいものにすべき。
- 市町村に報告されている介護事故事例について、分析を行い、現場へのフィードバックをすべき。
- 自立や離床を進めようとするほど、事故のリスクにさらされ、現場の萎縮につながりかねないので、取組みによってはマイナスな評価としないことも大切。
- 安全対策の責任者を運営基準に位置づけ、基本報酬で評価すべき。

これまでの分科会における主なご意見（介護老人福祉施設）③

<高齢者虐待の推進>

- 虐待がなぜ起こったか、原因の分析など根本をよく検討すべき。
- 虐待防止の委員会や専任の担当者を設ける場合、介護事故防止策として求められる、委員会や担当者と一体的に考えるなど、現場の負担への配慮が必要。
- 虐待防止の研修を行う際、他で求められる研修やICTを活用することを検討すべき。

<その他>

- 在宅サービス事業者の参入が少なく、特養が必要な地域資源となっているところも少なくないことから、そうした地域の特養が継続的・安定的に運営できるような仕組みづくりが必要。
- 介護の質を担保するために人手を手厚く配置している施設に関して、その取組や努力を適切に評価すべきではないか。それが結果として働きやすい環境づくり、定着率の促進に寄与するのではないか。
- 特養入所者の要介護度の高まりにより、介護職員の負担増につながっているものの、処遇に反映されていないとの現場の声があるため、要介護度が高まっていることを考慮した検討が必要ではないか。
- 過疎地では、特養のベッドが空いてきているが、原則要介護3以上しか入所できないことで入所につながらないこともあるため、そのような地域では条件を緩和するなど、地域の現実に即した対応が必要ではないか。
- 低所得の人への対応を考えれば、原則として要介護3以上とする入所要件は、撤廃すべきではないか。

※第183回介護給付費分科会（令和2年8月27日） 小泉委員提出資料【全国老人福祉施設協議会】

- 従来型特養とユニット型特養が併設されている場合の介護・看護職員と、従来型特養とユニット型地域密着型特養の介護・看護職員は専従でなければならないことについては、見直しを図るべきである。
- 同一敷地内特養（広域型）と小規模多機能の管理者や介護職員の兼務は認められていない（看護職員は可）ことから、管理者の兼務や併設事業所の兼務については幅広く認めるよう検討いただきたい。
- 現行の看取り介護加算における看護師の配置、指針の策定、協議による指針の見直し等については体制加算として日数の限定なく算定が可能なものとして評価し、さらに、協議の場において社会福祉士の関与を明確化し、評価の充実に検討いただきたい。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 目次

論点①. 人材の活用（人員配置基準）	5
論点②. 個室ユニット型施設の設備・勤務体制	12
論点③. 中重度者や看取りへの対応の充実	16
論点④. 介護保険施設のリスクマネジメント	21
論点⑤. 高齢者虐待防止の推進	32
論点⑥. 小規模特養の基本報酬	39

論点① 人材の活用(人員配置基準)

論点①

- 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の人員配置基準について、人材確保や職員定着の観点から、サービスの質の確保に留意しつつ、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 人材確保や職員定着の観点から、職員の勤務シフトを組みやすくするなど働き方改革を推進するため、職員の過度な負担につながらぬよう配慮しつつ、
 - ・従来型とユニット型を併設する場合において、入所者の処遇に支障がない場合、介護・看護職員の兼務を可能としてはどうか。（※地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院等においても同様としてはどうか。）
 - ・広域型特養と小規模多機能型居宅介護が併設する場合において、入所者の処遇や事業所の管理上支障がない場合、管理者・介護職員の兼務を可能としてはどうか。
 - ・サテライト型居住施設において、本体施設が特養・地域密着型特養である場合に、本体施設の生活相談員により当該サテライト型居住施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、生活相談員を置かないことを認めてはどうか。
 - ・地域密着型特養（サテライト型を除く。）において、他の社会福祉施設等との連携を図ることにより当該地域密着型特養の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないときは、栄養士を置かないことを認めてはどうか。
- ※ 一定の職員の兼務を認めるにあたっての留意点として、
 - ・労働関係法令に基づき、職員の休憩時間や有給休暇等が適切に確保されていること
 - ・食事、健康管理、衛生管理、生活相談等における役務の提供や設備の供与が入所者の身体的、精神的特性を考慮して適切に行われることなどを明示することを検討。

特養と特養併設の場合の介護・看護職員の兼務

- 特養と特養を併設する場合の介護・看護職員の兼務について、従来型とユニット型を併設する場合は兼務不可だが、従来型と従来型、ユニット型とユニット型を併設する場合には、「入所者の処遇に支障がない場合」には兼務が可能。

＜特養と特養を併設する場合の介護・看護職員の兼務の可否状況＞

	従来型	ユニット型
従来型	○ ※入所者の処遇に支障がない場合	×
ユニット型	×	○ ※入所者の処遇に支障がない場合

介護・看護職員の専従規定

○ 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)(抄)

(従業者の員数)

第二条 1～3(略)

4 指定介護老人福祉施設の従業者は、専ら当該指定介護老人福祉施設の職務に従事する者でなければならない。ただし、指定介護老人福祉施設(ユニット型指定介護老人福祉施設(第三十八条に規定するユニット型指定介護老人福祉施設をいう。以下この項において同じ。))を除く。以下この項において同じ。)にユニット型指定介護老人福祉施設を併設する場合の指定介護老人福祉施設及びユニット型指定介護老人福祉施設の介護職員及び看護職員(第四十七条第二項の規定に基づき配置される看護職員に限る。)又は指定介護老人福祉施設にユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設(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(平成十八年厚生労働省令第三十四号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。)第一百五十八条に規定するユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設をいう。以下この項において同じ。)を併設する場合の指定介護老人福祉施設及びユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設の介護職員及び看護職員(指定地域密着型サービス基準第百六十七条第二項の規定に基づき配置される看護職員に限る。))を除き、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。

5～10 (略)

広域型特養と小規模多機能の兼務

○ 広域型特別養護老人ホームに併設する小規模多機能型居宅介護については、短期入所生活介護と異なり、介護職員や管理者の兼務は認められていない。

兼務の可否	短期入所生活介護			小規模多機能型居宅介護		
	介護職員	看護職員	管理者	介護職員	看護職員	管理者
地域密着型特養	○ (併設)	○ (併設)	○ (同一敷地内)	○ (併設)	○ (同一敷地内)	○ (併設)
広域型特養	○ (併設)	○ (併設)	○ (同一敷地内)	×	○ (同一敷地内)	×

広域型特養と小規模多機能型居宅介護との職員の兼務

	介護職員・看護職員	管理者						
併設短期入所生活介護	◆指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（解釈通知） ハ 生活相談員、介護職員及び看護職員の員数については、併設されているのが特別養護老人ホームである場合には、特別養護老人ホームとして確保すべき員数と指定短期入所生活介護事業所として確保すべき員数の合計を、特別養護老人ホームの入所者と併設事業所の利用者の数とを合算した数について常勤換算方法により必要とされる従業者の数とするものである。	指定短期入所生活介護事業者は、指定短期入所生活介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定短期入所生活介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定短期入所生活介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。						
小規模多機能型居宅介護	次の表の上（左）欄に掲げる場合において、前各項に定める人員に関する基準を満たす小規模多機能型居宅介護従業者を置くほか、同表の中欄に掲げる施設等の人員に関する基準を満たす従業者を置いているときは、同表の下（右）欄に掲げる当該小規模多機能型居宅介護従業者は、同表の中欄に掲げる施設等の職務に従事することができる。 <table border="1"> <tr> <td>当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に中欄に掲げる施設等のいずれかが併設されている場合</td><td>指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第四号に規定する療養病床を有する診療所であるものに限る。）又は介護医療院</td><td>介護職員</td></tr> <tr> <td>当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の同一敷地内に中欄に掲げる施設等のいずれかがある場合</td><td>前項中欄に掲げる施設等、指定居宅サービスの事業を行う事業所、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定介護老人福祉施設又は介護老人保健施設</td><td>看護師又は准看護師</td></tr> </table>	当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に中欄に掲げる施設等のいずれかが併設されている場合	指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第四号に規定する療養病床を有する診療所であるものに限る。）又は介護医療院	介護職員	当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の同一敷地内に中欄に掲げる施設等のいずれかがある場合	前項中欄に掲げる施設等、指定居宅サービスの事業を行う事業所、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定介護老人福祉施設又は介護老人保健施設	看護師又は准看護師	指定小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定小規模多機能型居宅介護事業所の管理上支障がない場合は、（略）当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に併設する前条第六項の表の当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に中欄に掲げる施設等のいずれかが併設されている場合の項の中欄に掲げる施設等の職務、同一敷地内の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務（当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が、指定夜間対応型訪問介護事業者、指定訪問介護事業者又は指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、一体的な運営を行っている場合には、これらの事業に係る職務を含む。）若しくは法第百十五条の四十五第一項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（同項第一号二に規定する第一号介護予防支援事業を除く。）に従事することができるものとする。
当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に中欄に掲げる施設等のいずれかが併設されている場合	指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第四号に規定する療養病床を有する診療所であるものに限る。）又は介護医療院	介護職員						
当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の同一敷地内に中欄に掲げる施設等のいずれかがある場合	前項中欄に掲げる施設等、指定居宅サービスの事業を行う事業所、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定介護老人福祉施設又は介護老人保健施設	看護師又は准看護師						

地密特養と小多機併設の場合、介護職員の兼務可能だが、広域型特養と小多機併設の場合は不可。
看護職員はいずれの場合でも兼務可能。

介護老人福祉施設・老人保健施設の主な人員配置基準

社保審一介護給付費分科会

第186回 (R2.9.30)

資料 1

	介護老人福祉施設 (地域密着型介護老人福祉施設)	サテライト型 介護老人福祉施設	介護老人保健施設	サテライト型 介護老人保健施設
介護職員	・常勤換算で、3:1以上 ・地密の場合、介護職は、1人以上常勤		・常勤換算で、3:1以上 ・看護職は、2/7程度が標準 ・介護・看護職員は専らその職務に従事する常勤職員	
看護職員	※ユニット型施設と併設従来型施設の両方に従事することは不可		・ただし、業務の円滑化が図られる場合や併設サービス事業所の職務に従事する場合(ユニット型施設と併設従来型施設の両方に従事することも可)は、(1)、(2)の条件を満たせば非常勤でも可 (1) 常勤の職員の割合が、7割以上 (2) 非常勤の職員の勤務時間数が、常勤の勤務時間数以上	
	・1人以上は常勤	常勤換算で、1以上		
生活 相談員 ・ 支援 相談員	生活相談員:入所者の生活の向上を図るための適切な相談や援助等を行う能力を有する者		支援相談員:入所者に対する各種支援や相談業務を行うのにふさわしい者	
	・常勤で、1人以上 ・100:1以上(広域型)	常勤換算で、1以上 ※ 本体施設が老健の場合は、支援相談員によりサービス提供が適切に行われると認められるとき、置かないことが可	・常勤で、1人以上 ・100:1以上	×(置かないことが可) ※ 本体施設の支援相談員によりサービス提供が適切に行われると認められるとき
介護支援 専門員	・常勤で、1人以上 ・100:1以上(広域型)	×(置かないことが可) ※ 本体施設の介護支援専門員によりサービス提供が適切に行われると認められるとき	・常勤で、1人以上 ・100:1以上	×(置かないことが可) ※ 本体施設の介護支援専門員によりサービス提供が適切に行われると認められるとき

※ 介護職員、看護職員、生活相談員・支援相談員、介護支援専門員ともに、原則として専ら当該施設の職務に従事することが必要

※ 医師、薬剤師、栄養士、機能訓練指導員等については別途規定あり

介護老人福祉施設の栄養士の配置にかかる規定

- 入所定員が40名を超えない介護老人福祉施設は、一定の条件のもとで入所者の処遇に支障がない場合には栄養士を置かないことができるという規定が設けられている。
- 一方、地域密着型介護老人福祉施設（サテライト型を除く。）には同様の規定は置かれていない。

介護老人福祉施設の栄養士の配置に係る現行規定

	介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設 （サテライト型を除く。）	サテライト型 地域密着型介護老人福祉施設
栄養士の配置基準	1以上	1 以上	1 以上
基準上の栄養士配置に関する特記事項（省令）	<u>入所定員が40名を超えない場合、他の社会福祉施設等との連携を図ることにより当該指定介護老人福祉施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないときは、第四号の栄養士を置かないことができる。</u>	規定なし	本体施設が指定介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院、介護医療院の場合サテライト型居住施設の <u>入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、栄養士を置かないことができる。</u>

論点②個室ユニット型施設の設備・勤務体制

論点②

- 個室ユニット型施設におけるケアの質を維持しつつ、人材確保や職員定着を目指し、ユニットケアを推進する観点から、
 - ・ 1ユニットの定員を現行の「おおむね10人以下」から15名程度以内に緩和すること
 - ・ ユニットリーダーについて原則常勤を維持しつつ、出産・育児などやむを得ない場合については、必ずしも常勤を求めないこと
 - ・ ユニット型個室的多床室を新たに設置することを禁止することなどについて、どのように考えるか。

対応案

- 1ユニットの定員を現行の「おおむね10人以下」から15名以下に緩和することとしてはどうか。
(職員の過度な負担につながらぬよう、論点①と同様に留意点を明示する。)
- ユニットリーダーについて、原則常勤を維持しつつ、出産・育児などやむを得ない事情により欠員が生じる場合は、一時的に非常勤職員で代替することを認めるとともに、本人が復帰した際は、短時間勤務を認めることとしてはどうか。
- ユニット型個室的多床室を新たに設置することを禁止してはどうか。

※ 介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所生活介護についても同様にしてはどうか。

ユニット型施設の人員、設備及び運営に関する基準

○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）

（設備）

第四十条 ー ユニット

イ(2) 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、一のユニットの入居定員は、おおむね十人以下としなければならない。

（勤務体制の確保等）

第四十七条

2 前項の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次の各号に定める職員配置を行わなければならない。

一 昼間については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

二 夜間及び深夜については、二ユニットごとに一人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。

三 ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

○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について（平成12年老企第43号）

3 設備に関する要件

(4) 居室

③ ユニットの入居定員

ユニット型指定介護老人福祉施設は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するものであることから、1のユニットの入居定員は、10人以下とすることを原則とする。

ただし、敷地や建物の構造上の制約など特別の事情によりやむを得ない場合であって、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居定員が10人を超えるユニットも認める。なお、この場合にあっては、次の2つの要件を満たさなければならない。

イ 入居定員が10人を超えるユニットにあっては、「おおむね10人」と言える範囲内の入居定員であること。

ロ 入居定員が10人を超えるユニットの数は、当該施設の総ユニット数の半数以下であること。

医療従事者の負担軽減・人材確保について(平成28年度診療報酬改定)

社保審一介護給付費分科会

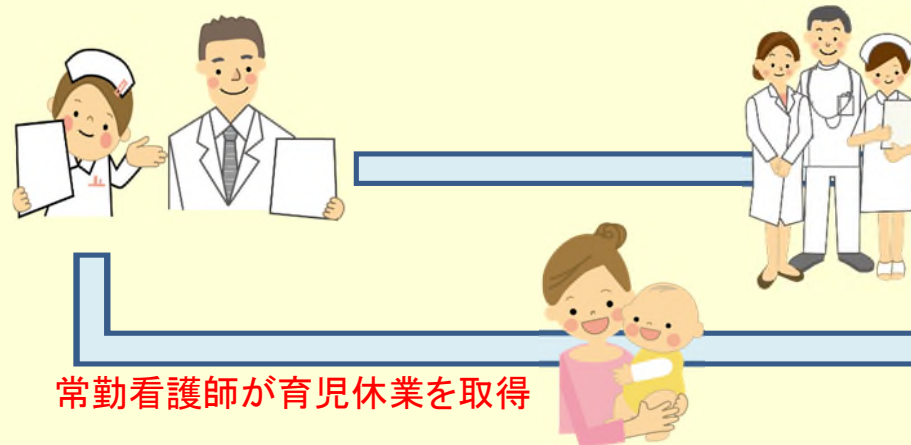
第186回 (R2.9.30)

資料 1

常勤配置の取扱いの明確化

- 施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合

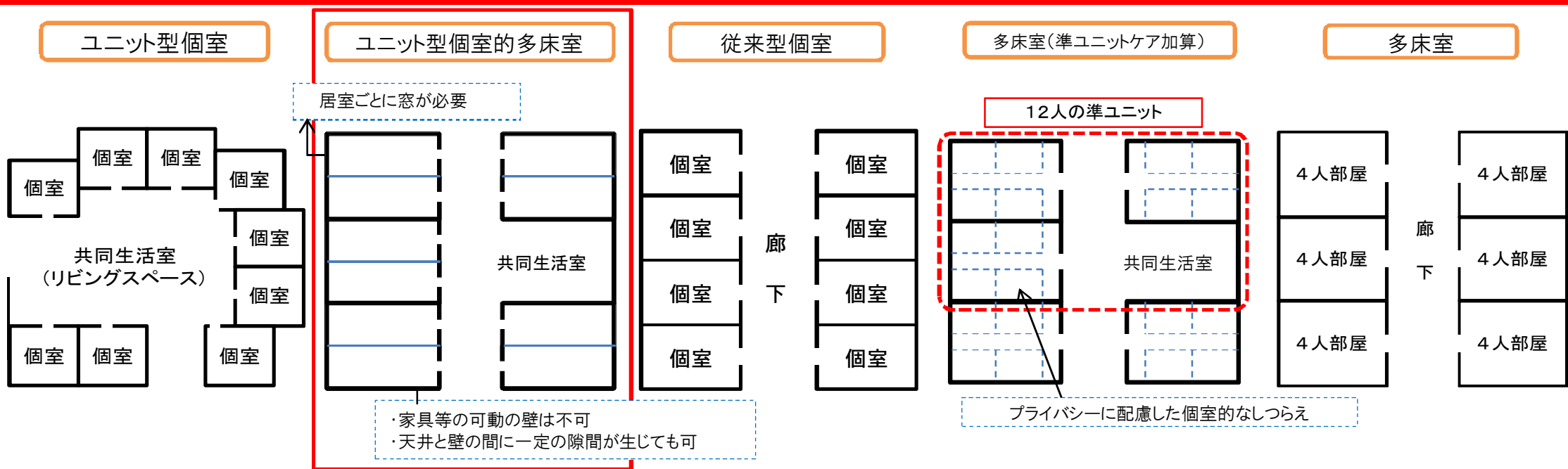


※ 常勤換算される非常勤従事者は各々が当該施設基準上求められる資質を有していなければならない。
例) 経験年数〇年以上、所定の研修を修了していること 等

- 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。



介護老人福祉施設の居室類型



	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室	多床室(準ユニットケア加算)	多床室
基準省令上の分類	ユニット型介護老人福祉施設		介護老人福祉施設		
居室環境	個室 + 共同生活室	個室的多床室 + 共同生活室	個室	プライバシーに配慮した個室的なしつらえ + 共同生活室	4人部屋
人員配置	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置		3:1	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置	3:1
介護報酬(要介護5)	913単位/日	913単位/日	832単位/日	832単位/日 + 準ユニットケア加算: 5単位/日	832単位/日
補足給付(第2段階)	6.4万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む		5.2万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む	4.4万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む	4.4万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む
利用者負担(第2段階)	5.1万円/月	4.1万円/月	3.9万円/月	3.8万円/月	3.8万円/月
施設割合(※)	49.6%	0.5%	49.9%		

※介護給付費等実態統計(令和元年10月分)を特別集計

論点③ 中重度者や看取りへの対応の充実

論点③

- 特別養護老人ホームにおける中重度者や看取りへの対応を充実する観点から、どのような対応が考えられるか。

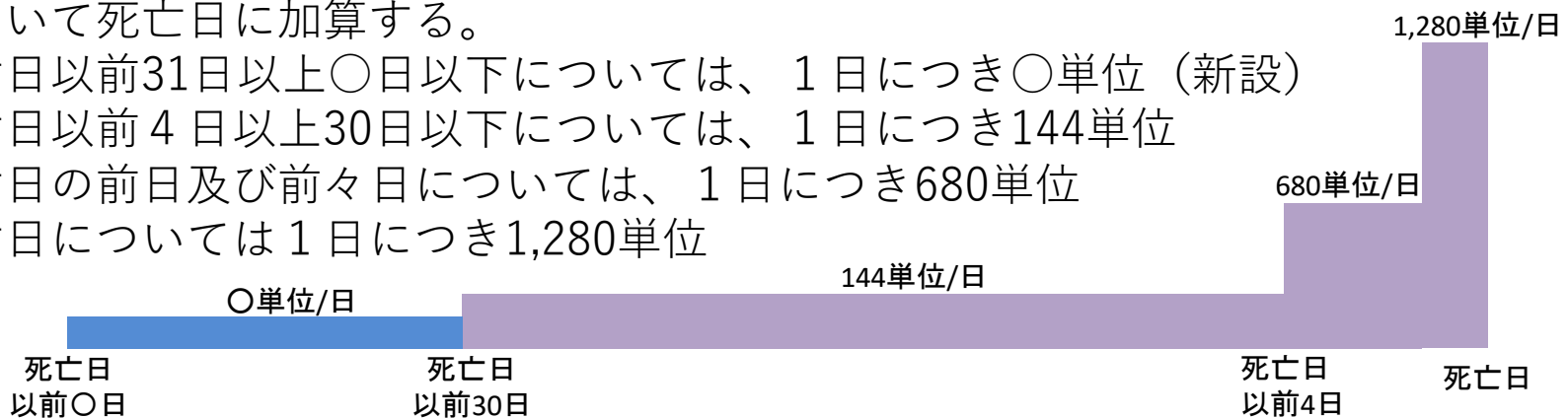
対応案

- 看取りへの取組状況等についての評価やソーシャルワーカーの関与を明文化する等についてご意見があることを踏まえ、また、看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を更に充実させる観点から、看取り介護加算の要件に、
 - ・看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明示すること、
 - ・「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを明示することとしてはどうか。
- 算定日数期間を超えて看取りに係るケアを行っている実態があることを踏まえ、看取りへの対応を充実する観点から、看取り介護加算の算定日数をより早期としてはどうか。

※特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護においても、同様としてはどうか。

以下について死亡日に加算する。

- ・死亡日以前31日以上○日以下については、1日につき○単位（新設）
- ・死亡日以前4日以上30日以下については、1日につき144単位
- ・死亡日の前日及び前々日については、1日につき680単位
- ・死亡日については1日につき1,280単位



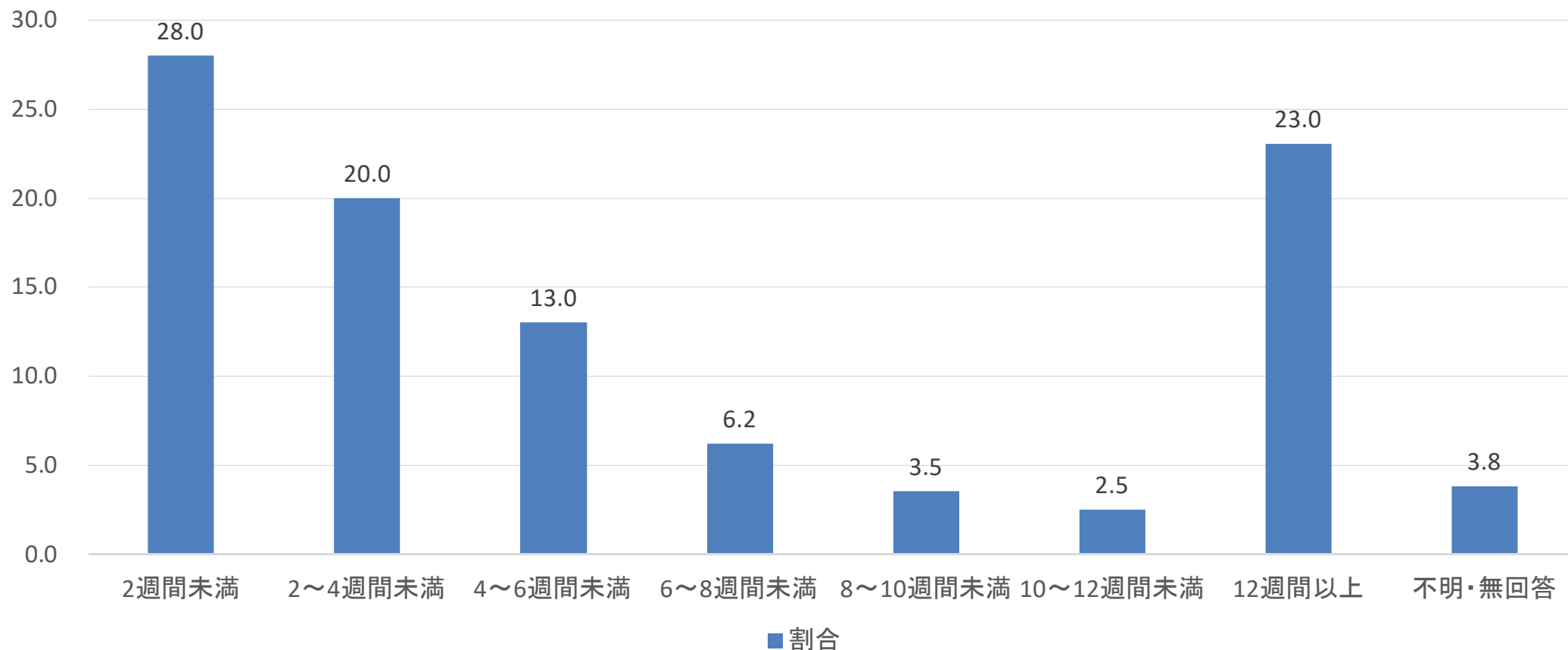
介護老人福祉施設における看取りの状況①

○ 看取りと判断された時期から死亡日までの日数について、「2週間未満」は28.0%、「2～4週間未満」は20.0%、「4～6週間未満」は13.0%、「6～8週間未満」は6.2%であった。「12週間以上」の入所者も23.0%存在。

(N=2,435)

※施設より回答のあった該当入所者数

看取りと判断された時期(死亡日から遡って)



【出典】「特別養護老人ホームの医療や看取りのあり方に関するアンケート調査」(速報値)(令和2年度老人保健健康増進等事業)

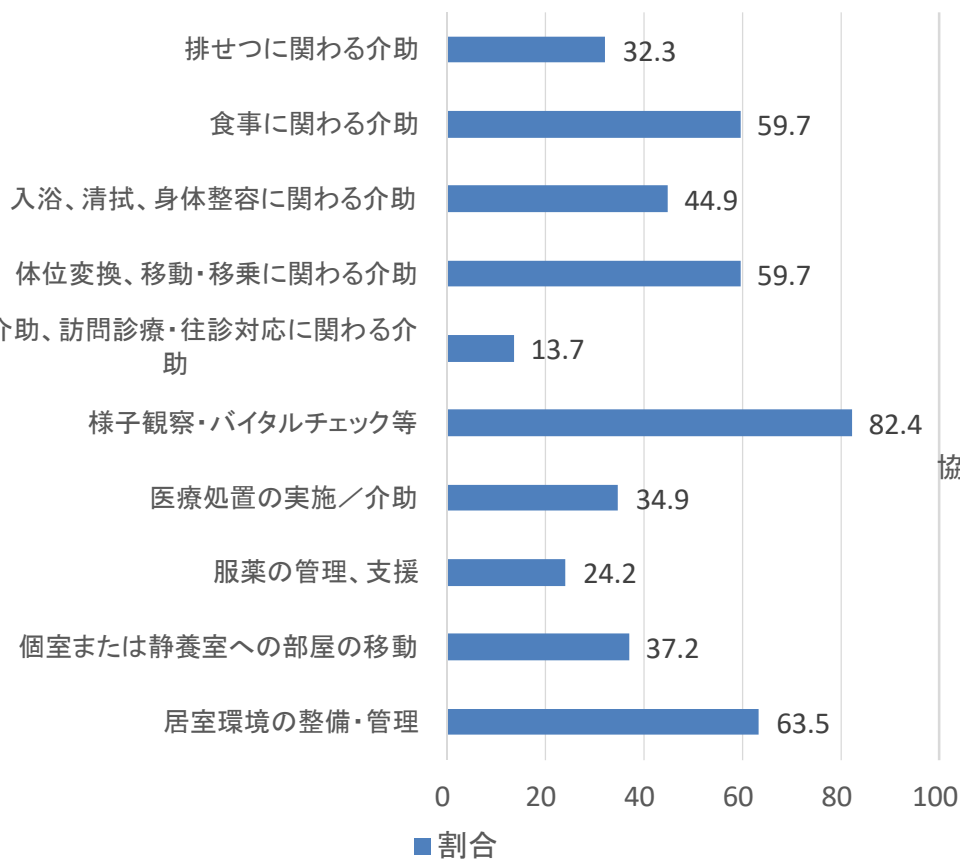
介護老人福祉施設における看取りの状況②

- 看取り期に職員の対応が特に増える事柄として、ケア時間に関しては、「様子観察・バイタルチェック等」が82.4%、「居室環境の整備・管理」が63.5%、「食事に関わる介助」及び「体位変換、移動・移乗に関わる介助」が59.7%であった。
- 非ケア時間に関しては、「家族への情報提供、意思確認」が80.5%、「スタッフ間の情報共有やミーティング」が78%、「家族のメンタルサポート」が70.9%、「ケアの方針に関するミーティング」が62.8%であった。

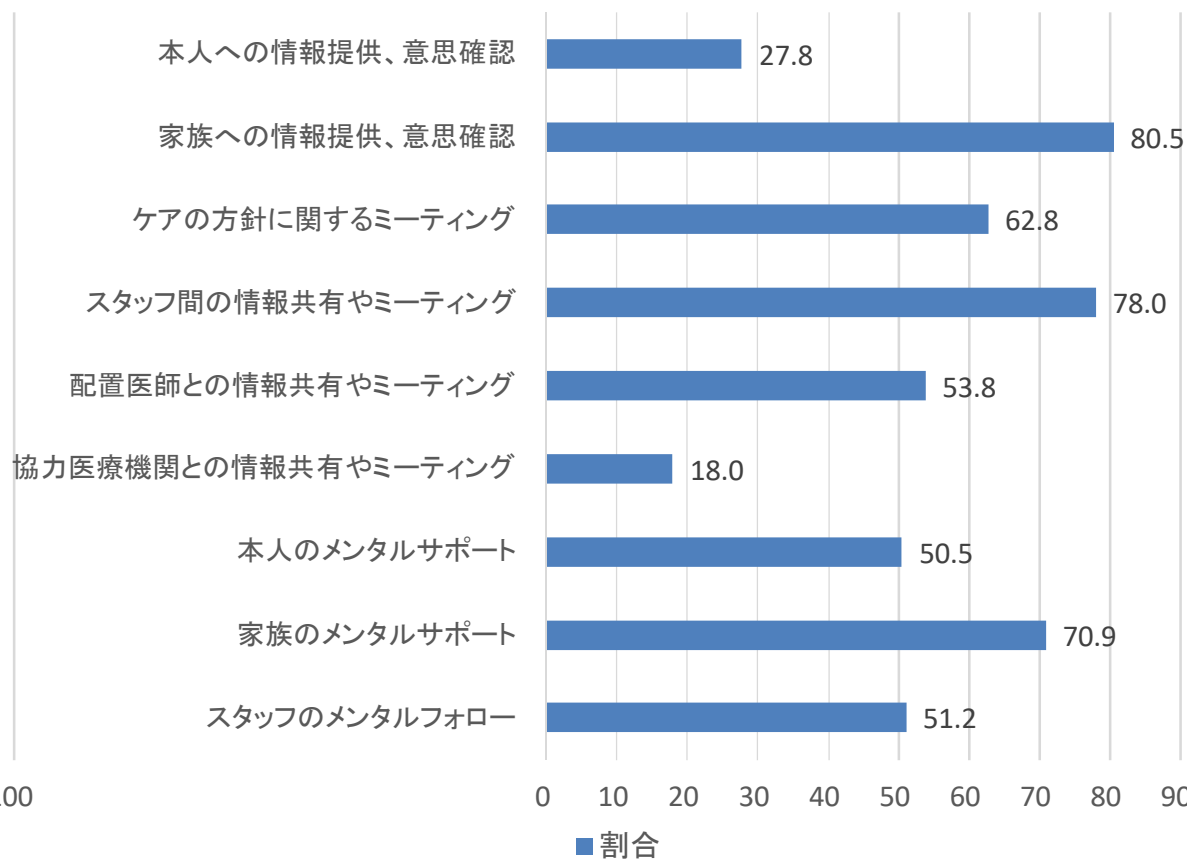
看取りと判断されて以降、職員の対応が特に増える事柄(複数回答)

(N=1,089)

ケア時間



非ケア時間



特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応(平成30年度介護報酬改定)

- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

介護老人福祉施設

- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算 650単位／回（早朝・夜間の場合）（新設）
 1300単位／回（深夜の場合）（新設）

- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

<改定前>

看取り介護加算

死亡日以前4日以上30日以下 144単位／日
 死亡日の前日又は前々日 680単位／日
 死亡日 1280単位／日



<改定後>

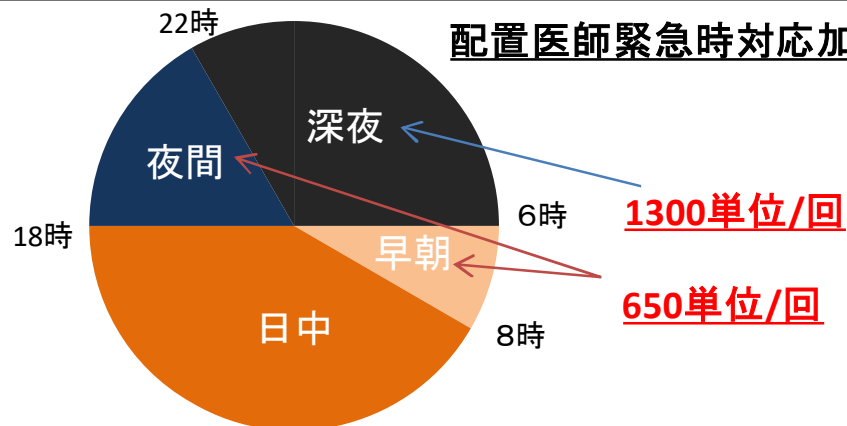
看取り介護加算(Ⅰ)

死亡日以前4日以上30日以下 144単位／日
 死亡日の前日又は前々日 680単位／日
 死亡日 1280単位／日

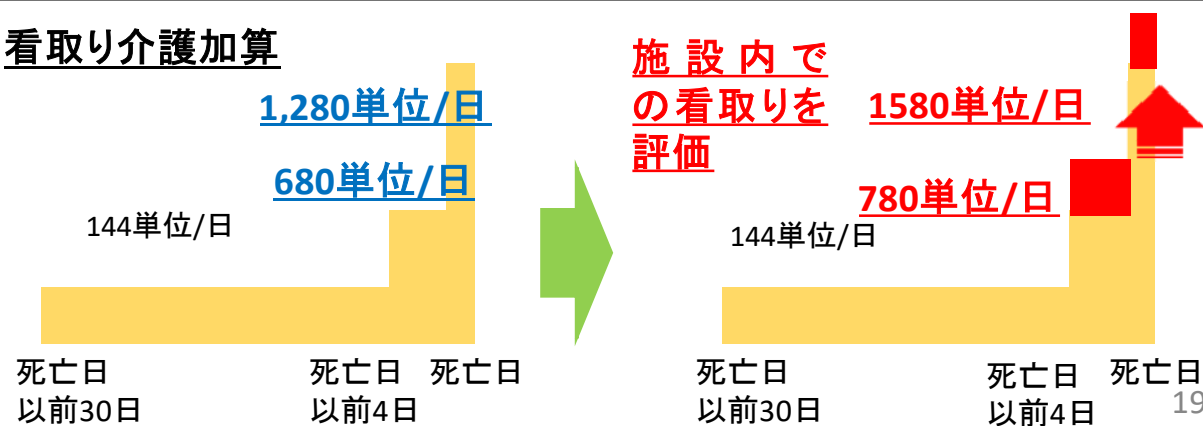
看取り介護加算(Ⅱ)（新設）

死亡日以前4日以上30日以下 144単位／日
 死亡日の前日又は前々日 780単位／日
 死亡日 1580単位／日

配置医師緊急時対応加算



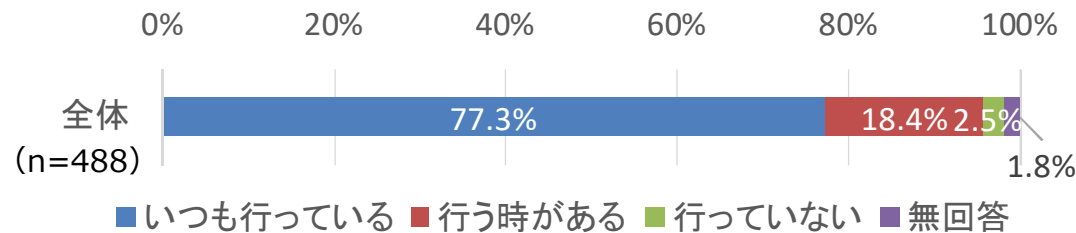
看取り介護加算



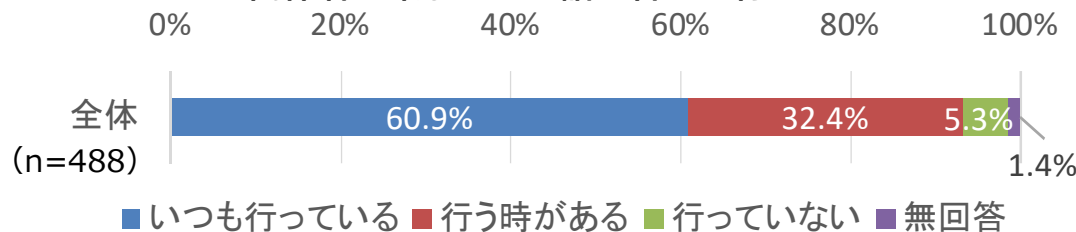
人生の最終段階における医療・ケアについての話し合い等

- 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思確認又は推定を行っているかについて、「いつも行っている」が77.3%、「行う時がある」が18.4%。
- 本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いを行っているかについて、「いつも行っている」が60.9%、「行う時がある」が32.4%。
- 人生の最終段階における医療・ケアについて話し合いを繰り返し行っているかについて、「いつも行っている」が42.6%、「行う時がある」が49.0%。
- 話し合いに参加する施設関係者等の職種について、「施設の看護職員」は98.8%、「生活相談員」は84.1%。

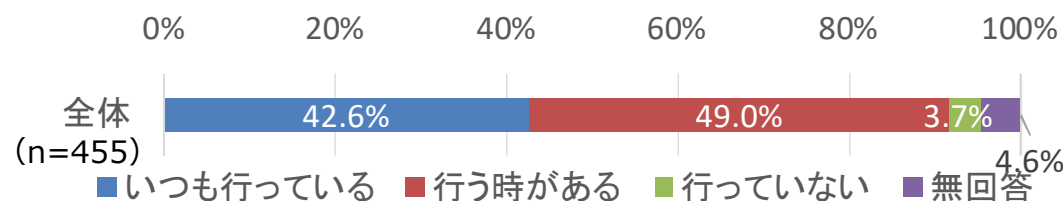
人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認又は推定を行っているか



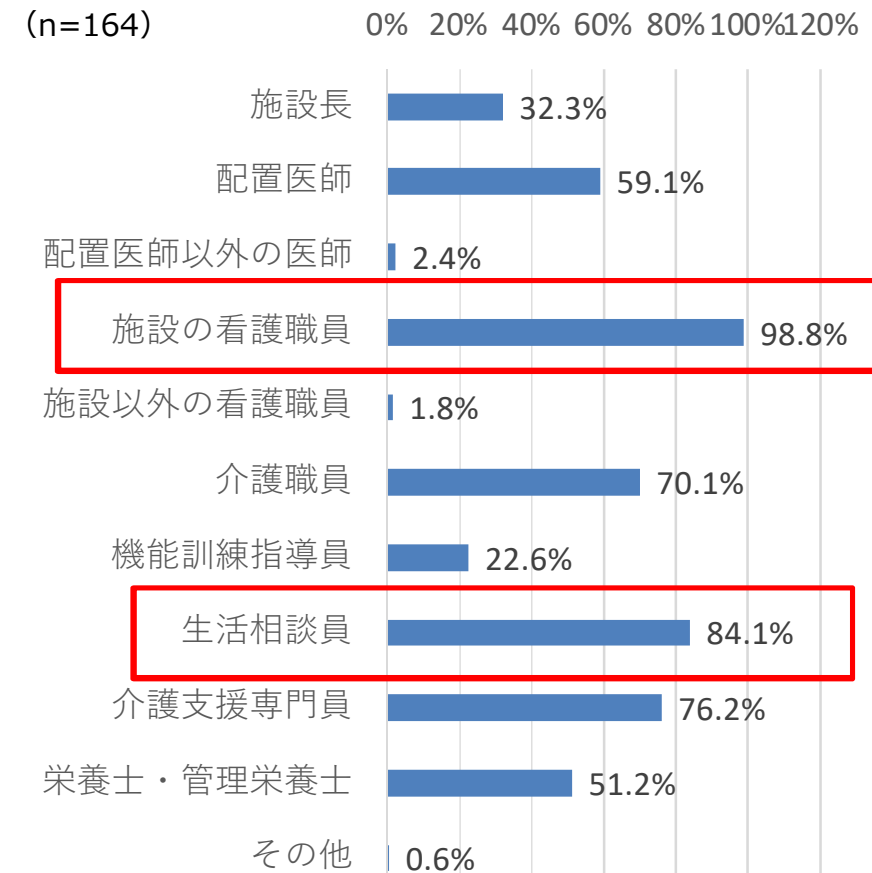
人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いを行っているか



人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いを繰り返し(複数回)行っているか



話し合いに参加する施設関係者等の職種



論点④ 介護保険施設のリスクマネジメント

論点④

- 事故報告について、標準化による情報蓄積と有効活用等に資する取組として、どのような対応が考えられるか。
- 入所者・家族との事故に関する情報共有、より適切な事故発生時の対応、介護事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、介護保険施設における安全対策に係る体制についてどのような対応が考えられるか。

対応案

- 市町村によって事故報告の基準が様々であることを踏まえ、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、国において報告様式を作成し、周知してはどうか。
- 介護保険施設における安全管理体制に関し、必ずしも専任の安全対策を担当する者が決められていないことを踏まえ、安全対策をより恒常的なものとする観点から、安全対策に係る担当者を決めておくことを運営基準において規定してはどうか。
- より適切な事故発生時の対応、介護事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、運営基準における事故発生又はその再発防止のための措置がとられていない場合は、基本報酬を減算することとしてはどうか。
- 併せて、安全対策をより一層強化していくため、外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合の評価を行ってはどうか。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

<各サービスに関する課題>

○ 介護保険施設のリスクマネジメント

今後、リスクを関知するセンサー等の導入が進むことも考えられることから、施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているのかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防ガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。

指定介護老人福祉施設における安全管理体制に関する基準等

○ 指定介護老人福祉施設の人員、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)(厚生省令第三十九号)(抜粋)

(事故発生の防止及び発生時の対応)

第三十六条 指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者周知徹底する体制を整備すること。
- 三 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。

2 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

指定介護老人福祉施設における安全管理体制に関する基準等

○ 指定介護老人福祉施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について
(平成一二年三月一七日)(老企第四十三号) (抄)

32 事故発生の防止及び発生時の対応 (基準省令第35条)

((1)略)

② 事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底 (第一項第二号)

指定介護老人福祉施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

① 介護事故等について報告するための様式を整備すること。

② 介護職員その他の職員は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、介護事故等について報告すること。

③ (3)の事故発生の防止のための委員会において、口により報告された事例を集計し、分析すること。

④ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。

⑤ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。

⑥ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

(3) 事故発生の防止のための委員会 (第一項第三号)

指定介護老人福祉施設における「事故発生の防止のための検討委員会」(以下「事故防止検討委員会」)は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種(例えば、施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員)により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておくことが必要である。(略)

(4)(5) (略)

介護事故報告に関するこれまでの意見等

第170回社会保障審議会介護給付費分科会議事録（平成31年4月10日）（抜粋）

○ この資料の事故情報として収集する範囲も都道府県等によって異なっているように見受けられるので、こういった施設における安全・衛生管理について、ある程度全国一律の基準、最低限の基準は示されてもよいのではないかと考えていますので、今後の検討課題ではないかと思っています。

○ どういう内容のものを「事故」と定義するかというと「転倒」「転落」「誤嚥」が多いとなっています。しかし、これがもし自宅で転倒、転落、誤嚥したという場合は、大きなことにならないければ「怪我」とかで終わってしまうことも往々にしてあるのではないのでしょうか。それなのに、場所が施設であったりすると、「事故」になってしまう訳です。

そこで、どこまでを「事故」と見るのか、いわゆる「怪我」との違いは何なのかというところを明確にする必要があるのではないかと思います。

社会保障審議会介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会 中間取りまとめ（令和元年12月4日）（抜粋、下線追加）

4. 今後の進め方

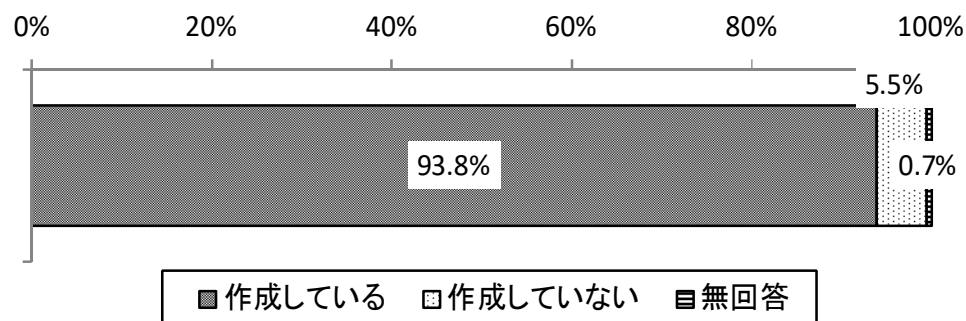
（略）

○ さらに、本専門委員会においては、国、指定権者・保険者及び介護サービス事業者の間でやり取りされている文書、特に指定申請・報酬請求・指導監査に関する文書に係る負担軽減を主な検討対象としてきたが、議論の中では、これら以外の行政に提出する文書についても簡素化や標準化を求める意見があった（例：事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等）ほか、現場の感覚として、ケア記録等の事業所が作成・保管する文書が介護職員の大きな負担となっていることが提起された点にも、留意が必要である。

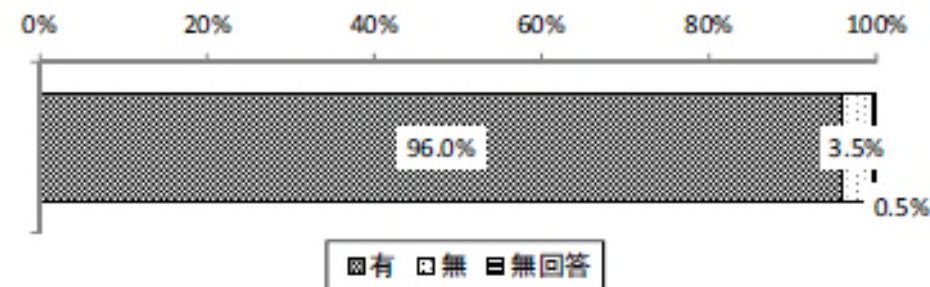
事故発生防止のための指針

- 事故発生防止のための指針は、93.8%の施設で作成されている。そのうち約8割の施設が指針の見直しを何らかのタイミングで行っており、また、96.0%が指針に基づくマニュアル等も作成している。
- 57.3%の施設が介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価を行っている。

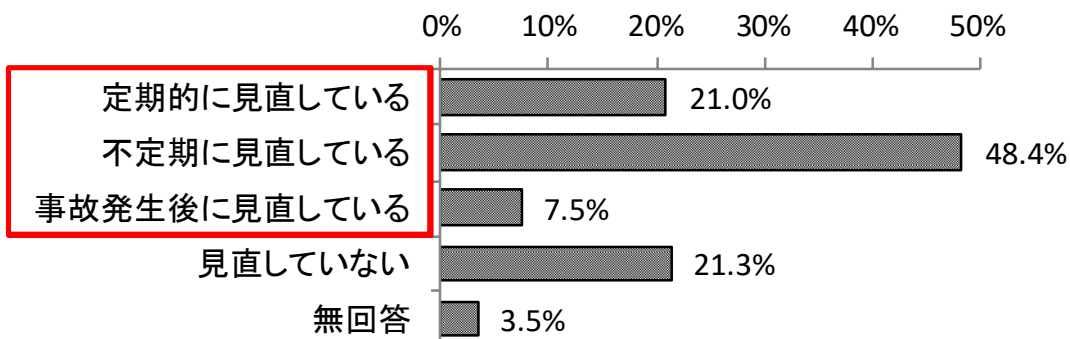
事故発生の防止のための指針の作成状況(回答件数1,164)



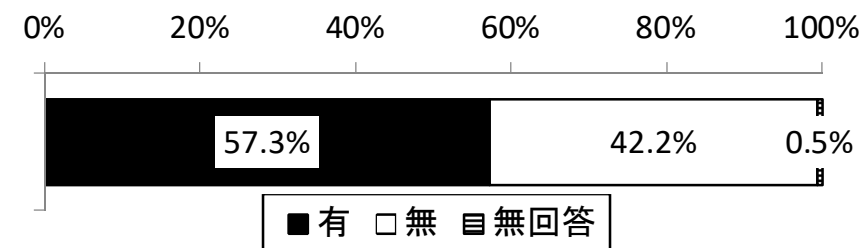
指針に基づくマニュアル等の有無(回答件数1,092)



事故発生の防止のための指針の見直し状況(複数回答)(回答件数1,092)



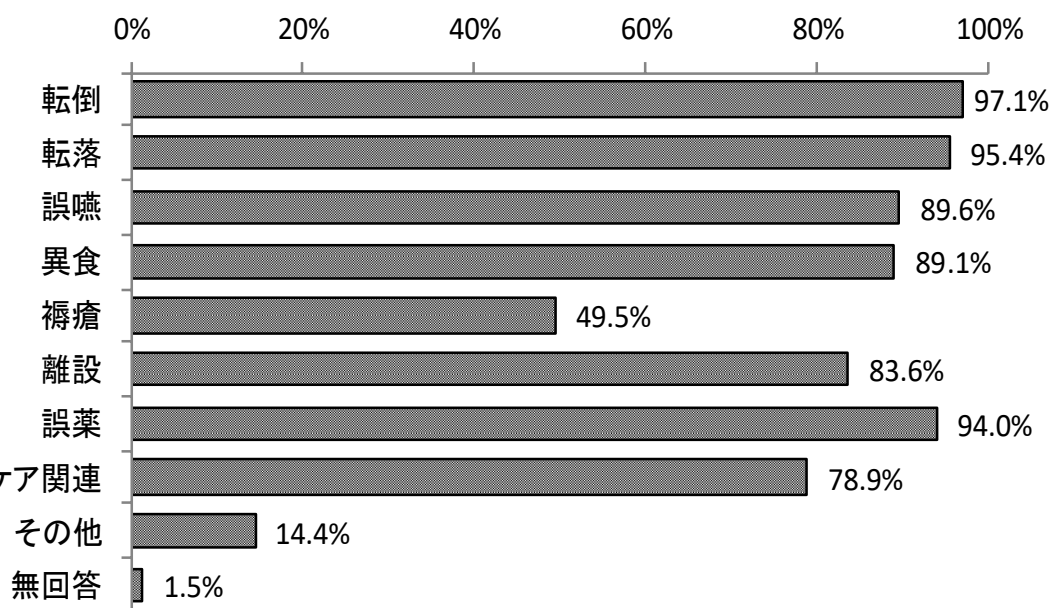
介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価の有無(回答件数1,164)



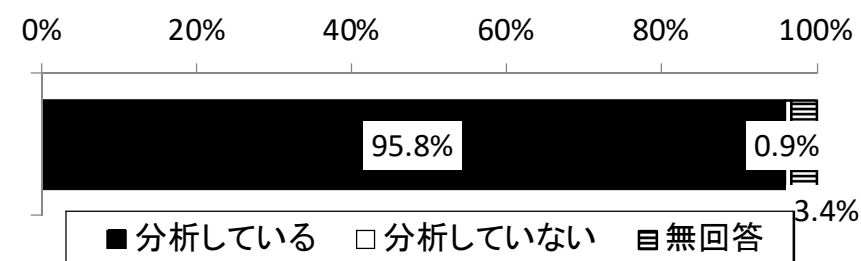
介護事故の報告・分析

- 施設内で介護事故として取り扱う事故の種別は、転倒（97.1%）、転落（95.4%）、誤薬（94.0%）を挙げる施設が多い。
- 95.8%の施設で発生した介護事故の分析を行っている。

介護事故として取り扱う事故の種別(複数回答) (回答件数1,164)



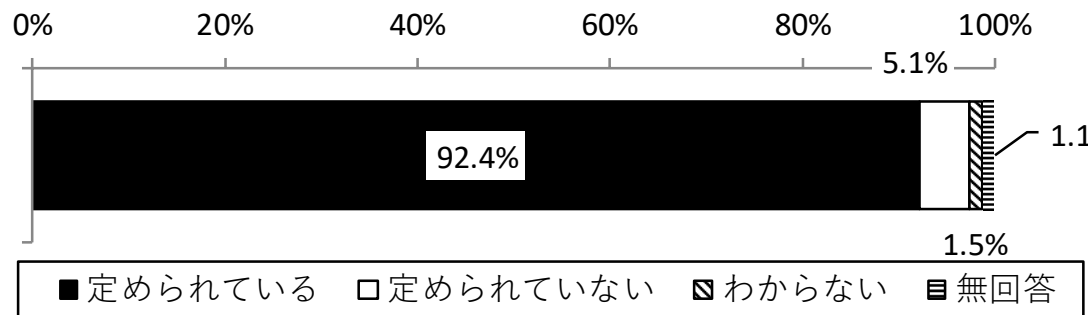
発生した介護事故の分析の有無(回答件数1,164)



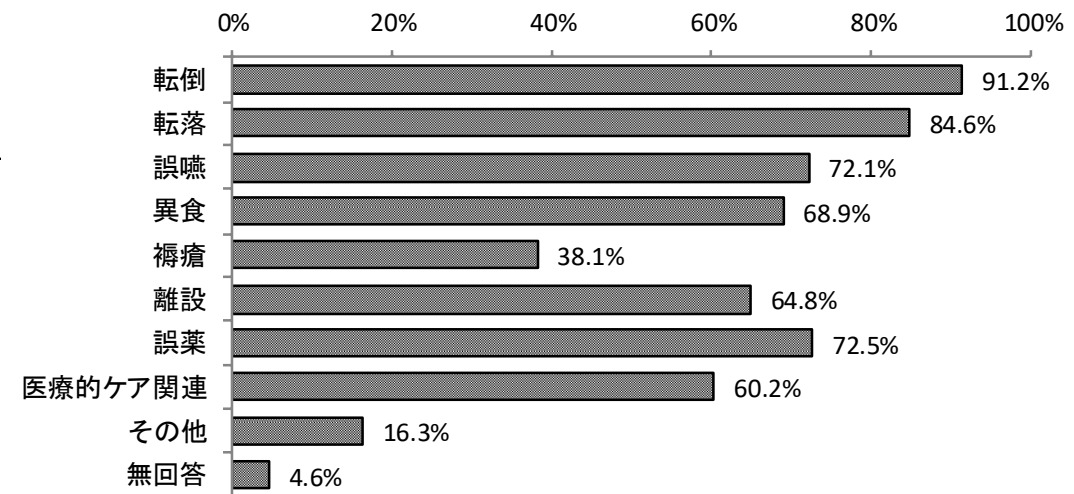
介護事故に関する市区町村への報告

- 市区町村への報告対象の範囲について「定められている」が92.4%であった。
- 市区町村への報告様式・書式について「定められている」が93.8%であった。
- 市区町村に報告している事故の種別は「転倒」が91.2%、「転落」が84.6%、「誤嚥」が72.1%であった。

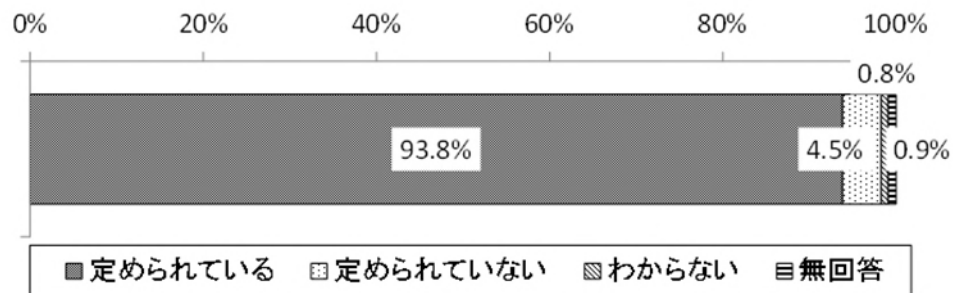
施設から市区町村への報告対象の範囲 (n=1,164)



市区町村への報告対象の事故種別(複数回答) (n=1,164)



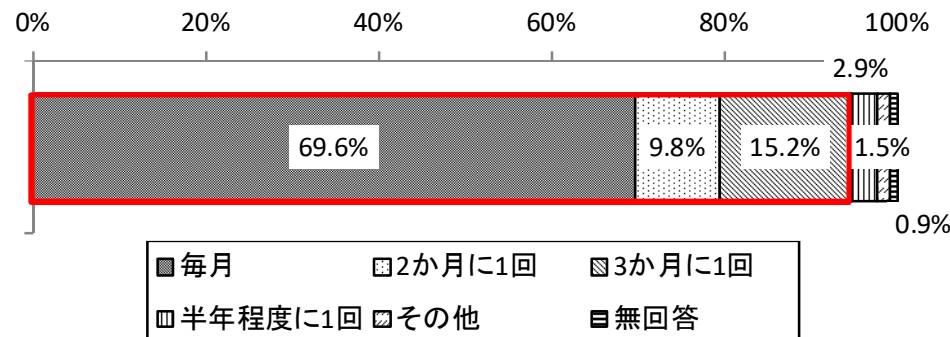
施設から市区町村への報告様式・書式 (n=1,164)



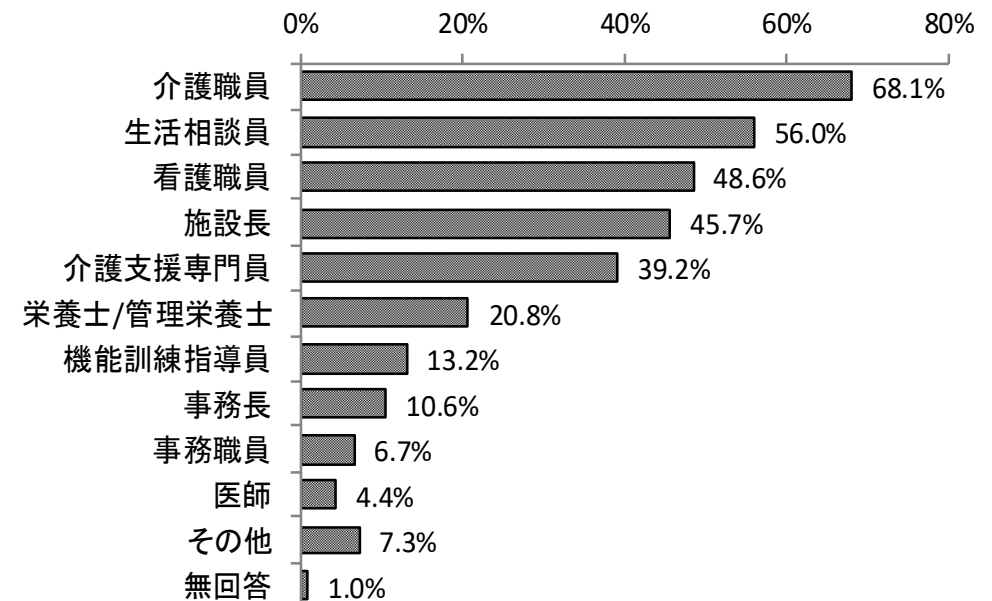
委員会の開催・専任の安全対策担当職員

- 94.6%の施設で3か月に1回以上の頻度で事故発生防止のための委員会を開催している。
- 専任の安全対策の担当者を置いている施設は54.1%であり、介護職員（68.1%）や生活相談員（56.0%）が担当することが多い。

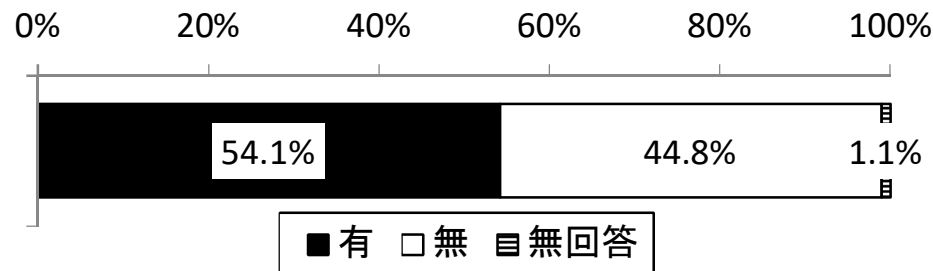
事故発生の防止のための委員会の開催頻度(回答件数1,100)



専任の安全対策を担当する者の職種(複数回答)(回答件数630)



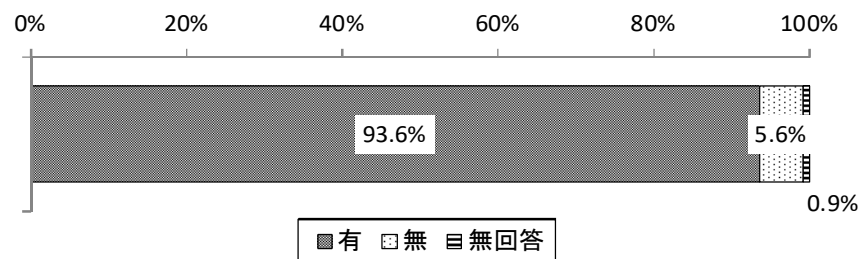
専任の安全対策を担当する者(回答件数1,164)



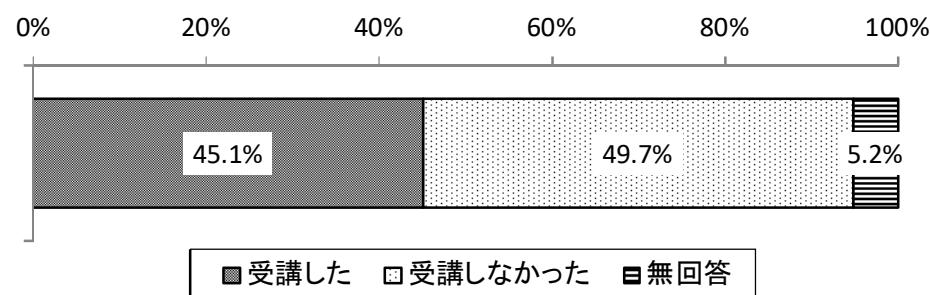
介護事故に関する研修

- 93.6%の施設が職員に対する介護事故防止のための研修を実施しており、内容としては、「具体的な事故事例等に関すること（81.8%）」、「事故発生時の対応（76.4%）」などが挙げられた。
- 45.1%の施設で外部研修を受講しており、外部研修の主催者としては、「全国老人福祉施設協議会・都道府県老人福祉施設協議会」が61.3%、「自治体」が20.8%であった。

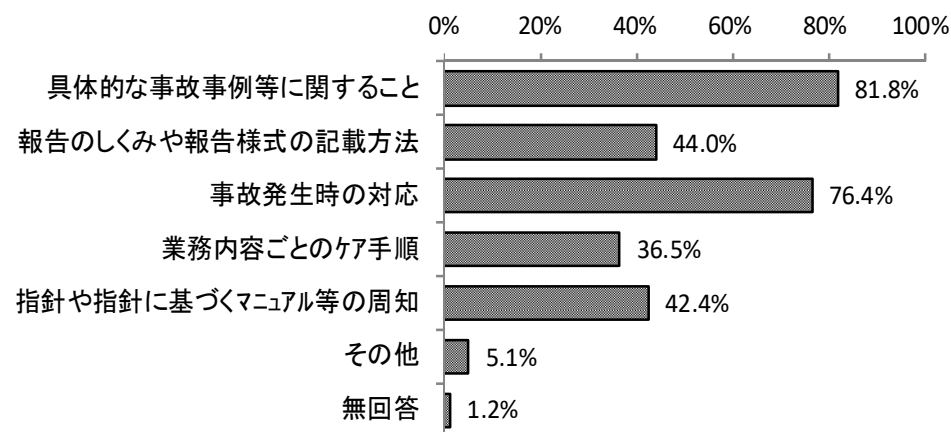
職員に対する介護事故防止のための施設内での研修の有無(回答件数1,164)



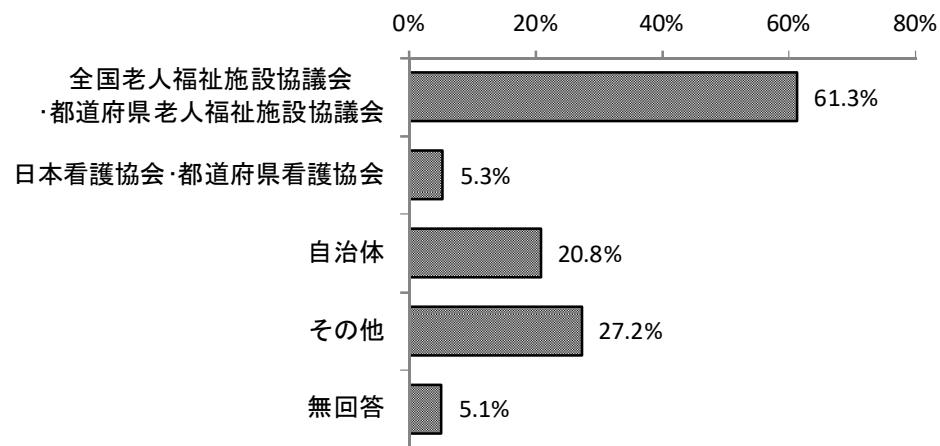
平成29年度の職員の介護事故防止に関する外部研修受講(回答件数1,164)



職員に対する事故防止研修が「有」の場合
研修内容として該当するもの(複数回答)(回答件数1,089)



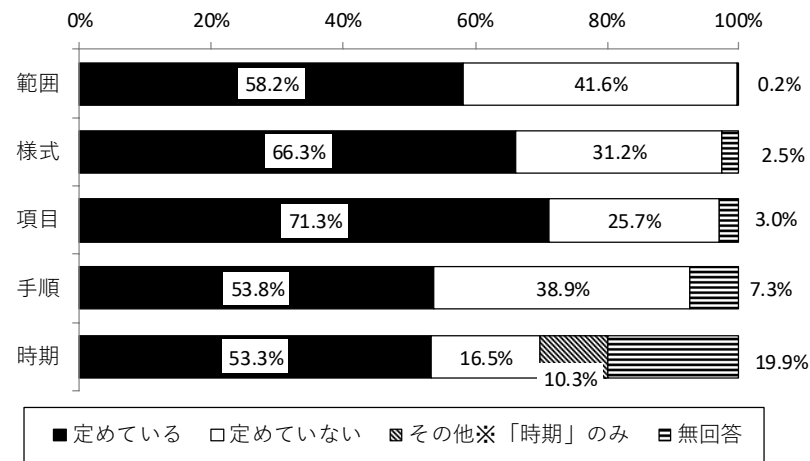
外部研修の主催者(複数回答)(回答件数525)



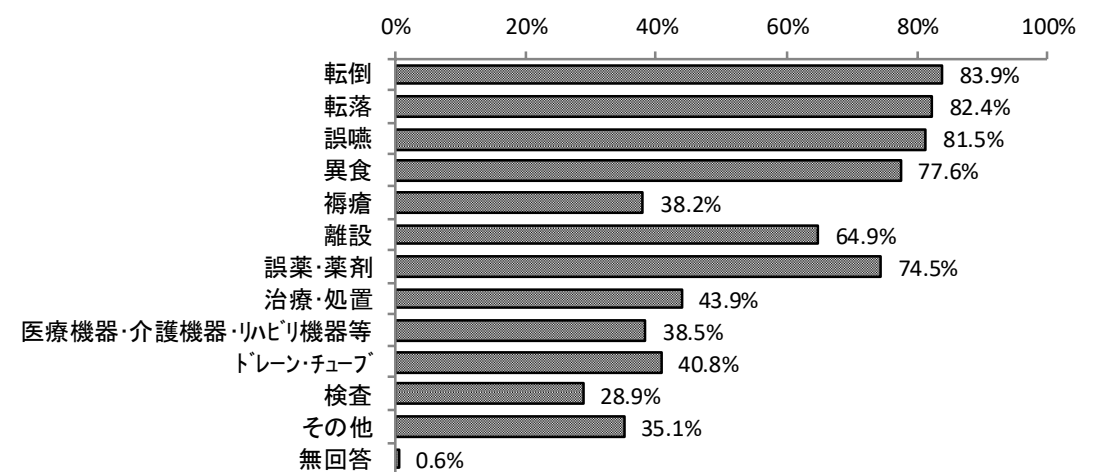
介護事故報告に対する市町村の対応

- 施設による介護事故報告の「範囲」を定めている市区町村は58.2%であり、転倒、転落、誤嚥、誤薬・薬剤を報告として求めている場合が多かった。また、「様式」を定めている市区町村は66.3%だった。
- 介護事故情報について、39.6%の市区町村で「事故報告を提出した施設に対して指導や支援」「他の施設の実地指導や助言」に活用している一方で、30.7%の市区町村で活用されていなかった。
- 報告された介護事故情報は、半数以上の市区町村で集計や分析が行われているが、46.7%の市区町村では集計や分析が行われていなかった。

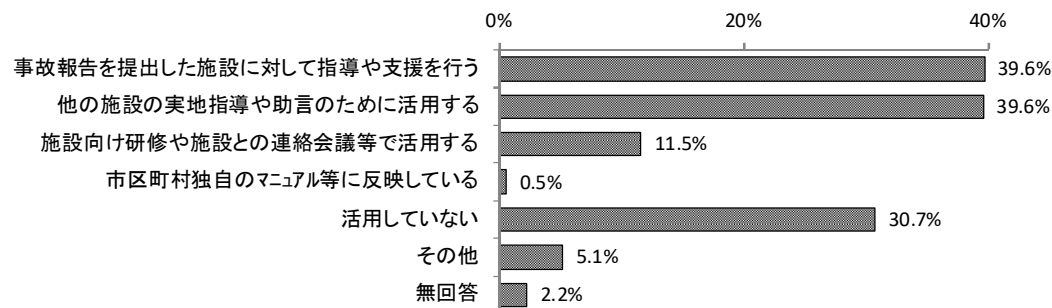
(市区町村が施設に介護事故の報告を求めている場合)
市区町村への報告に関して定めの有無(回答件数1,112)



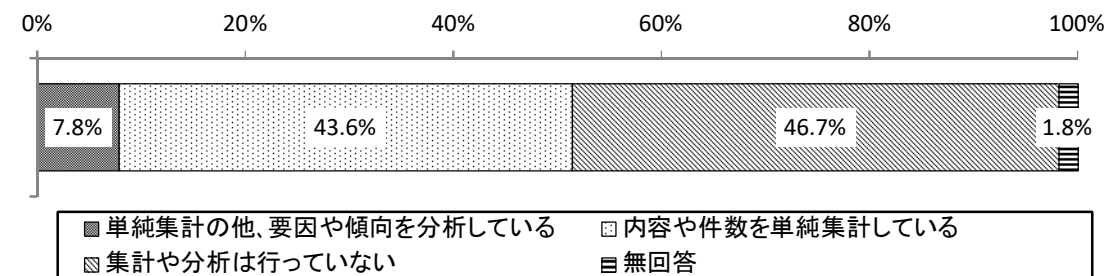
(市区町村が施設に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合)
報告対象の介護事故の種別(複数回答)(回答件数647)



市区町村における介護事故情報の活用状況(複数回答)(回答件数1,173)



市区町村に報告された介護事故情報の集計・分析状況(回答件数1,173)



論点⑤ 高齢者虐待防止の推進

論点⑤

- 高齢者虐待については、高齢者虐待防止法に養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置等が規定されているが、障害福祉サービスと異なり、介護保険サービスの各運営基準において、高齢者虐待防止に関する規定はない。
- 養介護施設従事者等による虐待は、相談・通報件数及び虐待判断件数についていずれも過去最多となっている現状を踏まえ、高齢者虐待防止の取組を強化する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 高齢者虐待防止の取組を強化する観点から、障害福祉サービスにおける対応を踏まえながら、介護保険サービスの各運営基準において、責任者を設置する等必要な体制の整備、従業者に対する研修受講などの体制強化に関する規定を設けることとしてはどうか。
- 他の施設サービスや居宅サービスにおいても同様の規定を設けることとしてはどうか。

障害福祉サービスと介護保険サービスの運営基準の比較

○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172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）
（指定障害者支援施設等の一般原則） 第三条 指定障害者支援施設等は、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえた計画（以下「個別支援計画」という。）を作成し、これに基づき利用者に対して施設障害福祉サービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することその他の措置を講ずることにより利用者に対して適切かつ効果的に施設障害福祉サービスを提供しなければならない。 2 指定障害者支援施設等は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った施設障害福祉サービスの提供に努めなければならない。 3 指定障害者支援施設等は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めなければならない。	（基本方針） 第一条の二 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、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を目指すものでなければならない。 2 指定介護老人福祉施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。 3 指定介護老人福祉施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、居宅介護支援事業者（居宅介護支援事業を行う者をいう。以下同じ。）、居宅サービス事業者（居宅サービス事業を行う者をいう。以下同じ。）、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。 ※ 虐待防止に関する規定はない
（運営規程） 第四十一条 指定障害者支援施設等は、次の各号に掲げる施設の運営についての重要事項に関する運営規程（第四十七条において「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～十一 （略） 十二 虐待の防止のための措置に関する事項 十三 （略）	（運営規程） 第二十三条 指定介護老人福祉施設は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～八 （略） ※ 虐待防止に関する規定はない

運営基準上の各種指針・委員会・研修

	身体拘束等適正化	衛生管理等	事故防止
指針	身体的拘束等の適正化のための指針	感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針	事故発生の防止のための指針
委員会	・身体的拘束適正化検討委員会 ・3月に1回以上	・感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための検討するための対策を検討する委員会 ・3月に1回以上	・事故発生の防止のための検討委員会 ・定期的
メンバー	施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員	施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員	施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員
責任者	専任の担当者	専任の担当者	専任の担当者
研修	定期的に実施	定期的に実施	定期的に実施
備考	事故防止委員会・感染対策委員会と一体的に設置・運営が可能	事故防止委員会と一体的に設置・運営が可能	感染対策委員会と一体的に設置・運営が可能

※介護老人保健施設、介護医療院(介護療養型医療施設)も同様、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は、身体拘束等適正化のみ同様の規定。

高齢者虐待の防止、高齢者に対する支援等に関する法律の概要

(平成17年法律第124号・平成18年4月1日から施行)

目的(法第1条)

高齢者虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳保持のため虐待防止を図ることが重要であることから、虐待防止等に関する国等の責務、虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援の措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止に係る施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

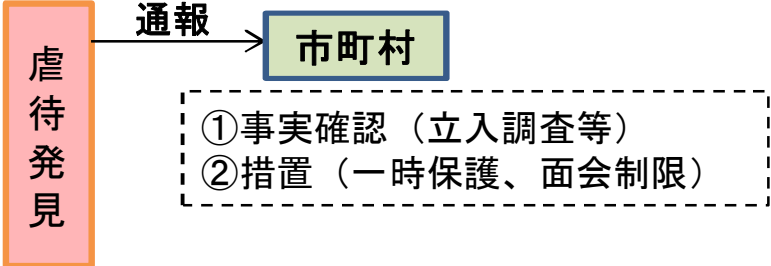
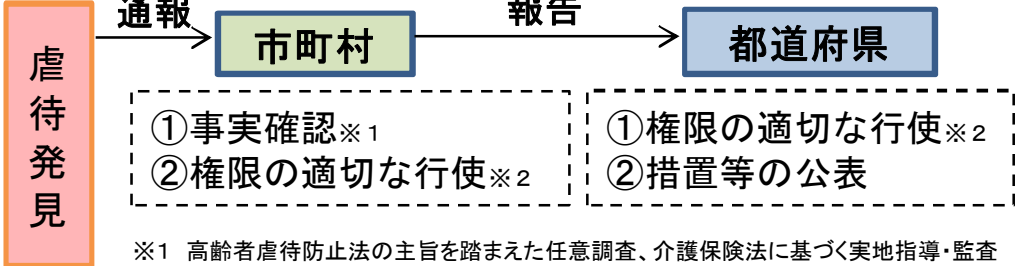
定義(法第2条)

- 「高齢者」とは、65歳以上の者をいう。(平成24年10月～ 65歳未満の養介護施設入所等障害者を含む。)
- 「高齢者虐待」とは、①養護者による高齢者虐待、②養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。
- 高齢者虐待の類型は①身体的虐待、②介護・世話の放棄・放任(ネグレクト)、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待の5つ。

国・地方公共団体の責務等(法第3条)

- ①関係機関の連携強化等、体制の整備、②専門的な人材の確保・資質の向上、③通報義務・救済制度等の広報・啓発

虐待防止等

養護者による高齢者虐待(法第6～19条)	養介護施設従事者等による高齢者虐待(法第20～25条)
[市町村の責務] 相談等、居室確保、養護者の支援 [都道府県の責務] 市町村の措置への援助・助言	[設置者等の責務] 当該施設等における高齢者に対する虐待防止等のための措置を実施
[スキーム] 	[スキーム] 

※1 高齢者虐待防止法の主旨を踏まえた任意調査、介護保険法に基づく実地指導・監査
※2 老人福祉法・介護保険法に基づく報告徴収・立入検査・勧告・公表・措置命令等

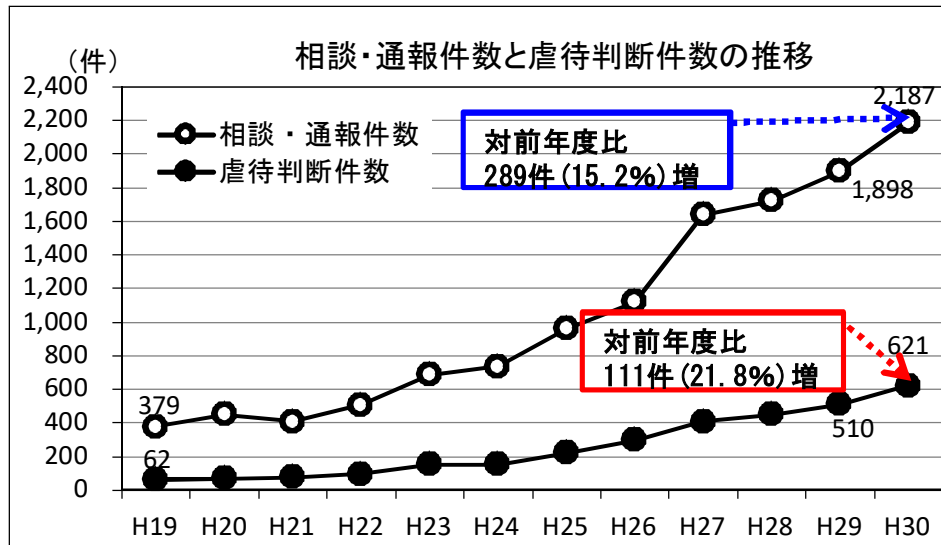
調査研究(法第26条)

国は高齢者虐待の事例分析を行い、虐待への適切な対応方法・高齢者の適切な養護の方法などについて調査・研究を実施。

高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果の概要

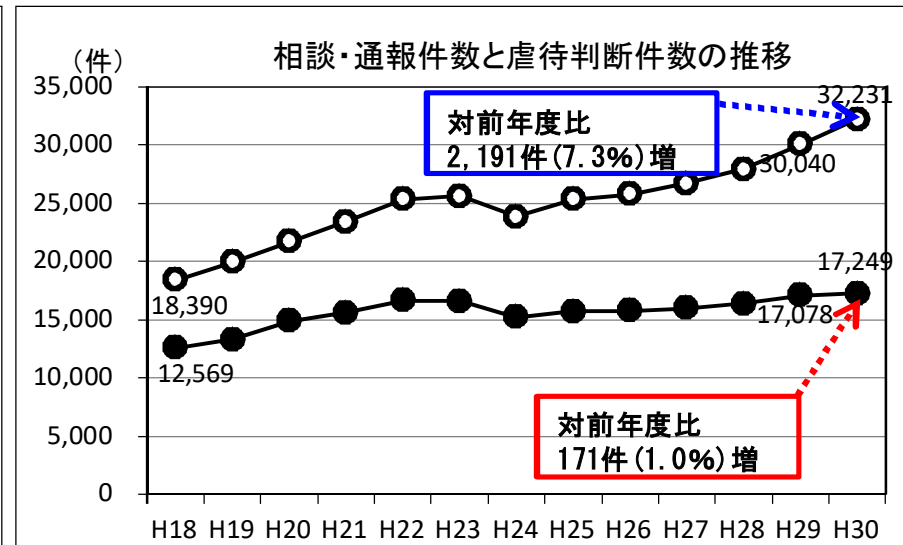
- 養介護施設従事者等による虐待は、相談・通報件数、虐待判断件数ともに過去最高を記録している。養介護施設従事者虐待の主な発生原因としては「教育・知識・介護技術に関する問題」が58%を占めている。

養介護施設従事者等による虐待



養護者による虐待

平成30年度調査



	養介護施設従事者等による虐待	養護者による虐待
虐待者	男性 54.2% 女性 40.7% (参考)介護従事者男性割合 20.6%	息子 39.9% 夫 21.6% 娘17.7%
相談・通報者	当該施設職員が21.6%で最多	介護支援専門員が28.4%で最多
相談・通報受理からの期間 (中央値)	事実確認開始まで6日 虐待判断まで35日	事実確認開始まで0日 虐待判断まで1日
主な発生要因	教育・知識・介護技術等に関する問題 58.0% 職員のストレスや感情コントロールの問題 24.6%	虐待者の介護疲れ・介護ストレス 25.4% 虐待者の障害・疾病 18.2%
虐待種別 (複数回答)	身体的虐待 57.5% 心理的虐待 27.1% 介護等放棄 19.2% 経済的虐待 5.8% 性的虐待 5.4%	身体的虐待 67.8% 心理的虐待 39.5% 介護等放棄 19.9% 経済的虐待 17.6% 性的虐待 0.4%
その他	《主な施設種別》 特別養護老人ホーム 34.9% 有料老人ホーム 23.0% グループホーム 14.2% 介護老人保健施設 8.1%	《虐待等による死亡事例》 21件 21人(対前年度比 7件 7人減)

高齢者権利擁護等推進事業(介護保険事業費補助金)

令和2年度予算 139,306千円
(令和元年度予算 138,825千円)

「高齢者の尊厳の保持」の視点に立って、虐待防止及び虐待を受けた高齢者の被害の防止や救済を図り、高齢者の権利擁護を推進

■事業主体：都道府県 ■補助率：1/2

■補助対象経費：高齢者権利擁護等推進事業の実施に必要な賃金、報償費、報酬、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費、負担金

対象事業

1. 介護施設・サービス事業者への支援

①身体拘束ゼロ作戦推進会議

身体拘束廃止に向けた関係機関との連絡調整・相談機能の強化を図るための会議

②権利擁護推進員養成研修

施設長など介護施設内において指導的立場にある者を対象に、職員のストレス対策や利用者の権利擁護の視点に立った実践的介護手法の修得等に関する研修

③看護職員研修

介護施設等の看護指導者・実務者を対象に、利用者の権利擁護等を推進するための研修プログラムの作成方法の習得や高齢者の権利擁護に必要な援助等を行うための実践的な知識・技術の修得等に関する研修

2. 市町村への支援

①権利擁護相談窓口の設置

困難事例への対応に対する市町村等の助言・支援、成年後見制度の手続きに対する高齢者等に対する相談等を行うため、弁護士・社会福祉士等の専門職を配置した権利擁護相談窓口の設置

②市町村職員等の対応力強化研修

市町村職員等を対象にした管内市町村等の効果的な取組事例の紹介等による横展開により対応力の強化を図るための研修

③虐待対応実務者会議の設置

都道府県の指導監督部局や市町村の虐待対応部局の実務者等で構成される会議を開催し、虐待の発生・増減要因の精査・分析や連絡・対応体制の構築などのため、連携強化を図る

④ネットワーク構築等支援

高齢者虐待防止に関するネットワークが未整備の市町村に対するアドバイザー派遣や措置に伴う居室確保等に係る広域調整等

3. 地域住民への普及啓発・養護者への支援

①地域住民向けのシンポジウム等の開催

高齢者虐待防止法の普及促進、介護保険の適切な利用推進などを目的としたシンポジウム等の開催

②地域住民向けリーフレット等の作成

高齢者虐待防止法の通報・窓口の周知徹底、適切な利用などを推進するためのリーフレット等の作成

③養護者による虐待につながる可能性のある困難事例での専門職の派遣（アウトリーチ）

養護者による虐待につながる可能性があるものの、市町村での対応が難しい事例について、市町村・介護支援専門員等と連携の下、必要時専門職を派遣し、介護負担・ストレスの軽減に向けた精神的・医療的な支援や、関係機関・団体へのつなぎ等を実施

介護施設における虐待防止研修の実施に向けた取組

- 養介護施設従事者による虐待の主な発生原因は「教育・知識・介護技術に関する問題」が58%を占めていることから、施設における虐待防止研修の実施が重要。施設での効果的な虐待防止研修の実施に向け、令和2年度老健事業により「虐待防止プログラム」を開発中。

令和2年度老健事業「介護施設における効果的な虐待防止研修に関する調査研究事業」

- 介護施設での虐待の現状を踏まえ、養介護施設において虐待防止研修の取組が容易となるよう、養介護施設従事者の虐待への意識・知識の向上などを内容とした「虐待防止プログラム」を策定
- 各介護施設において当該プログラムを参考として、効果的な虐待防止研修の実施ができるようHPにおいて研修教材等を公開

論点⑥ 小規模特養の基本報酬

論点⑥

- 小規模特養（定員30人）については、別個の基本報酬単価が設定されているところ、平成30年度介護報酬改定時に他のタイプの介護福祉施設の報酬との均衡を図る観点から、一定の経過措置の後、通常の基本報酬と統合することとされた。
- 小規模特養の経営状況も踏まえ、令和3年度介護報酬改定において、小規模特養の基本報酬についてどのような措置を講ずるべきか。

対応案

- 小規模特養の収支差率は平均0.4%となっており、経営への影響を考慮し、今回の改定では別個の基本報酬単価を設定する経過措置を維持することとしてはどうか。
- 一方、小規模特養の収支差率については地域差が見られることから、経営実態について今後調査し、通常の基本報酬との統合に向けて検討することとしてはどうか。

○ 全国老人福祉施設協議会（第183回介護給付費分科会 小泉委員提出資料）

30床小規模特別養護老人ホームについては、自律した事業の持続可能性を担保する観点から、平成27年度水準に報酬単価の引き上げを検討すべきである。

○ 全国社会福祉法人経営者協議会（介護給付費分科会ヒアリング（令和2年8月3日））

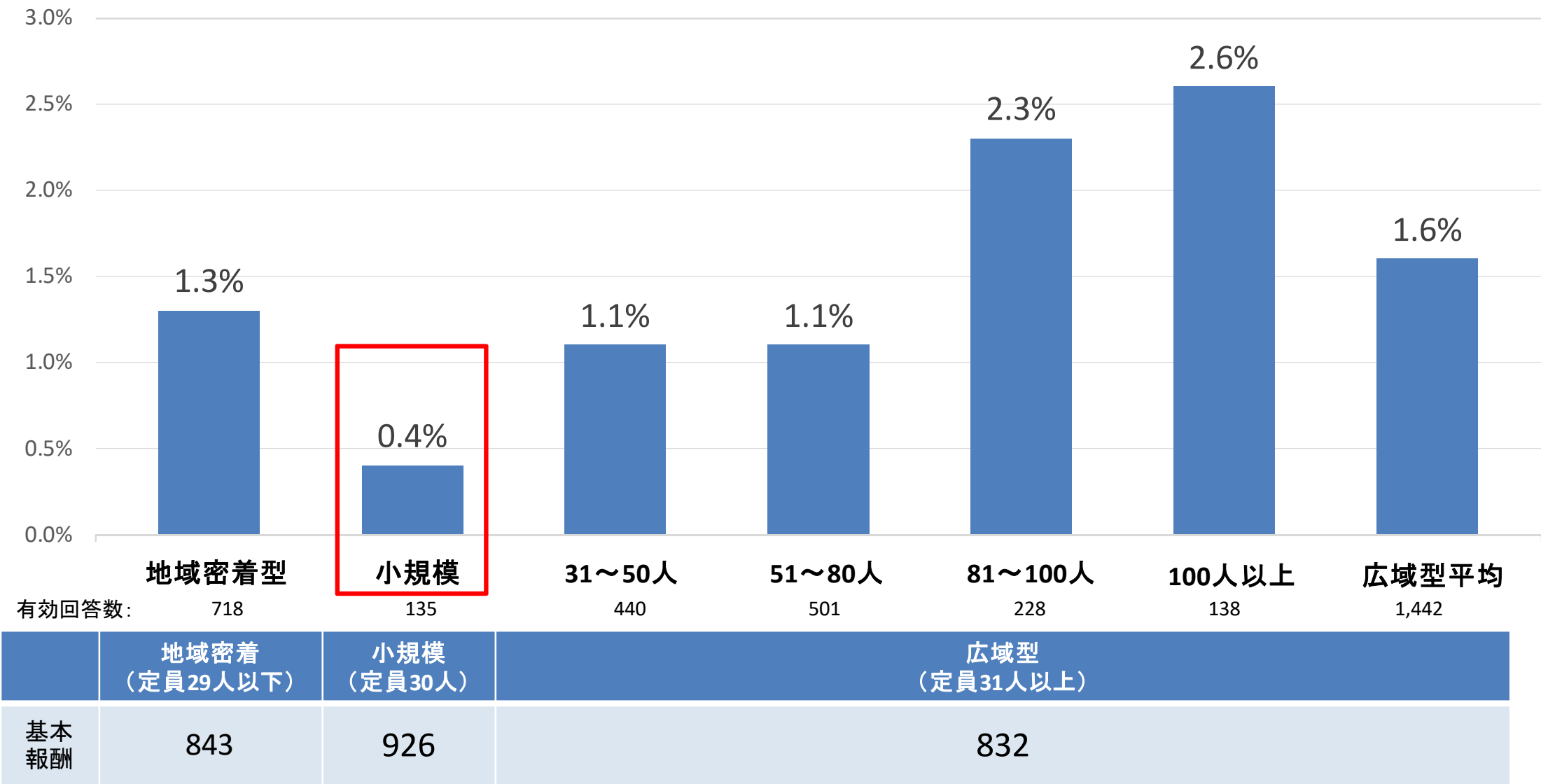
定員30名の特養の約半数が赤字となります。（略）小規模の施設の経営強化を強く要望いたします。

○ 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告（平成29年12月18日）（抜粋）

既存の小規模介護福祉施設及び経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（平成17年度以前に開設した定員26～29名の施設）と他のタイプの介護福祉施設の報酬の均衡を図る観点から、一定の経過措置の後、通常介護福祉施設の基本報酬に統合することとする。

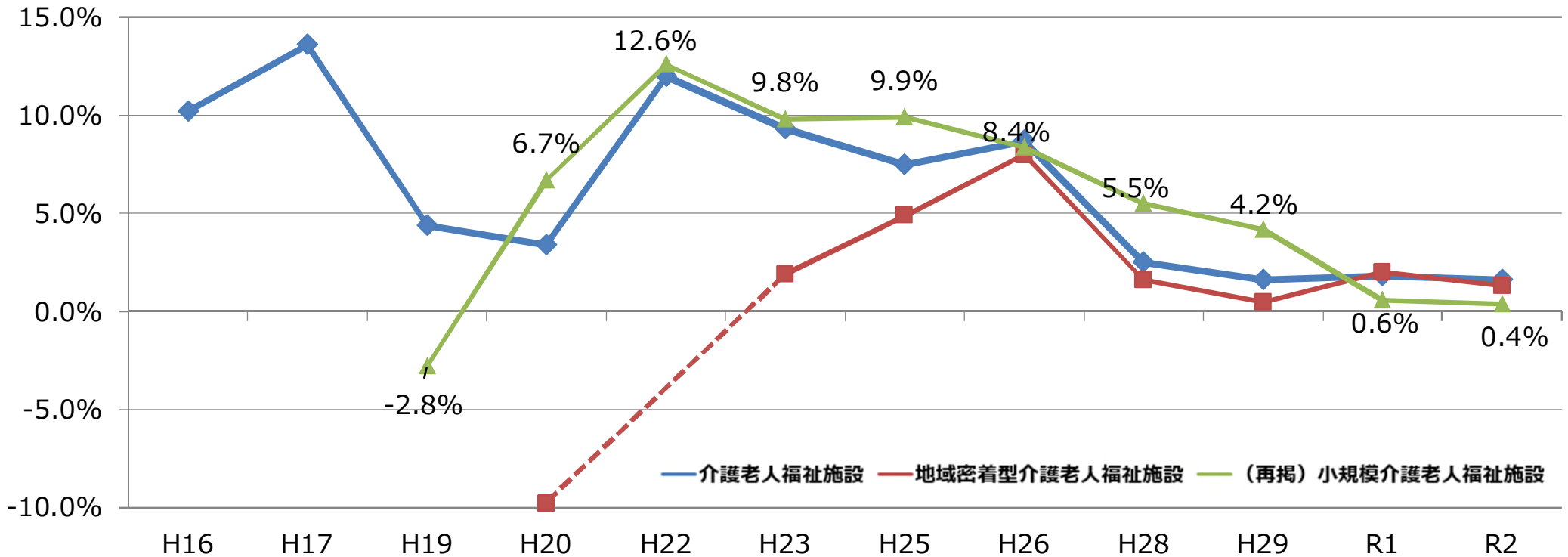
介護老人福祉施設の定員規模別の収支差率

○ 令和2年度介護事業経営実態調査によると、小規模特養（定員30人）の収支差率は平均0.4%と、他の類型の介護福祉施設と比べて低い。



介護老人福祉施設の収支差率の推移

○ 小規模特養の基本報酬は、消費増税に伴う改定時を除き引き下げられており、収支差率は年々縮小している。



<基本報酬単価の推移>

※要介護5・従来型個室の場合

出典：介護事業経営概況調査、介護事業経営実態調査

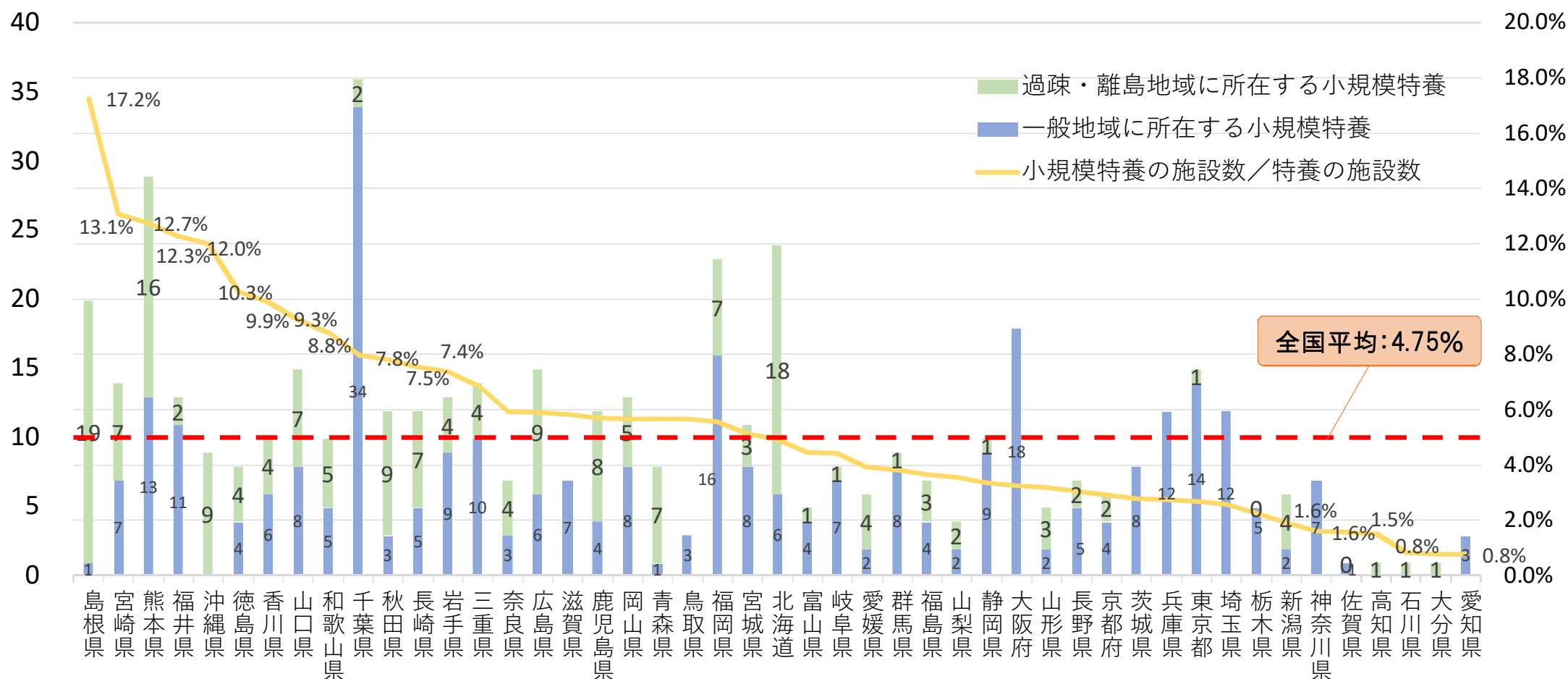
	H15	H18	H21	H24	H26	H27	H30	R1
広域型特養	959	859	871	858	863	814	829	832
地域密着型特養	—	859	871	858	863	814	841	843
小規模特養(30床)	1,110	1,072	1,022	1,007	1,013	955	923	926
参考:改定率(施設)	▲4.0%	▲4.0%	1.3%	0.2%		▲0.85%		

小規模特養の所在地と収支差率の地域差

- 小規模特養の多くが過疎・離島地域に所在している道県もあれば、多くが一般地域に所在している都府県もある。小規模特養の7割以上が過疎・離島地域に所在している道県では、全国平均より収支差率が低い傾向にあり、地域差が見られる。

小規模特養の7割以上が管内の過疎地域に所在する道県の収支差率：▲1.7%

※令和2年度介護事業経営実態調査より特別集計



小規模特養施設数

(うち過疎地域所在)

(うち離島地域所在)

(施設数ベース)
小規模特養/特養

(出典)介護給付費等実態統計(令和元年度10月分)、
介護サービス施設・事業所調査(平成30年)

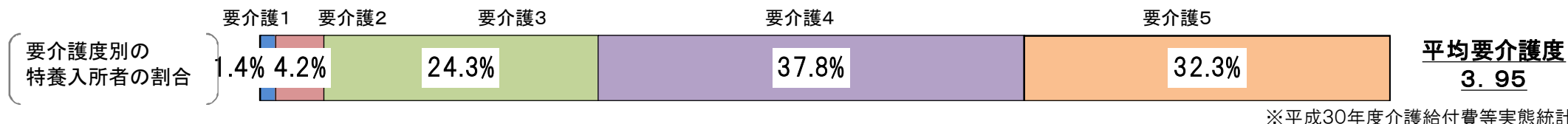
参考資料

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)について

【根拠法:介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 要介護高齢者のための生活施設。
- 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
- 定員が29名以下のものは、地域密着型介護老人福祉施設(地域密着型特別養護老人ホーム)と呼ばれる。

≪ 施設数: 10,502施設 サービス受給者数: 61.96万人 (令和元年10月審査分) ≫ ※介護給付費等実態統計



≪設置主体≫

- 地方公共団体
- 社会福祉法人 等

≪人員配置基準≫

- 医師: 必要数
- 介護・看護職員: 3:1 等

≪設備基準≫

- 居室定員: 原則1人(参酌すべき基準)
- 居室面積: 1人当たり10.65㎡ 等

多床室

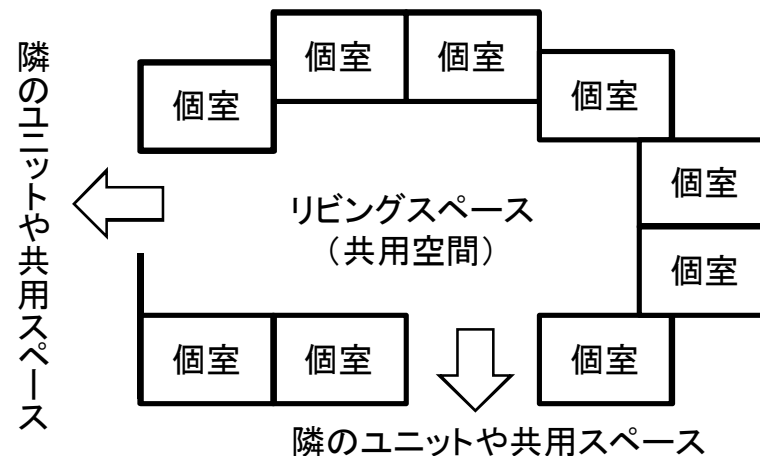
- 多床室(既設)の介護報酬: 832単位(要介護5)
- 看護・介護職員1人当たり利用者数: 平均2.2人(平成30年)*



ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬: 913単位(要介護5)
 - 看護・介護職員1人当たり利用者数: 平均1.7人(平成30年)*
- *介護事業実態調査(令和元年度調査)

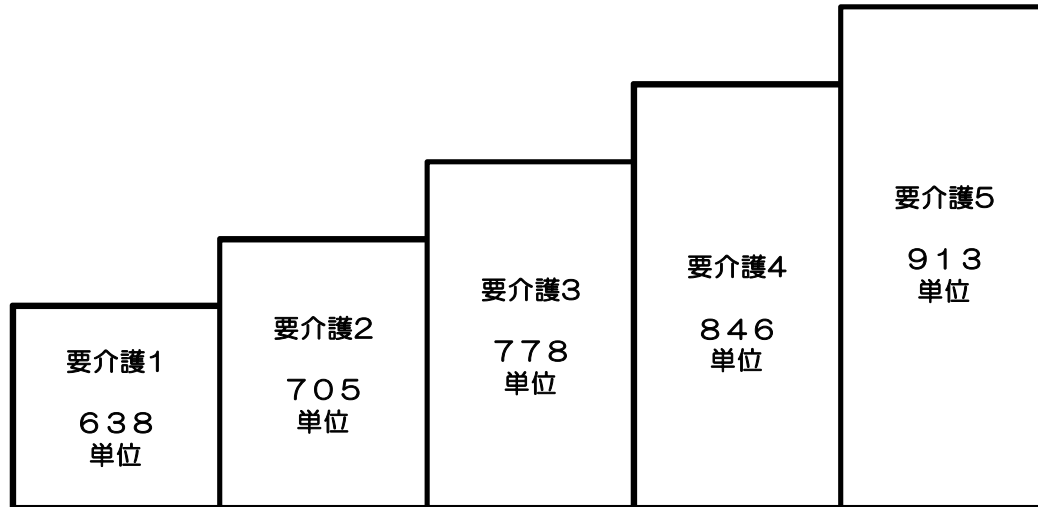
- ※ 入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重
- ※ リビングスペースなど、在宅に近い居住空間
- ※ なじみの人間関係(ユニットごとに職員を配置)



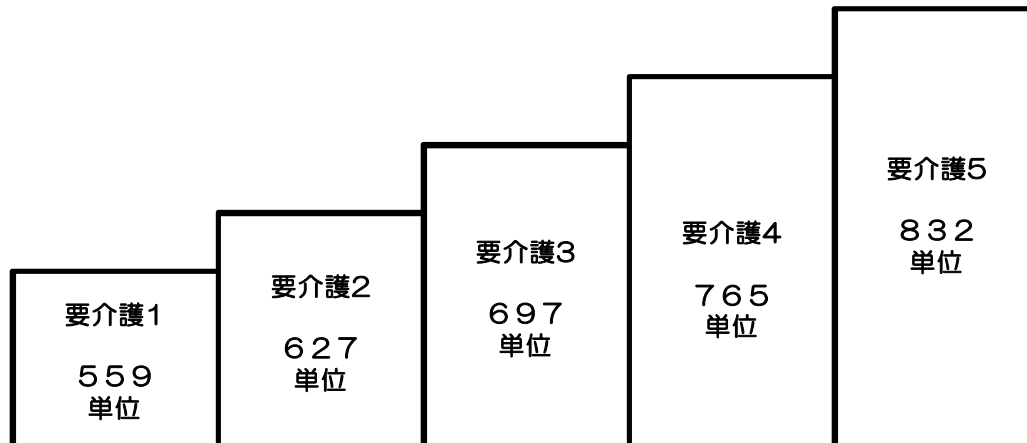
介護老人福祉施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度に応じた基本サービス費
(ユニット型個室の場合)



利用者の要介護度に応じた基本サービス費
(多床室の場合)



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

【日常生活継続支援加算】
(ユニット：46単位、
多床室：36単位)
(要件) 新規入所者の総数のうち、要介護4・5の者及び認知症自立度Ⅲ以上の者の占める割合が一定以上である等の施設において、介護福祉士の数が入所者6に対して1以上配置されていること

【看護体制加算】
(13単位など)
(要件)
・手厚い看護職員の配置
・24時間連絡できる体制を確保

【配置医師緊急時対応加算】
(早朝・夜間：650単位、
深夜：1300単位)
(要件)
配置医師と協力病院等が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保

【夜勤職員配置加算】
(27単位など)
(要件)
夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上、上回っていること

【看取り介護加算(Ⅰ)】
(要件・単位)
・死亡日以前4～30日 : 144単位
・前日・前々日 : 680単位
・当日 : 1,280単位

【個別機能訓練加算】
(12単位)
(要件)
・専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置
・入所者ごとに作成した個別機能訓練計画に基づき計画的に機能訓練を実施

【栄養マネジメント加算】
(14単位)
(要件)
・常勤の管理栄養士を1名以上配置
・摂食・嚥下機能や食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、栄養管理を実施。

【サービス提供体制強化加算】
介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置
・介護福祉士6割以上 : 18単位
・介護福祉士5割以上 : 12単位
・常勤職員等 : 6単位

【介護職員処遇改善加算】
(Ⅰ) 8.3% (Ⅱ) 6.0%
(Ⅲ) 3.3% (Ⅳ) 加算Ⅲ × 90%
(Ⅴ) 加算Ⅲ × 80%

【介護職員等特定処遇改善加算】
(Ⅰ) 2.7% (Ⅱ) 2.3%

定員を超えた利用や人員配置基準に違反
(▲30%)

身体拘束廃止未実施減算
(▲10%)

介護福祉施設サービスの加算の概要(1/4)

加算名		算定要件			単位	
日常生活継続支援加算		介護福祉士の数が、常勤換算で入所者6に対して1以上であり、かつ、以下のいずれかを満たす ・新規入所者のうち、要介護4・5の占める割合が70%以上 ・新規入所者のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の占める割合が65%以上 ・たんの吸引等が必要な入所者の占める割合が15%以上			ユニット： 46単位/日 従来型：36単位/日 （従来型個室・多床室）	
看護体制加算 （注1）	（Ⅰ）	常勤看護師が1人以上		（イ）入所定員31～50人	6単位/日	
				（ロ）入所定員30人、51人～	4単位/日	
	（Ⅱ）	・常勤換算で看護職員を入所者25人に対して1人以上、かつ、基準＋1人以上 ・施設又は病院等の看護職員による24時間の連絡体制を確保		（イ）入所定員31～50人	13単位/日	
				（ロ）入所定員30人、51人～	8単位/日	
夜勤職員配置 加算（注2）	（Ⅰ）	（一）従来型の施設で人員基準＋1人以上の介護・看護職員を夜間配置		＜見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件＞ ・入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上設置 ・見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討を実施 のいずれかに適合する場合は、人員基準＋0.9人以上の介護・看護職員の配置	（イ）入所定員31～50人	22単位/日
					（ロ）入所定員30人、51人～	13単位/日
	（Ⅱ）	（二）ユニット型の施設で人員基準＋1人以上の介護・看護職員を夜間配置			（イ）入所定員31～50人	27単位/日
					（ロ）入所定員30人、51人～	18単位/日
	（Ⅲ）	（一）＋ 夜勤時間帯を通じ、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を1人以上配置 ・〔口腔内の喀痰吸引・鼻腔内の喀痰吸引・気管カニューレ内部の喀痰吸引・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養〕いずれかの実地研修を修了している者	（イ）入所定員31～50人		28単位/日	
			（ロ）入所定員30人、51人～		16単位/日	
	（Ⅳ）	（二）＋ ・特定登録証の交付を受けた特定登録者 ・新特定登録証の交付を受けた新特定登録者 ・認定特定行為業務従事者	（イ）入所定員31～50人		33単位/日	
			（ロ）入所定員30人、51人～		21単位/日	
準ユニットケア加算		・12人を標準とする準ユニットにおいて、個室的なしつらえ、準ユニットごとに利用できる共同生活室を設ける ・日中は準ユニット毎に常時1人以上の介護・看護職員配置、夜間及び深夜は2準ユニット毎に1人以上の介護・看護職員を夜勤配置、準ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置			5単位/日	
生活機能向上連携加算		指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が、施設を訪問し、機能訓練指導員と共同して、利用者又は入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施。			200単位/月 ※個別機能訓練加算を算定している場合 100単位/月	
個別機能訓練加算		常勤・専従の理学療法士等を1名以上配置し、入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき機能訓練を実施。			12単位/日	
若年性認知症入所者受入加算		受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていること（認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない場合）			120単位/日	

(注1)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の場合、(Ⅰ)は12単位、(Ⅱ)は23単位。ただし、「経過的」施設については(Ⅰ)は4単位、(Ⅱ)は8単位。

(注2)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の場合、(Ⅰ)は41単位、(Ⅱ)は46単位、(Ⅲ)は56単位、(Ⅳ)は61単位。ただし、「経過的」施設については(Ⅰ)は13単位、(Ⅱ)は18単位、(Ⅲ)は16単位、(Ⅳ)は21単位。

介護福祉施設サービスの加算の概要(2/4)

加算名	算定要件	単位
常勤医師配置加算	常勤・専従の医師を1人以上配置	25単位/日
精神科を担当する医師に係る加算	認知症である入所者が3分の1以上を占める施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われている	5単位/日
障害者生活支援体制加算	- 視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害がある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者(以下「視覚障害者等」という。)の入所者が15人以上の施設又は視覚障害者等の入所者が30%以上 - 常勤・専従の障害者生活支援員を1人以上配置	(Ⅰ) 26単位/日
	- 視覚障害者等の入所者が50%以上 - 常勤・専従の障害者生活支援員を2人以上配置	(Ⅱ) 41単位/日
初期加算	施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から起算して30日以内の期間に算定。	30単位/日
再入所時栄養連携加算	- 入所者が医療機関に入院し、再入所時に当初の施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となるため、施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携し当該入所者に関する栄養ケア計画を策定した場合 - 栄養マネジメント加算を算定していること	400単位 (入所者1人につき1回)
退所前訪問相談援助加算	入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員または医師が、当該入所者の居宅等を訪問し、退所後の介護サービスについての相談援助や連絡調整等を行った場合	460単位 (入所中に原則1回)
退所後訪問相談援助加算	退所後30日以内に当該入所者の居宅等を訪問し、当該入所者及びその家族等への相談援助や連絡調整等を行った場合	460単位 (退所後1回)
退所時相談援助加算	入所期間が1月を超えると見込まれる入所者及びその家族等に対して、退所後の介護サービスについての相談援助を行い、かつ、退所から2週間以内に市町村及び老人介護支援センターに対して入所者の介護状況を示す文書を添えて情報提供していること。	400単位 (1人につき1回)
退所前連携加算	入所期間が1月を超える入所者の退所に先立って、居宅介護支援事業者に対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて情報提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後のサービス利用に関する調整を行った場合	500単位 (1人につき1回)
栄養マネジメント加算	- 常勤の管理栄養士を1人以上配置 - 入所時に入所者の栄養状態を把握し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同して栄養ケア計画を作成 - 入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行い、入所者栄養状態を定期的に記録 - 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直ししていること	14単位/日
低栄養リスク改善加算	- 低栄養状態又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、多職種が共同して、入所者の栄養管理をするための会議を行い、入所者ごとに低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成し、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を実施 - 栄養マネジメント加算を算定、経口移行加算、経口維持加算を算定していない	300単位/月
経口移行加算	- 医師の指示に基づき、多職種が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成し、当該計画に従い、要件を満たす多職種による支援が行われた場合 - 栄養マネジメント加算を算定	28単位/日

介護福祉施設サービスの加算の概要(3/4)

加算名		算定要件		単位
経口維持加算		- 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されており、多職種による誤嚥等が発生した場合の管理体制の整備、食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がなされている - 医師の指示に基づき、多職種が共同して、現に経口により食事を摂取する者であって摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、入所者の栄養管理をするための会議等を行い、入所者ごとに経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し、当該計画に従い、要件を満たす多職種による支援が行われた場合 ※ 経口移行加算を算定している場合又は栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定できない	(Ⅰ)	400単位/月
			(Ⅱ)	100単位/月
口腔衛生管理体制加算		- 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に口腔ケアに関する技術的助言及び指導を月1回以上実施 - 技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている		30単位/月
口腔衛生管理加算		- 技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている - 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔ケアを月2回以上実施するほか、介護職員に対し具体的な技術的助言及び指導、入所者の口腔に関する相談等へ対応 - 口腔衛生管理体制加算を算定		90単位/月
療養食加算		- 療養食の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されている - 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の療養食の提供が行われている		6単位/日 (1日3回まで)
配置医師緊急時対応加算		- 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診察を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と施設の間で、具体的な取決めがなされている - 複数名の配置医師を配置、又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している - 配置医師が施設の求めに応じ、早朝、夜間又は深夜に訪問診療し、診療を行った理由を記録した場合 - 看護体制加算(Ⅱ)を算定	早朝・夜間の場合	650単位/回
			深夜の場合	1,300単位/回
看取り介護加算	(Ⅰ)	- 常勤の看護師を1人以上配置し、当該看護職員、又は医療機関若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保している - 看取りに関する指針を定め、入所の際に入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている。多職種による協議の上、看取りに関する指針の見直しを行っている。 - 看取りに関する職員研修を行っている - 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮している - 厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者について看取り介護を行った場合	死亡日30日前～4日前	144単位/日
			死亡日前々日、前日	680単位/日
			死亡日	1,280単位/日
	(Ⅱ)		死亡日30日前～4日前	144単位/日
			死亡日前々日、前日	780単位/日
			死亡日	1,580単位/日

介護福祉施設サービスの加算の概要(4/4)

加算名	算定要件	単位
在宅復帰機能支援加算	- 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなった者の割合が20%を超える - 退所者の退所後30日以内に施設の従業者が居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録している - 入所者の家族との連絡調整を行うとともに、入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っている	10単位/日
在宅・入所相互利用加算	- 在宅生活を継続する観点から、予め在宅期間及び入所期間を定め、当該施設の居室を計画的に利用している - 在宅での生活期間中の介護支援専門員と施設の介護支援専門員との間で情報交換を行い、双方合意の上、介護に関する目標及び方針を定め、入所者又はその家族等に対して当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ている	40単位/日
認知症専門ケア加算	- 認知症自立度Ⅲ以上の入所者の割合が50%以上の施設において、認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1人以上、20人以上の場合は10人ごとに1人以上配置 - 認知症に関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している	(Ⅰ) 3単位/日
	(Ⅰ)の要件を満たし、かつ認知症介護指導者研修修了者を1人以上配置 - 介護・看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成・実施	(Ⅱ) 4単位/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師により、認知症の行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であり、緊急的な入所が適当であると判断された者に対しサービスを行った場合	200単位/日 (7日が限度)
褥瘡マネジメント加算	① 入所者全員に対する要件 入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に報告すること ② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件 - 多職種が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、当該計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していること ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと	10単位/月 (3月に1回が限度)
排せつ支援加算	排泄に介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより要介護状態を軽減できると医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対し、多職種が共同して、排泄に介護を要する原因について分析し、分析結果に基づいた支援計画を作成、当該支援計画に基づく支援を継続的に実施した場合	100単位/月 (6日が限度)
サービス提供体制強化加算	介護職員の総数に対して、介護福祉士を60%以上配置	18単位/日
	介護職員の総数に対して、介護福祉士を50%以上配置	12単位/日
	看護・介護職員の総数に対して、常勤職員を75%以上配置	6単位/日
	入所者にサービスを直接提供する職員の総数に対して、勤続年数3年以上の者を30%以上配置	6単位/日

※「介護職員処遇改善加算」と、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のみに算定できる「小規模拠点集合型施設加算」については省略。

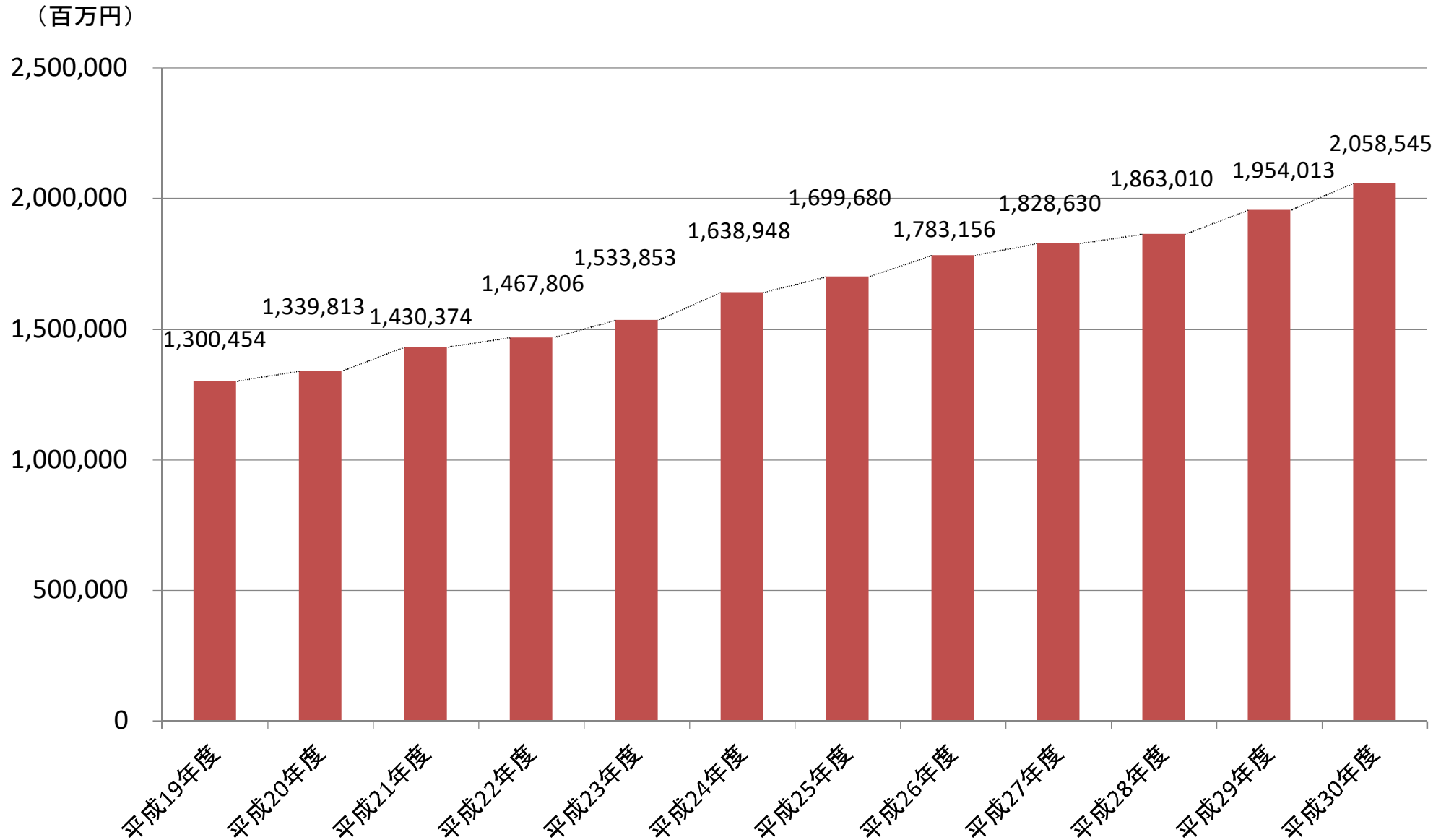
介護老人福祉施設における各加算の算定状況(1/2)

介護老人福祉施設	広域型介護老人福祉施設		地域密着型介護老人福祉施設		広域型＋地域密着型	
加算取得率(事業所ベース)	加算請求事業所数	取得率	加算請求事業所数	取得率	加算請求事業所数	取得率
加算名称/事業所数小計	8129		2363		10492	
生活機能向上連携加算1	149	1.83%	93	3.94%	242	2.31%
生活機能向上連携加算2	368	4.53%	63	2.67%	431	4.11%
準ユニットケア加算	48	0.59%	9	0.38%	57	0.54%
個別機能訓練加算	4227	52.00%	630	26.66%	4857	46.29%
常勤医師配置加算	151	1.86%	6	0.25%	157	1.50%
サービス提供体制加算Ⅰ1	624	7.68%	275	11.64%	899	8.57%
サービス提供体制加算Ⅰ2	300	3.69%	103	4.36%	403	3.84%
サービス提供体制加算Ⅱ	493	6.06%	194	8.21%	687	6.55%
サービス提供体制加算Ⅲ	370	4.55%	49	2.07%	419	3.99%
若年性認知症受入加算	236	2.90%	41	1.74%	277	2.64%
処遇改善加算Ⅰ	7297	89.77%	2134	90.31%	9431	89.89%
処遇改善加算Ⅱ	475	5.84%	162	6.86%	637	6.07%
処遇改善加算Ⅲ	254	3.12%	49	2.07%	303	2.89%
処遇改善加算Ⅳ	9	0.11%	2	0.08%	11	0.10%
処遇改善加算Ⅴ	25	0.31%	5	0.21%	30	0.29%
特定処遇改善加算Ⅰ	5363	65.97%	1375	58.19%	6738	64.22%
特定処遇改善加算Ⅱ	1082	13.31%	378	16.00%	1460	13.92%
看護体制加算Ⅰ1	2016	24.80%	1720	72.79%	3736	35.61%
看護体制加算Ⅰ2	5129	63.10%	6	0.25%	5135	48.94%
看護体制加算Ⅱ1	1401	17.23%	1210	51.21%	2611	24.89%
看護体制加算Ⅱ2	3387	41.67%	1	0.04%	3388	32.29%
口腔衛生管理加算	1207	14.85%	283	11.98%	1490	14.20%
口腔衛生管理体制加算	4859	59.77%	1040	44.01%	5899	56.22%
夜勤職員配置加算Ⅰ1	905	11.13%	72	3.05%	977	9.31%
夜勤職員配置加算Ⅰ2	1844	22.68%	3	0.13%	1847	17.60%
夜勤職員配置加算Ⅱ1	502	6.18%	1067	45.15%	1569	14.95%
夜勤職員配置加算Ⅱ2	1691	20.80%	1	0.04%	1692	16.13%
夜勤職員配置加算Ⅲ1	316	3.89%	15	0.63%	331	3.15%
夜勤職員配置加算Ⅲ2	926	11.39%	0	0.00%	926	8.83%
夜勤職員配置加算Ⅳ1	140	1.72%	163	6.90%	303	2.89%
夜勤職員配置加算Ⅳ2	398	4.90%	0	0.00%	398	3.79%

介護老人福祉施設における各加算の算定状況(2/2)

介護老人福祉施設	広域型介護老人福祉施設		地域密着型介護老人福祉施設		広域型＋地域密着型	
加算取得率（事業所ベース）	加算請求事業所数	取得率	加算請求事業所数	取得率	加算請求事業所数	取得率
加算名称/事業所数小計	8129		2363		10492	
障害者生活支援体制加算Ⅰ	26	0.32%	1	0.04%	27	0.26%
障害者生活支援体制加算Ⅱ	7	0.09%	0	0.00%	7	0.07%
精神科医療養指導加算	2139	26.31%	266	11.26%	2405	22.92%
日常生活継続支援加算Ⅰ	3749	46.12%	135	5.71%	3884	37.02%
日常生活継続支援加算Ⅱ	2306	28.37%	1353	57.26%	3659	34.87%
認知症専門ケア加算Ⅰ	331	4.07%	192	8.13%	523	4.98%
認知症専門ケア加算Ⅱ	85	1.05%	29	1.23%	114	1.09%
認知症行動・心理症状緊急対応加算	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
栄養マネジメント加算	7095	87.28%	1531	64.79%	8626	82.22%
経口移行加算	151	1.86%	16	0.68%	167	1.59%
療養食加算	4785	58.86%	961	40.67%	5746	54.77%
看取り介護加算ⅠⅠ	1473	18.12%	202	8.55%	1675	15.96%
看取り介護加算ⅠⅡ	1563	19.23%	217	9.18%	1780	16.97%
看取り介護加算ⅠⅢ	1572	19.34%	218	9.23%	1790	17.06%
看取り介護加算ⅡⅠ	465	5.72%	59	2.50%	524	4.99%
看取り介護加算ⅡⅡ	497	6.11%	60	2.54%	557	5.31%
看取り介護加算ⅡⅢ	504	6.20%	60	2.54%	564	5.38%
経口維持加算Ⅰ	1894	23.30%	346	14.64%	2240	21.35%
経口維持加算Ⅱ	1071	13.18%	193	8.17%	1264	12.05%
在宅入所相互利用加算	11	0.14%	1	0.04%	12	0.11%
在宅復帰支援機能加算	0	0.00%	1	0.04%	1	0.01%
配置医師緊急時対応加算Ⅰ	142	1.75%	19	0.80%	161	1.53%
配置医師緊急時対応加算Ⅱ	113	1.39%	16	0.68%	129	1.23%
再入所時栄養連携加算	61	0.75%	6	0.25%	67	0.64%
低栄養リスク改善加算	131	1.61%	20	0.85%	151	1.44%
褥瘡マネジメント加算	1178	14.49%	292	12.36%	1470	14.01%
排せつ支援加算	339	4.17%	95	4.02%	434	4.14%
初期加算	7138	87.81%	1545	65.38%	8683	82.76%
退所前訪問相談援助加算	8	0.10%	1	0.04%	9	0.09%
退所時相談援助加算	6	0.07%	2	0.08%	8	0.08%
退所前連携加算	10	0.12%	2	0.08%	12	0.11%
退所後訪問相談援助加算	3	0.04%	0	0.00%	3	0.03%
（地域密着型のみ）小規模拠点集合施設加算	-	-	1	0.04%	1	0.04%

介護老人福祉施設の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額（公費の本人負担額）の合計額。

※地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

※補足給付は含まない。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)における主な人員配置基準

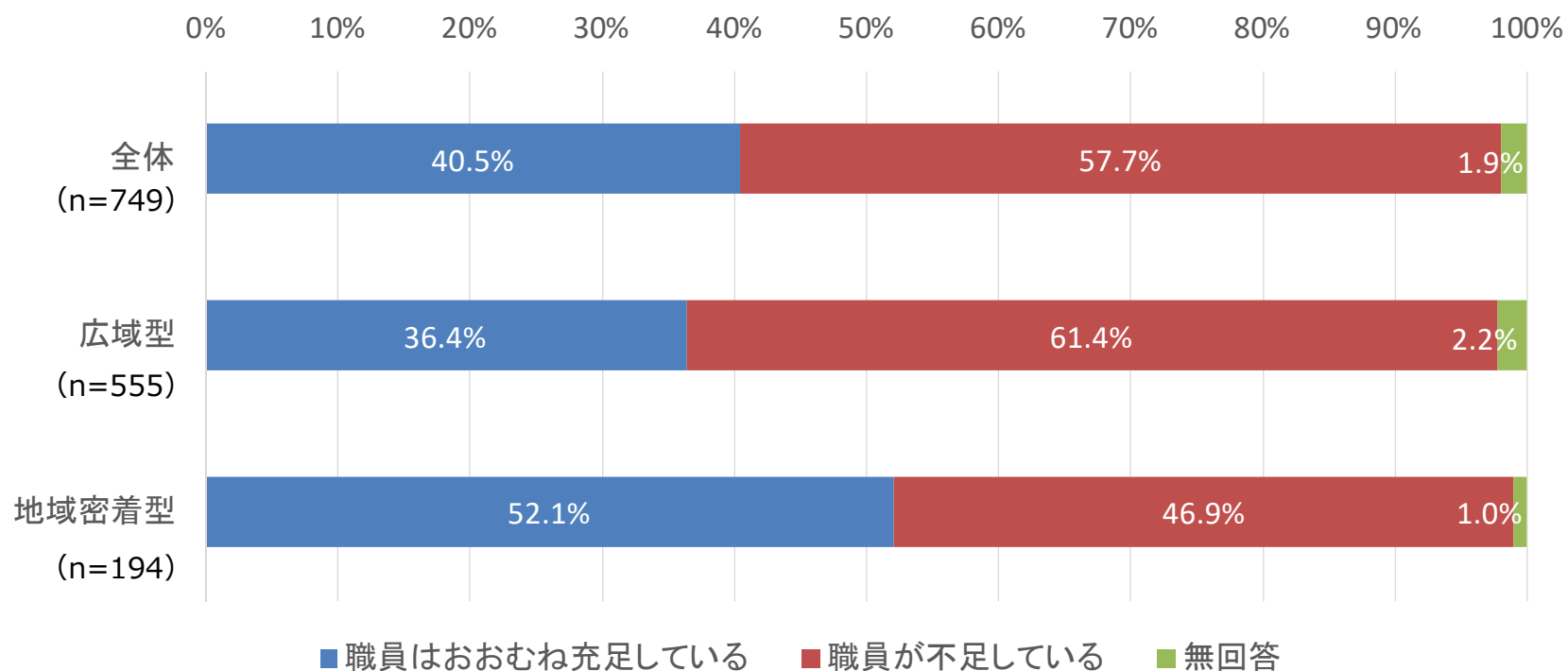
職種	配置基準	常勤／常勤換算	専従／兼務
施設長(管理者)	1 ※社会福祉法第19条の社会福祉主事、社会福祉事業に2年以上従事した者等が要件	常勤	原則専従。管理上支障がない場合、当該特養従業者としての職務、同一敷地内の他事業所、サテライト型居住施設の職務との兼務可。
医師	必要な数		
介護職員	3:1以上	常勤換算 ※常勤1名以上(地密)	原則専従。ただし、入所者の処遇に支障がない限り、機能訓練指導員、介護支援専門員、併設短期入所生活介護事業における同職との兼務可能。 従来型・ユニット型を併設する場合の介護・看護職員については、専従。
看護職員		常勤換算必要数 常勤1名以上	
生活相談員	100:1以上 ※社会福祉法第19条の社会福祉主事、社会福祉事業に2年以上従事した者等が要件	常勤	
機能訓練指導員	1以上		当該特養の他の職務との兼務可。
介護支援専門員	1以上	常勤	原則専従。入所者の処遇に支障がない場合、当該特養の他の職務との兼務可。
栄養士	1以上 ※入所定員40人未満の場合、他の社会福祉施設の栄養士との連携により効果的な運営ができ、入所者の処遇に支障がない場合は置かなくてもよい。		
ユニットリーダー	ユニットごと	常勤	

※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、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準、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

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)における人材確保に関する状況

○ 人材不足の状況について、「職員が不足している」が57.7%、「職員はおおむね充足している」は40.5%であった。

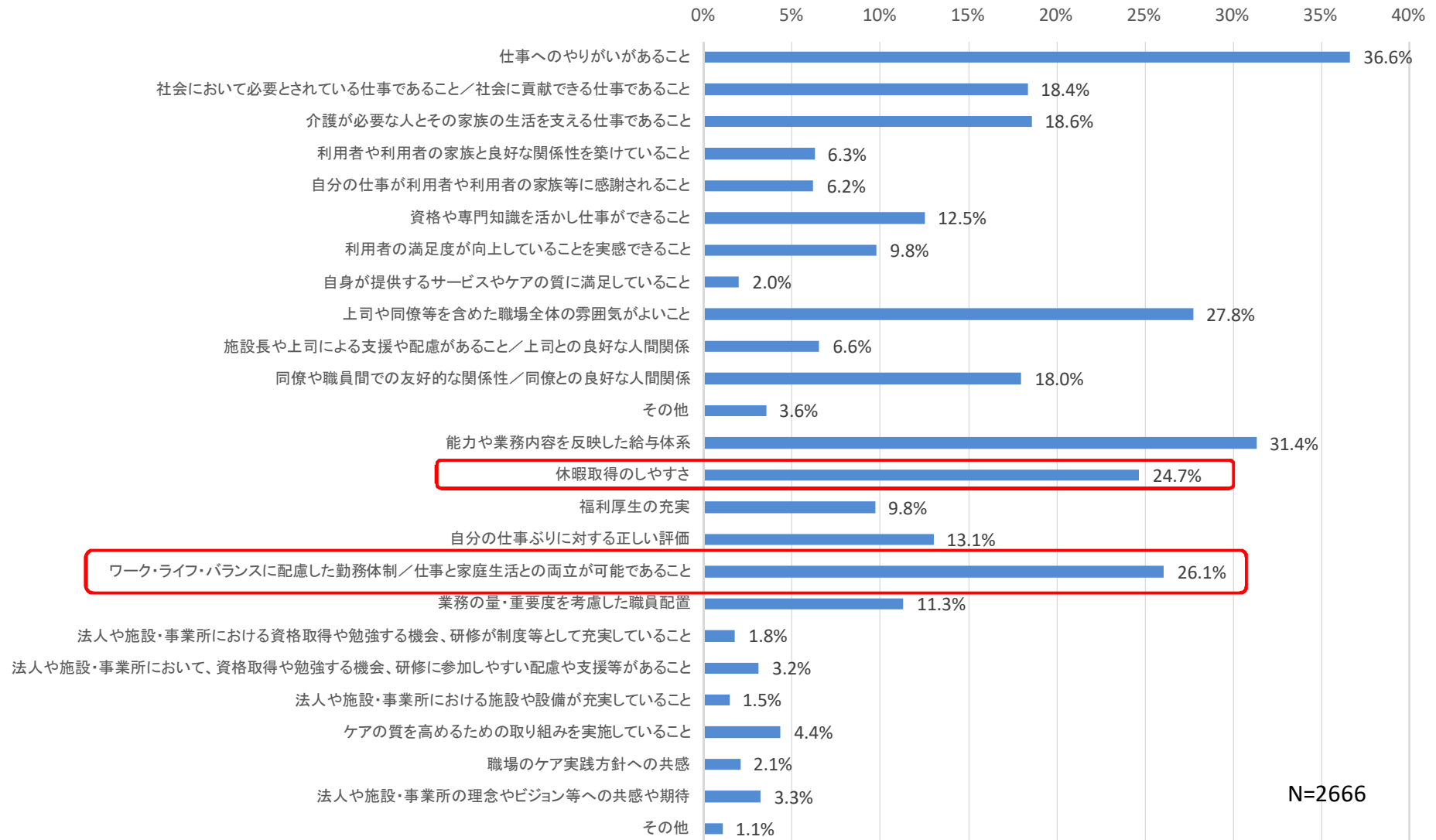
人材不足の状況



【出典】「特別養護老人ホームのサービス提供実態に関する調査研究」（令和元年度老人保健健康増進等事業）

勤務継続にあたり、重要と思うもの 上位3つ

- 勤務継続にあたり「休暇取得のしやすさ」(24.7%)、「ワーク・ライフ・バランス」(26.1%)などを重要と考える者が一定割合存在する。



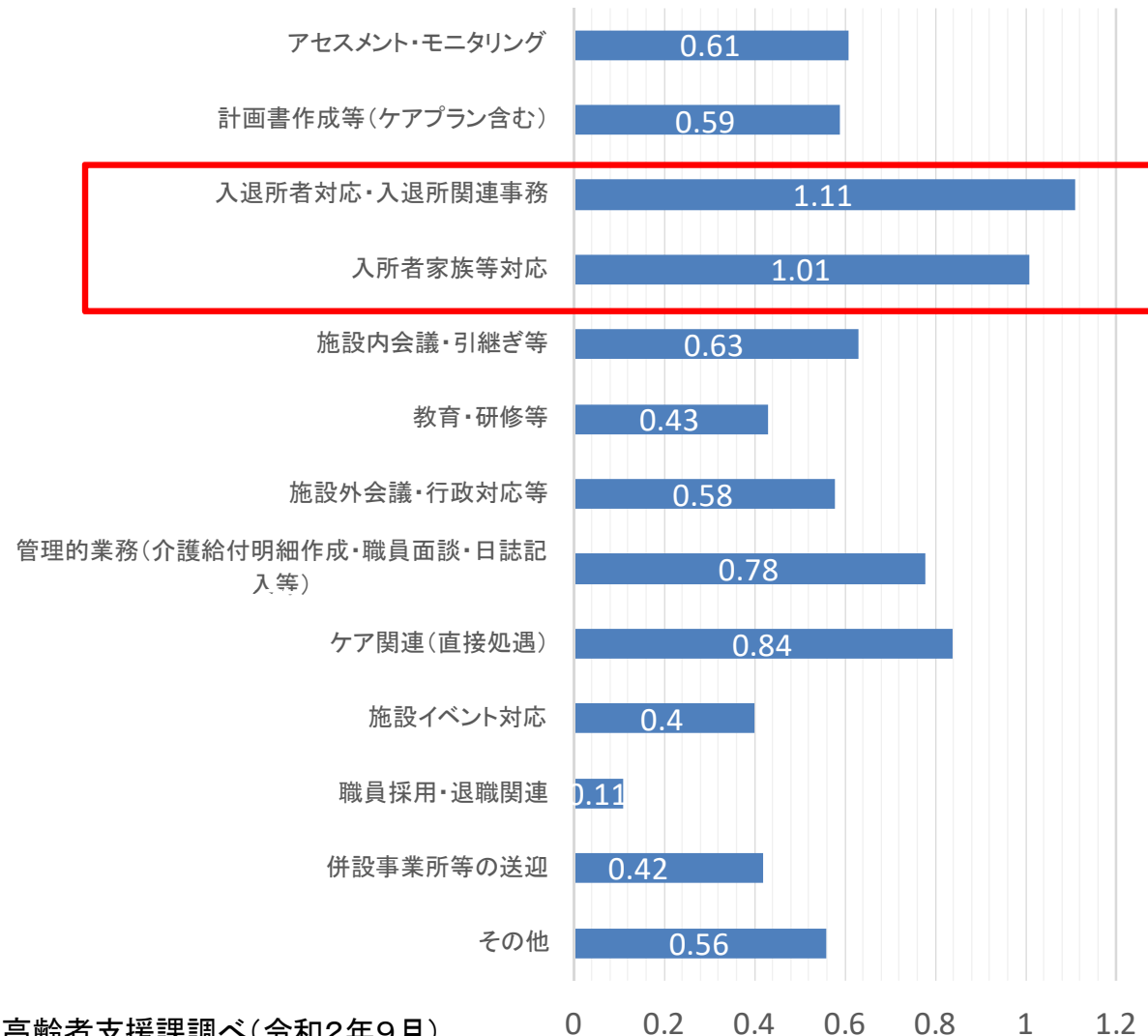
(注) 令和元年度老人保健事業推進費等補助金「処遇改善加算の申請等の簡素化に関する調査研究事業」(株式会社三菱総合研究所)を基に作成
勤続10年以上の者に対して調査

サテライト型特養における生活相談員の業務

○ サテライト型特養における生活相談員の平均的な一日の主な業務において、「入所者対応・入退所関連事務」及び「入所者家族等対応」の占める時間は2.1時間（26％）であった。

■ サテライト型特養における生活相談員の平均的な一日における主な業務 （n=385）

（平均勤務時間：8.08時間／日）



従来型とユニット型を併設する場合の介護・看護職員の兼務について

一部ユニット型施設の基準等に関する審議のとりまとめ

(平成22年9月21日 社会保障審議会介護給付費分科会) (抄)

③ 人員に関する基準

(i) 介護職員及び看護職員について

ユニット型施設と従来型施設を併設した施設のうち、ユニット型施設の介護職員については、併設された従来型施設の介護職員との兼務を認めない。

ユニット型施設と従来型施設を併設した施設のうち、ユニット型施設において介護職員と同様にケアを行う看護職員については、兼務を認めない。

(ii) 施設長、管理者、医師、生活相談員、介護支援専門員、栄養士、機能訓練指導員、調理員及び事務員その他の従業者について

上記(ii)の各従業者については、ユニット型施設の入居者及び併設された従来型施設の入所者の処遇に支障がない場合、兼務を認めることとする。

サテライト型地域密着型介護老人福祉施設

概要

- サテライト型地域密着型介護老人福祉施設は、住み慣れた地域で暮らし続けたいという高齢者のニーズに応える観点から、本体施設と密接な連携を取りながら、別の場所で運営される地域密着型介護老人福祉施設。
- サテライト型地域密着型介護老人福祉施設の本体施設は、指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院、診療所に限られる。

サテライト型介護老人福祉施設数:772
(介護給付費等実態統計(令和1年10月))

本体施設

- ・ 介護老人福祉施設（広域特養）
- ・ 地域密着型介護老人福祉施設（サテライト型居住施設を除く）
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 病院・診療所

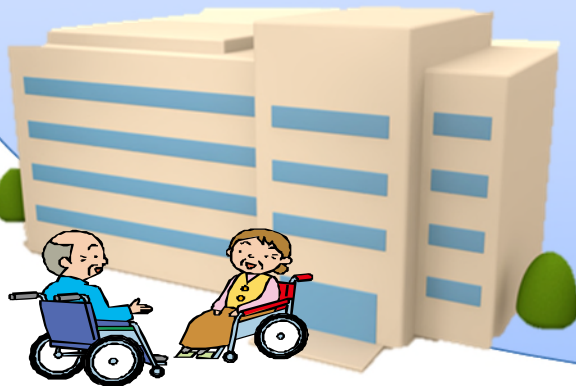
○サテライト型介護老人福祉施設については、本体施設と適切に連携がなされている場合は、人員基準・設備基準が緩和される。

例: 本体施設が(地域密着型)介護老人福祉施設の場合、

- ◎ 医師・栄養士・機能訓練指導員・介護支援専門員を置かなくてもよい
- ◎ 生活相談員を置く場合、常勤ではなく、常勤換算方法で1以上でよい
- ◎ 看護職員のうち1人以上について、常勤ではなく、常勤換算方法で1以上でよい
- 調理室の代わりに簡易な調理設備を設ければよい
- 医務室の代わりに必要な医薬品・医療機器・臨床検査設備を設ければよい

サテライト型介護老人福祉施設 (地域密着型介護老人福祉施設)

両施設が密接な連携を確保できる範囲内
(≡通常の交通手段を利用して、
おおむね20分以内で移動できる範囲内)

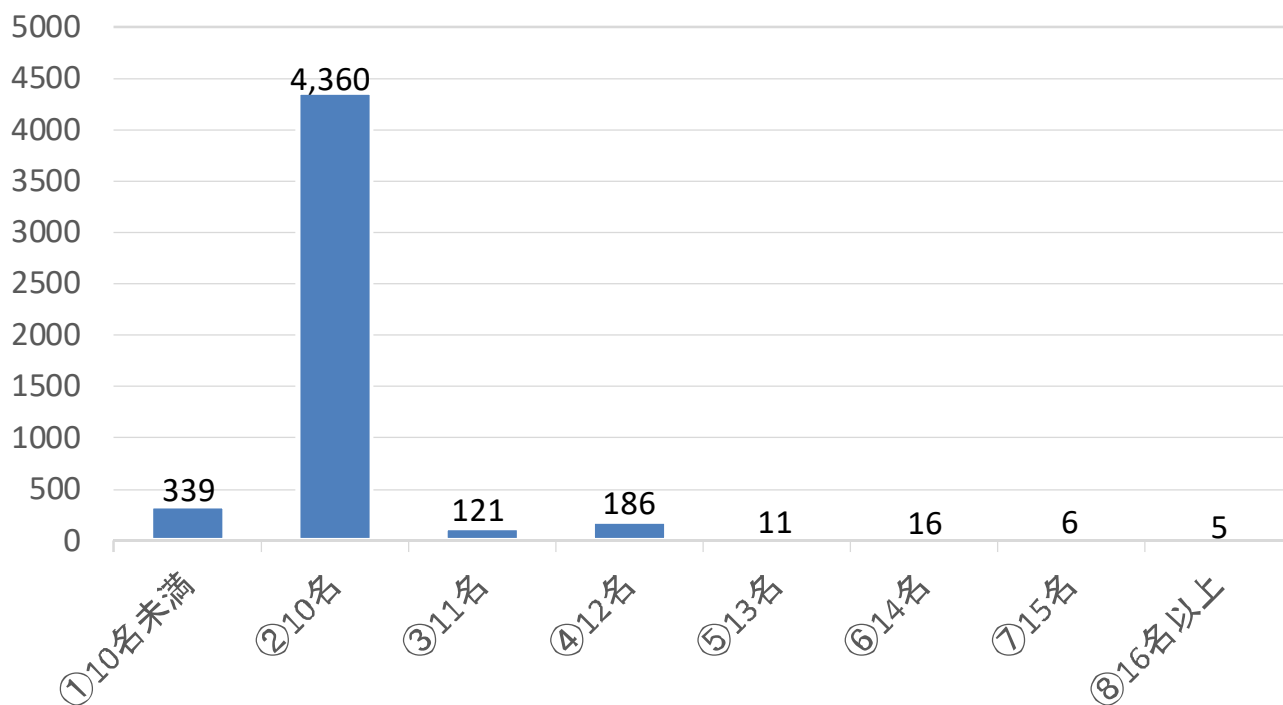


ユニット型施設の最大入居定員数

○ ユニット型特養における1ユニットの最大入居定員数は、「10名」が86%と大半を占める。「13名」以上の数は少ないものの、「13名」、「14名」、「15名」、「16名以上」のそれぞれにおいて若干数は存在。

ユニット型特養における最大入居定員数

(n=5,044施設)



15名以上ユニットの運営状況

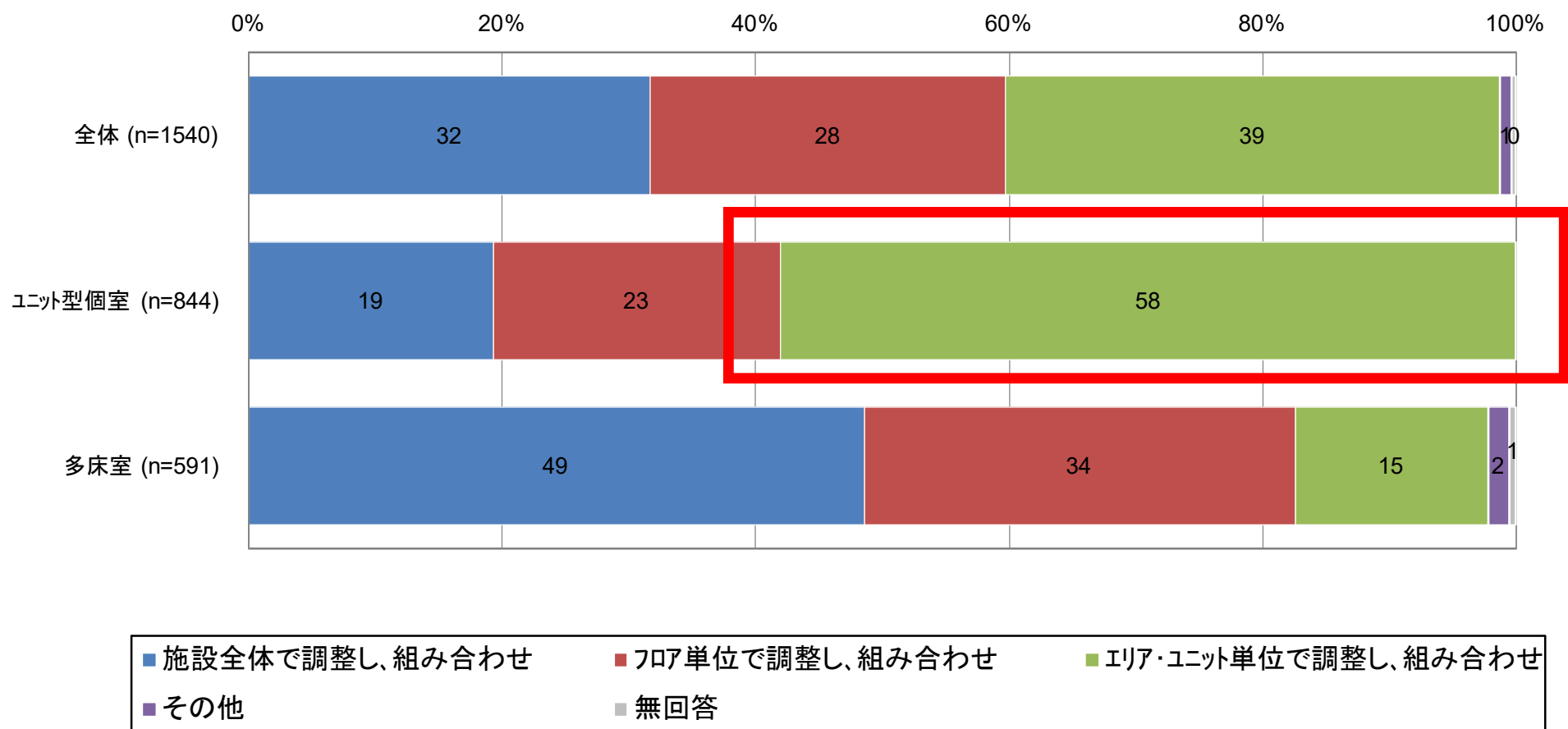
定員が15名以上のユニットを運営している施設(10施設)にヒアリングを行ったところ、10名ユニットよりも手厚い職員配置が行われている傾向があり、

- ・1人が個室で介助を行っている際に、別の職員による他の入居者の見守りがしやすい
 - ・食事、移乗、排泄など人手がかかる介助がしやすい
 - ・入居者の急変時に助けを呼びやすい
 - ・ベテランと新人を配置することで人材育成しやすい
 - ・1ユニット内での職員の勤務シフトが組みやすい
- などのメリットが挙げられた。

一方、手厚い職員配置のために人件費率が高い、一時的にユニットに職員が1人になる時間帯がある場合は職員の負担が重いという指摘もあった。

勤務時間帯の組み合わせの仕方

- 個室ユニット型施設について、ユニット単位で職員シフトを回している施設は58%程度。
- 利用者10名のユニットであれば、ユニット当たりの職員は5名程度必要であり、早番、日勤、遅番、夜勤や休みの職員を考えれば、ぎりぎりでローテーションを回していることになる。

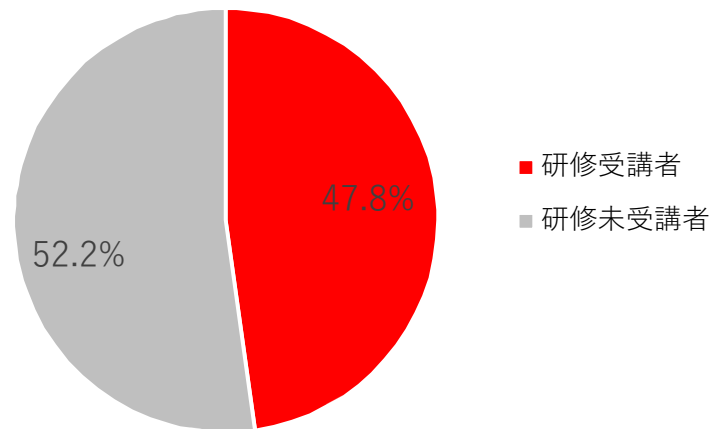


※施設類型は抜粋のため、「ユニット型個室」と「多床室」の合計数が全体数と一致しない。

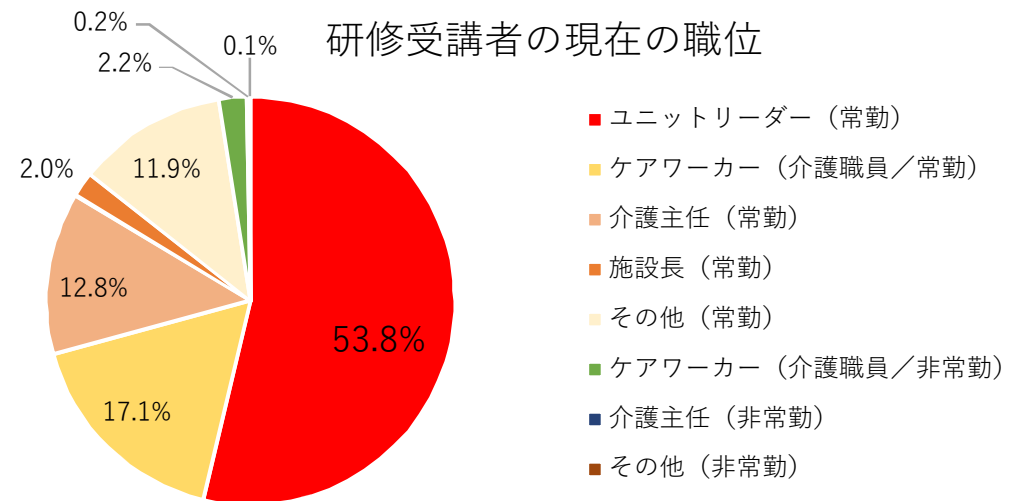
ユニットケアリーダー研修修了者の実態

- ユニットリーダーの研修受講割合は、47.8%であった。
- 研修受講者の半数以上は現在ユニットリーダーとして勤務しているが、ユニットリーダーよりも下の職位や非常勤として勤務しているケースも一定数見られた。
- 研修受講者が現在ユニットリーダーとして勤務していない理由として、12.9%の施設が「出産・育児・介護等の家庭の事情により、常勤での勤務が困難であるため」を挙げた。

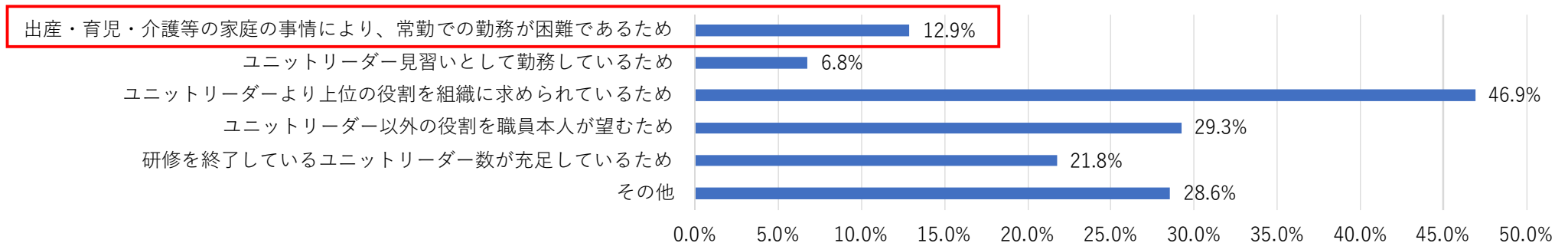
ユニットリーダーの研修受講割合



研修受講者の現在の職位



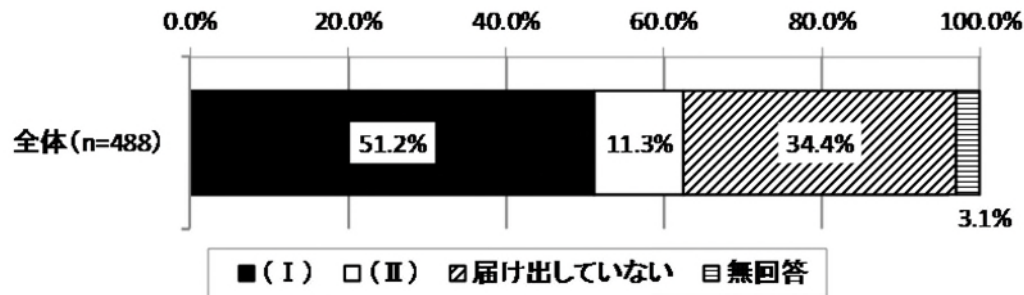
研修受講者が現在ユニットリーダーとして勤務していない理由（複数回答）



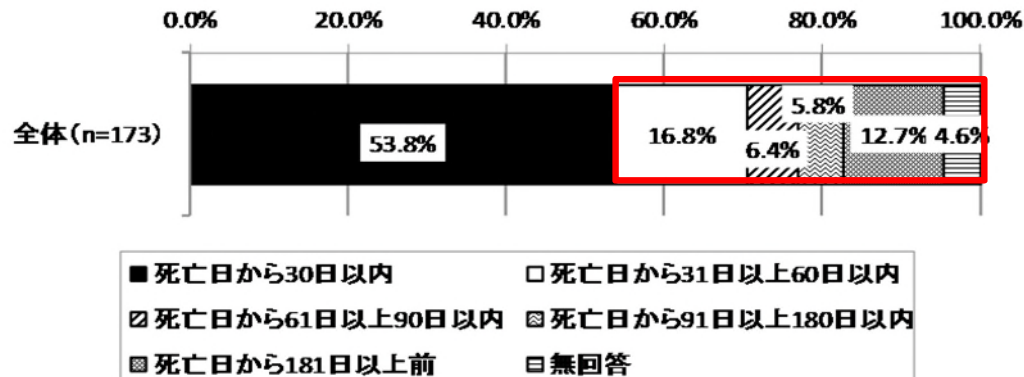
看取り介護加算

- 看取り介護加算の算定を行っている特養は、約63%（※6ヶ月分の累計）。
- 看取り介護加算の届出をしていない（又は算定0件）理由として、「加算を算定する要件を満たすことが困難であった」と回答した特養が約46%であった。
- 医師等と本人、家族等が協議し、看取りでの対応を行うことを決定した時期は、半数近くが死亡日から31日以上前であり、うち「死亡日から31日以上60日以内」が16.8%であった。

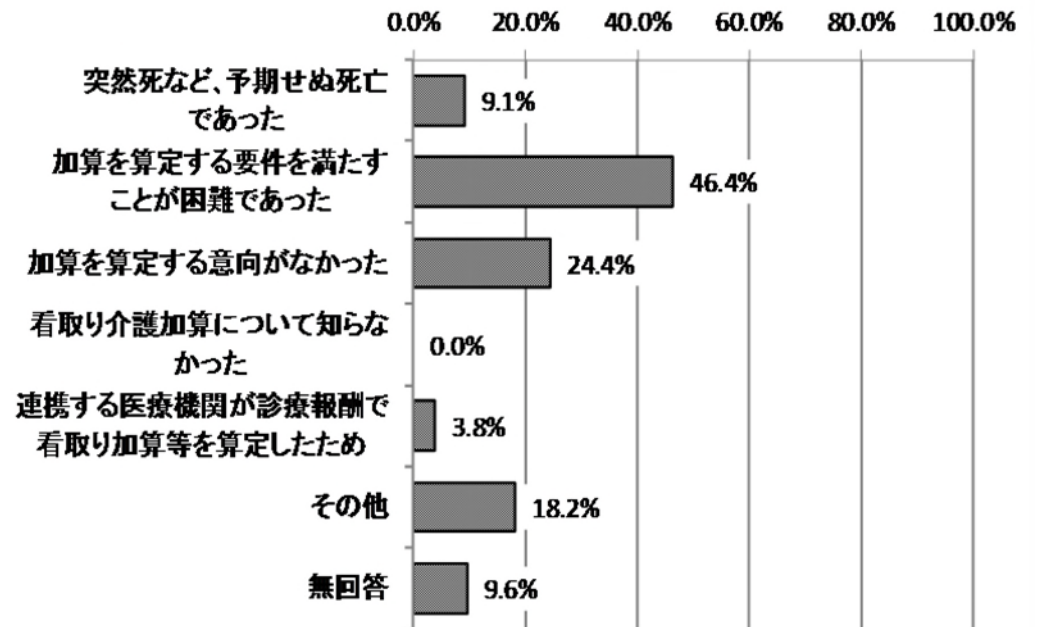
●看取り介護加算の算定状況(n=488)
(2019年1月～6月の累計)



●医師に医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、医師等と本人、家族等が協議し看取りでの対応を行うことを決定した時期(n=173)



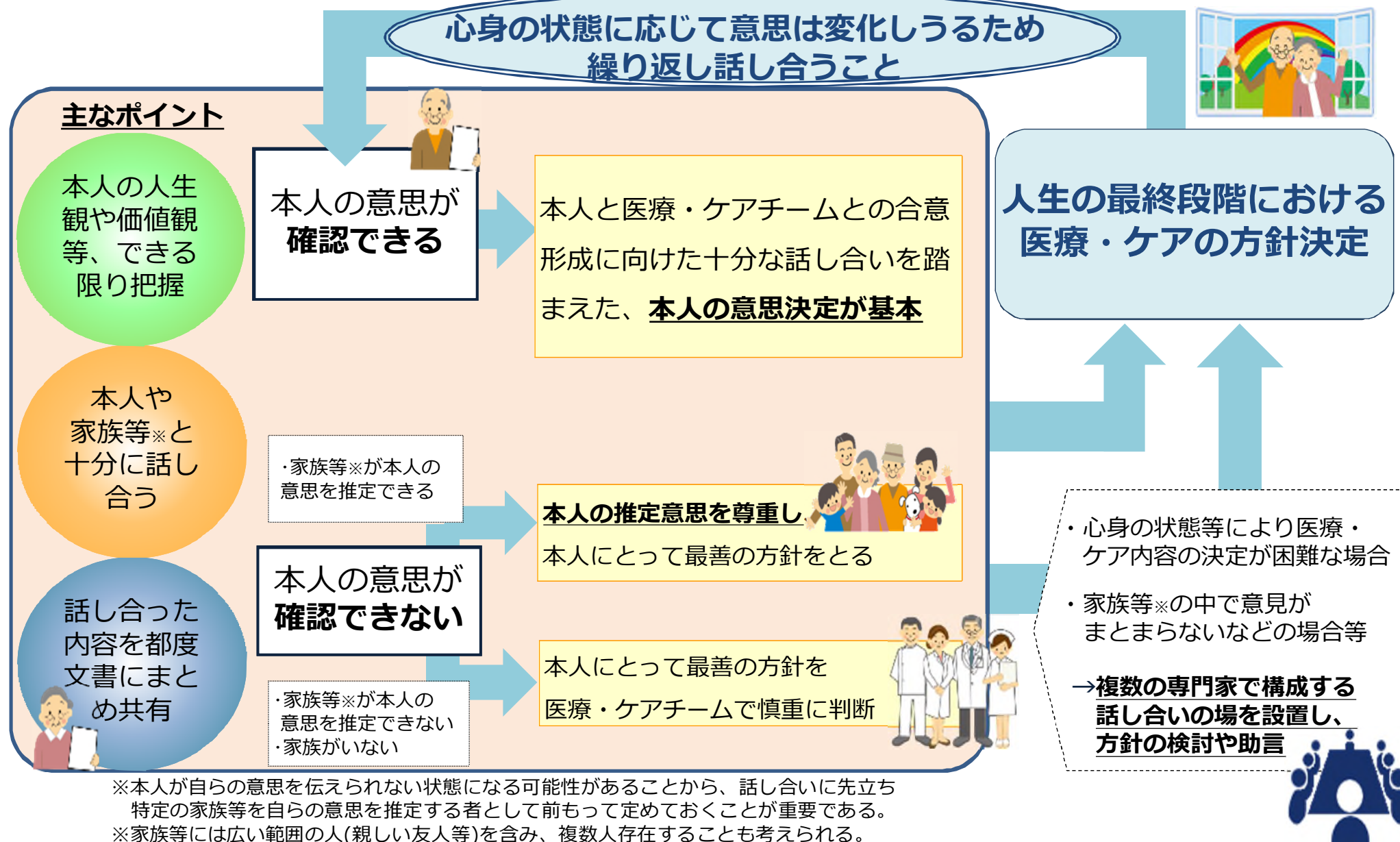
●看取り介護加算を「1 届け出していない」または、算定件数が「0件」の理由(n=209)(複数回答)



※「その他」の具体的内容は「対象者がいなかった」「調査対象期間中に看取り実績なし」等であった。

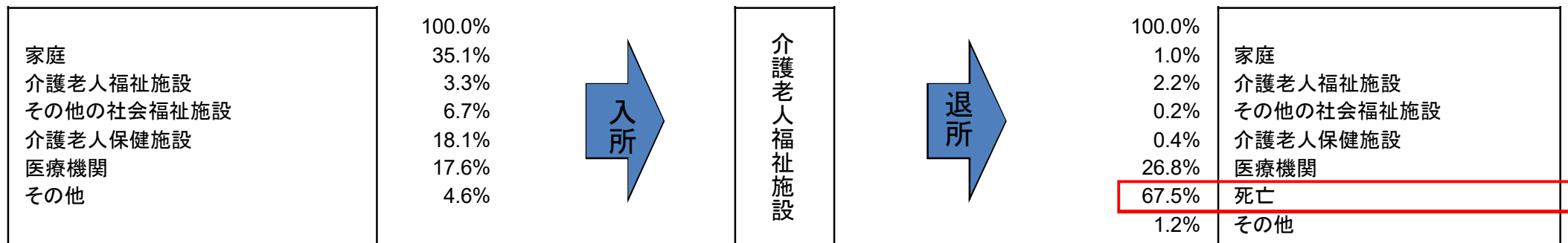
「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

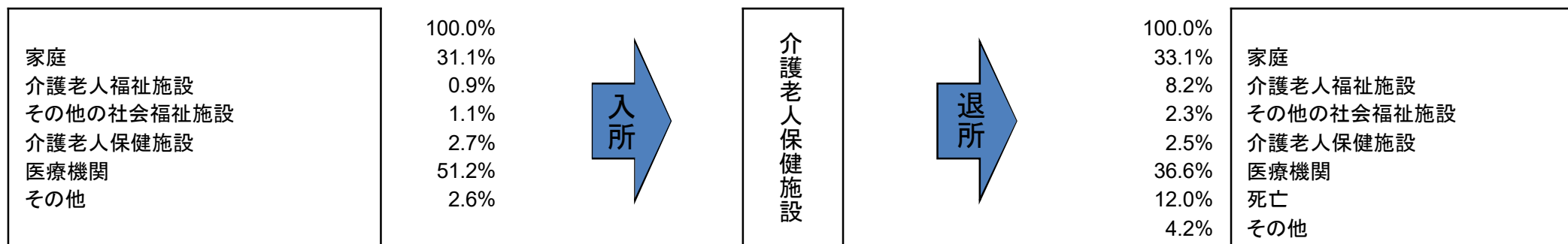


介護保険3施設における入所者・退所者の状況

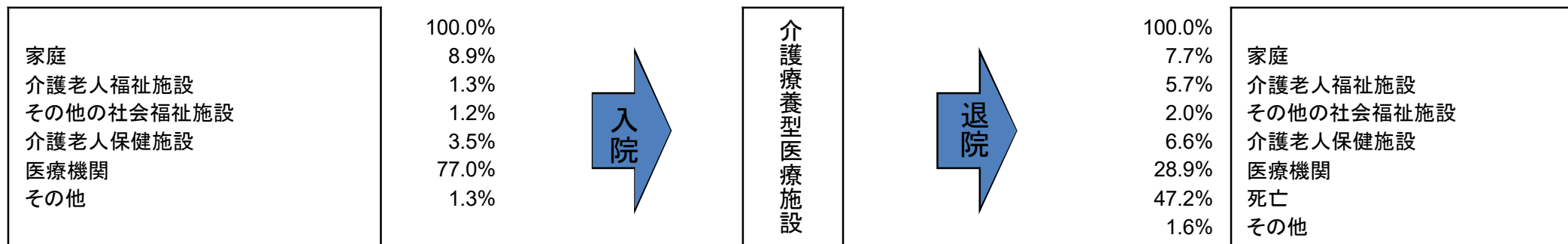
○ 介護老人福祉施設の退所者の65%以上が死亡を理由として退所している。



平均在所日数: 1284.5日



平均在所日数 299.9日



平均在所日数 491.6日

⑮小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し (平成30年度介護報酬改定)

概要

- 小規模介護福祉施設、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び旧措置入所者の基本報酬について、報酬体系の簡素化や報酬の均衡を図る観点から、見直しを行う。
- ア 小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し
 - ・ 小規模介護福祉施設（定員30名の施設）について、平成30年度以降に新設される施設については、通常の介護福祉施設と同様の報酬を算定することとする。
 - ・ 既存の小規模介護福祉施設及び経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（平成17年度以前に開設した定員26～29名の施設）と他の種類の介護福祉施設の報酬の均衡を図る観点から、別に厚生労働大臣が定める期日以降、通常の介護福祉施設の基本報酬と統合することとする。
 - ・ 上記に合わせ、既存の小規模介護福祉施設や経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の基本報酬について一定の見直しを行う。
- イ 旧措置入所者の基本報酬の統合
 - ・ 旧措置入所者の基本報酬については、平成30年度から、介護福祉施設等の基本報酬に統合することとする。

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

	＜現行＞		＜改定後＞
○経過的小規模介護福祉施設サービス費（従来型個室）の場合			
要介護1	700単位	⇒	659単位
要介護2	763単位		724単位
要介護3	830単位		794単位
要介護4	893単位		859単位
要介護5	955単位		923単位
○旧措置入所者介護福祉施設サービス費（従来型個室）の場合			
要介護1	547単位	⇒	要介護1 557単位
要介護2又は3	653単位		要介護2 625単位
			要介護3 695単位
要介護4又は5	781単位		要介護4 763単位
			要介護5 829単位

小規模特養等に関する経緯について

単位：人

離島、山村、過疎地域、人口集中の
特に著しい都市の区域

介護保険法
施行前

例外 30～

原則 50～

介護保険法
施行(H12)
～H15改定

5～25

26～30
小規模

31～

夜勤職員1人以上

夜勤職員2人以上

(基準省令上、定員による施設類型の違いは無し)

H18.3.31までに既設のもの
(H21.3.31までの経過措置)

小規模

H18改定

5～25

26～29

30

31～

地域密着型

広域型

小規模

H21改定
～現在

5～29

30

31～

地域密着型

広域型