

介護老人福祉施設 （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： 9,726施設 サービス受給者数： 57.7万人（平成29年4月審査分） ≫

※介護給付費実態調査



※平成27年介護サービス事業所調査

≪設置主体≫

- 地方公共団体
- 社会福祉法人 等

≪人員配置基準≫

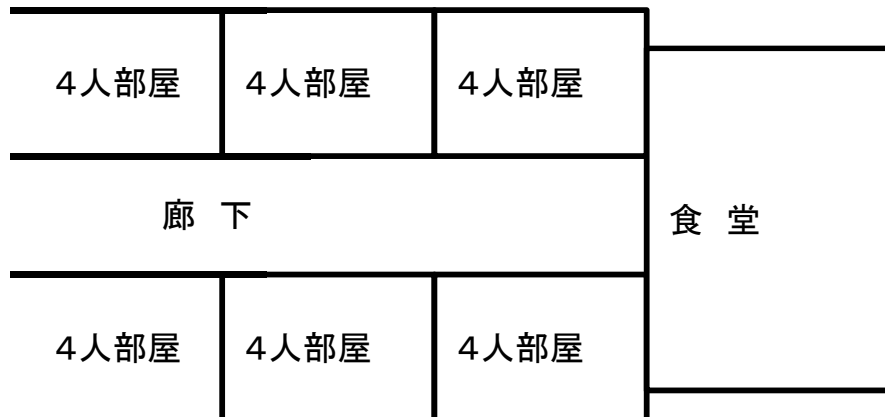
- 医師： 必要数
- 介護・看護職員： 3:1 等

≪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

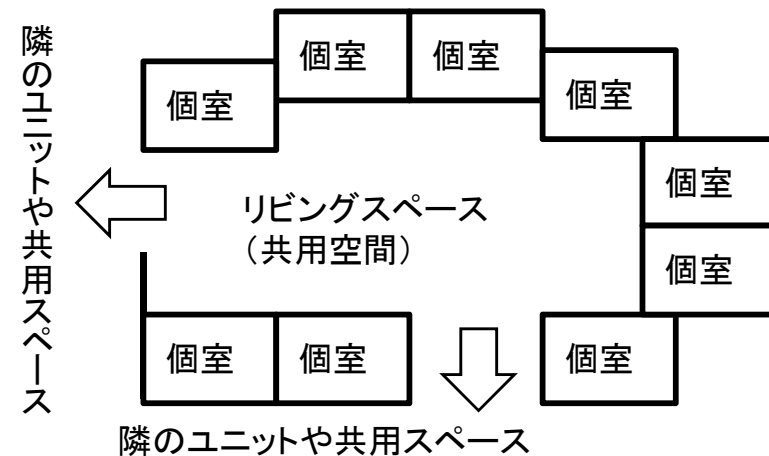
- 多床室（既設）の介護報酬： 814単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数： 平均2.2人（平成26年）



ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬： 894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26年）

- ※ 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人員・設備基準

必要となる人員・設備等

介護老人福祉施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

○人員基準

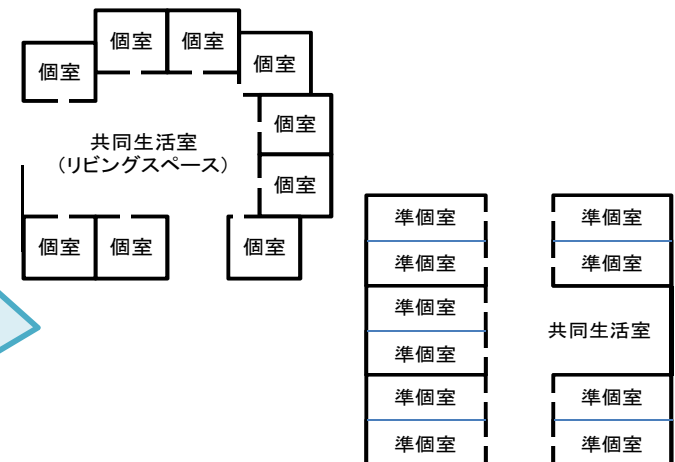
医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
介護職員 又は看護職員	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
栄養士 機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）

○設備基準

居室	原則定員1人、入所者1人当たりの床面積10.65㎡以上
医務室	医療法に規定する診療所とすること
食堂及び 機能訓練室	床面積入所定員×3㎡以上
廊下幅	原則1.8m以上
浴室	要介護者が入浴するのに適したものとする

ユニット型介護老人福祉施設の場合、上記基準に加え、以下が必要

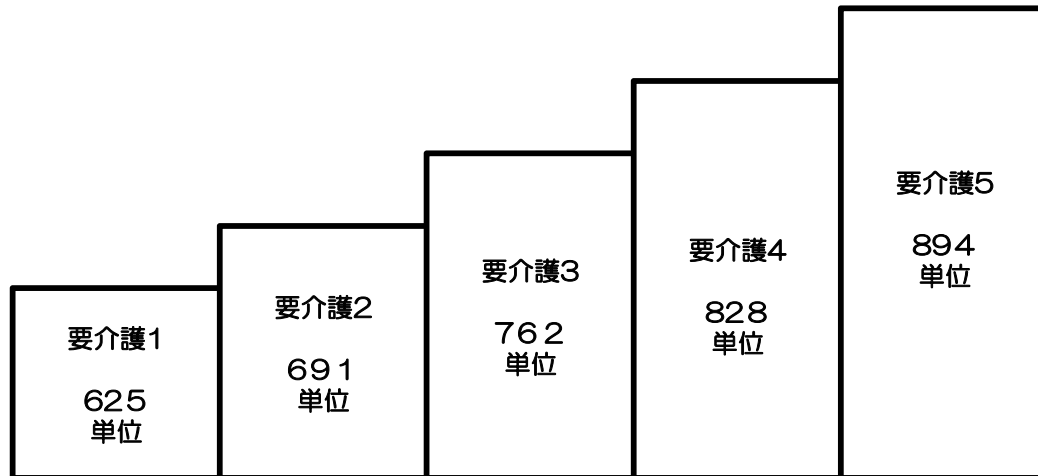
- ・共同生活室の設置
- ・居室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員、夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等



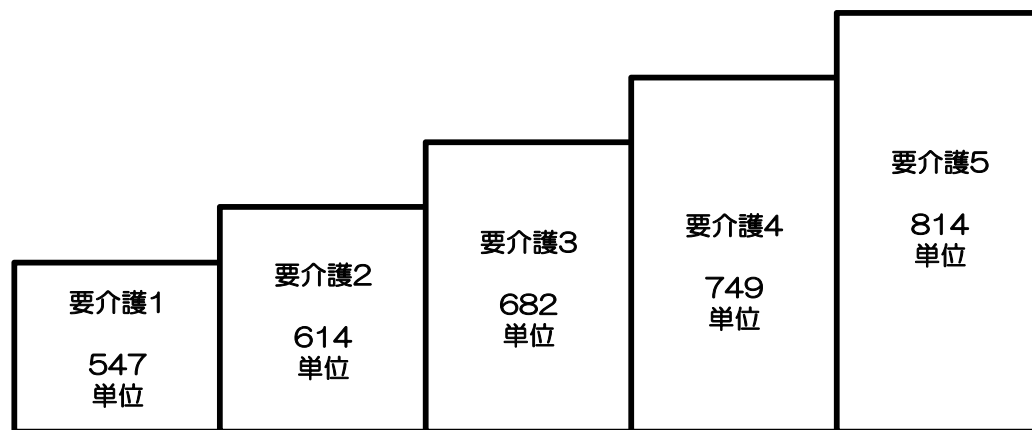
介護老人福祉施設の報酬

※ 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

【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

【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】

(単位)

- ・加算(Ⅰ)：8.3%
- ・加算(Ⅱ)：6.0%
- ・加算(Ⅲ)：3.3%
- ・加算(Ⅳ)：加算(Ⅲ) × 90%
- ・加算(Ⅴ)：加算(Ⅲ) × 80%

定員を超えた利用や人員配置基準に違反

(▲30%)

身体拘束についての記録を行っていない

(▲5単位)

医療関係職種の配置等に係る介護老人福祉施設の介護報酬上の評価

医療関係職種	主な加算・要件等【配置に係る要件部分を抜粋】
医師	◇常勤医師配置加算 [25単位／日] 専ら当該介護老人福祉施設の職務に従事する常勤の医師を1名以上(かつ、常勤換算方法で100:1以上)配置している場合を評価。 ◇精神科医師による療養指導に係る加算 [5単位／日] 認知症である入所者(医師が認知症と診断した者等)が全入所者の3分の1以上を占める介護老人福祉施設において、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ことを評価。
看護師	◇看護体制加算 [4～13単位／日] 常勤の看護師を1名以上配置している場合や、当該施設の看護職員により、又は病院・診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保している場合等を評価。
リハビリ専門職	◇個別機能訓練加算 [12単位／日] 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員※を1名以上配置していること等を評価。 ※機能訓練指導員:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者

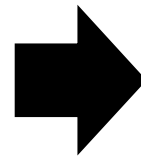
介護老人福祉施設 日常生活継続支援加算 (平成27年度介護報酬改定資料)

概要

- 平成27年度より介護老人福祉施設の新規入所者が原則として要介護3以上となること等を踏まえ、今後、更に、重度者等の積極的な受け入れを行うことを評価する観点から、重度者と認知症高齢者が「新規」入所者の一定割合以上を占める場合等に評価する形に見直す。

点数の新旧

1日当たり:23単位



1日当たり:

36単位(従来型)

46単位(ユニット型)

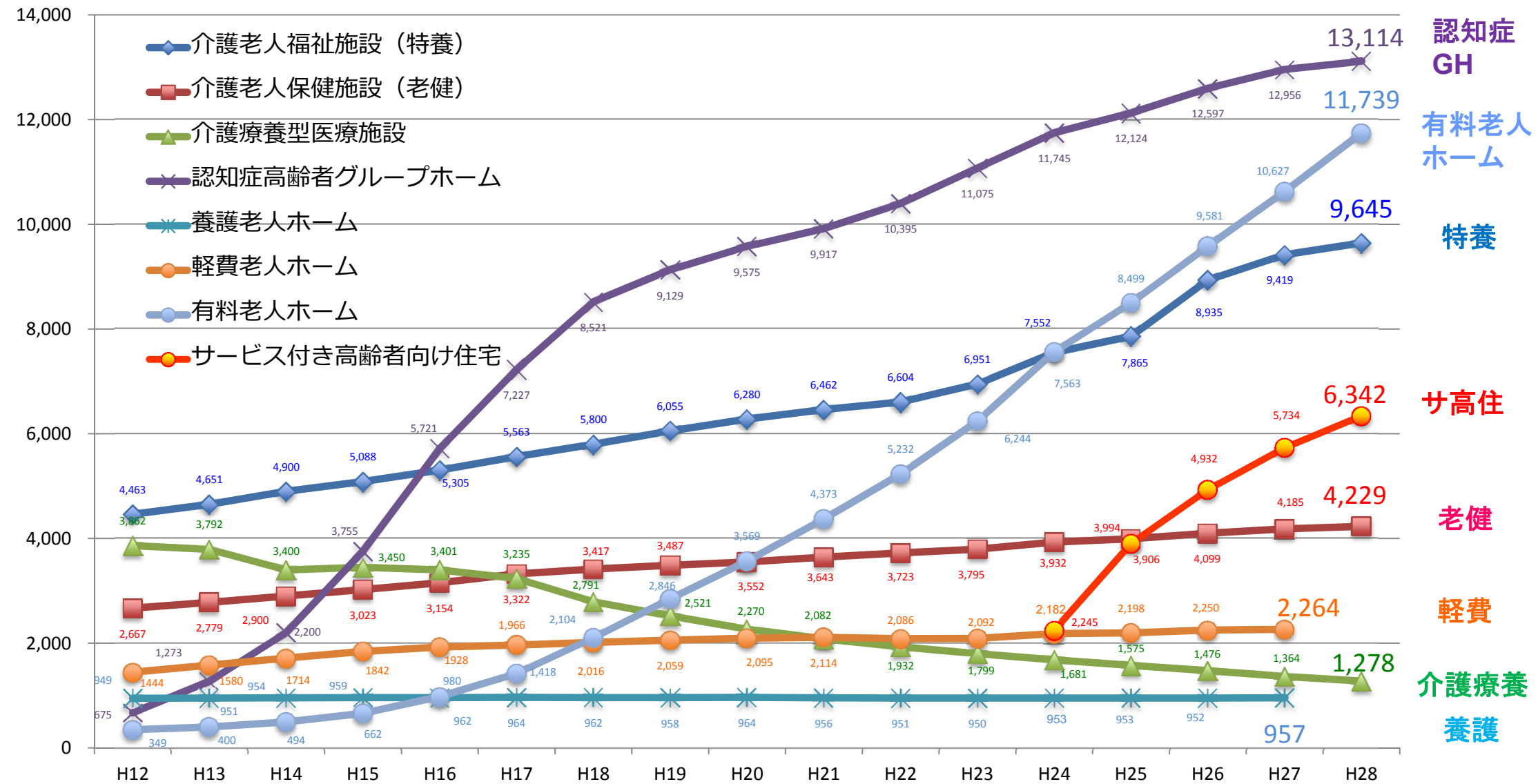
算定要件

- 介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者6に対して1以上。かつ、
- 以下のいずれかを満たす。
 - ① 「新規」入所者のうち、要介護4・5の占める割合が70%以上
 - ② 「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
 - ③ たんの吸引等が必要な入所者の占める割合が15%以上

(注)「新規」入所者は「算定日の属する月の前六月間又は前十二月間における新規入所者」である。

高齢者向け住まい・施設の件数

(単位：件)



認知症
GH

有料老人
ホーム

特養

サ高住

老健

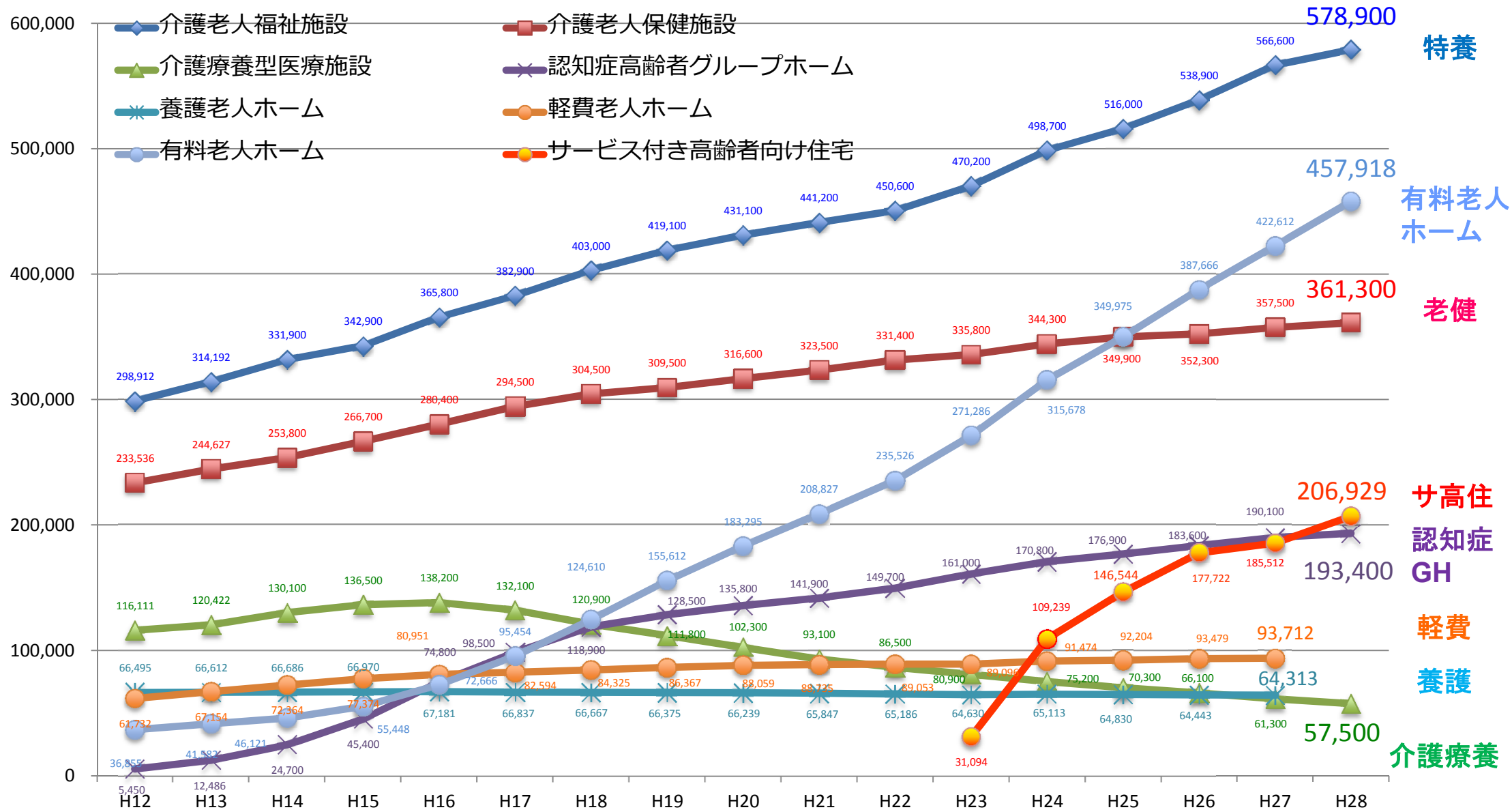
軽費

介護療養
養護

※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査（10月審査分）【H14～】」による。
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスの請求事業所を合算したもの。
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、ただし、H21～H23は調査対象施設の数、H24～H27は基本票に基づく数。
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7/1時点）による。
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。

高齢者向け住まい・施設の定員数

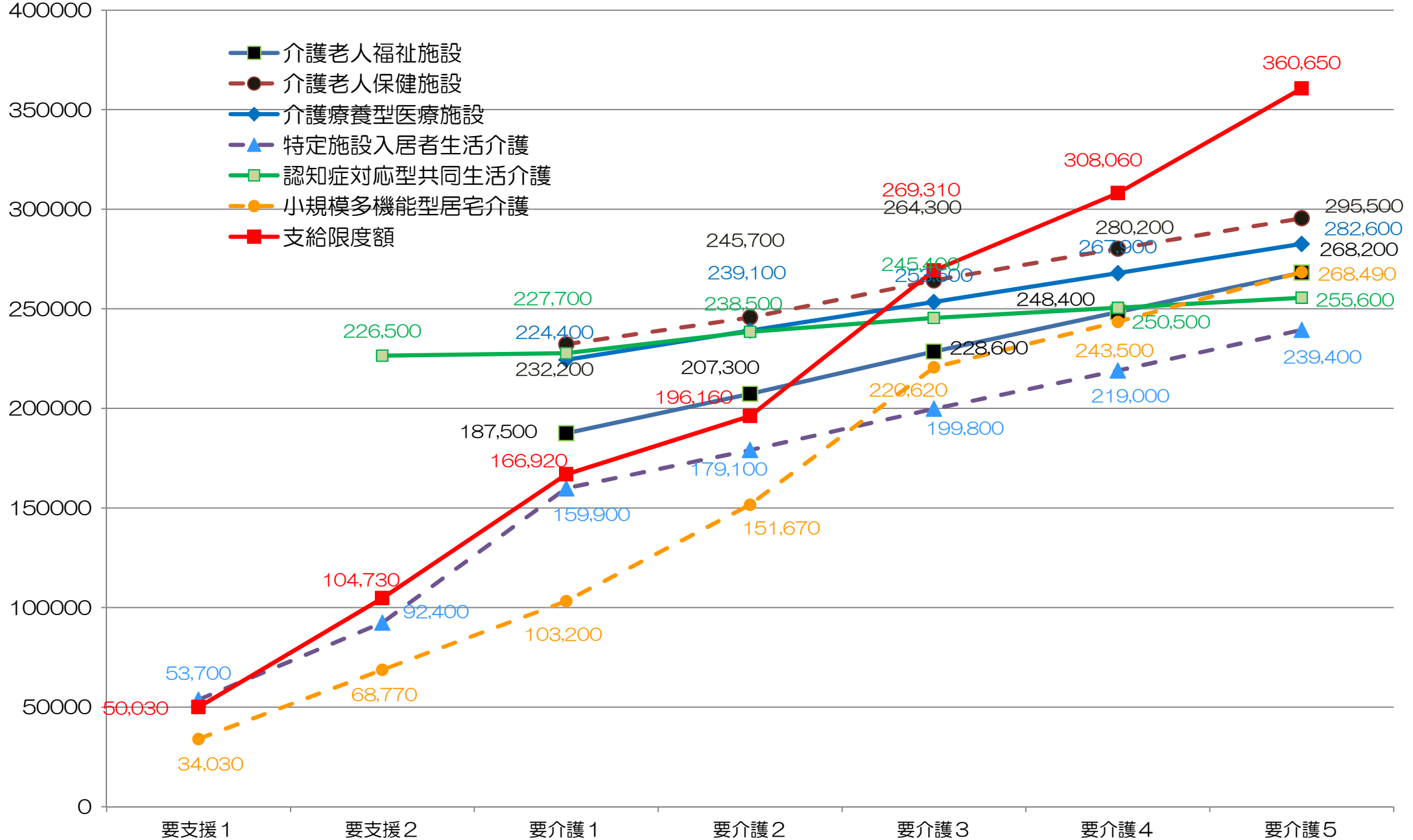
(単位：人・床)



※1:介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14～】(定員数ではなく利用者数)」による。
 ※2:介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
 ※3:認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4:養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～27は基本票の数値。
 ※5:有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。
 ※6:サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

介護サービス種別毎の介護報酬比較（1単位＝10円単価で換算）

単位：円（1月当たり） ※1日当たりで報酬が定められているものについては30日分で計算



○介護老人福祉施設は、ユニット型介護福祉施設サービス費（ユニット型個室）
 ○介護老人保健施設は、ユニット型介護保健施設サービス費（ユニット型個室・従来型）
 ○介護療養型医療施設は、ユニット型診療所型介護療養施設サービス費

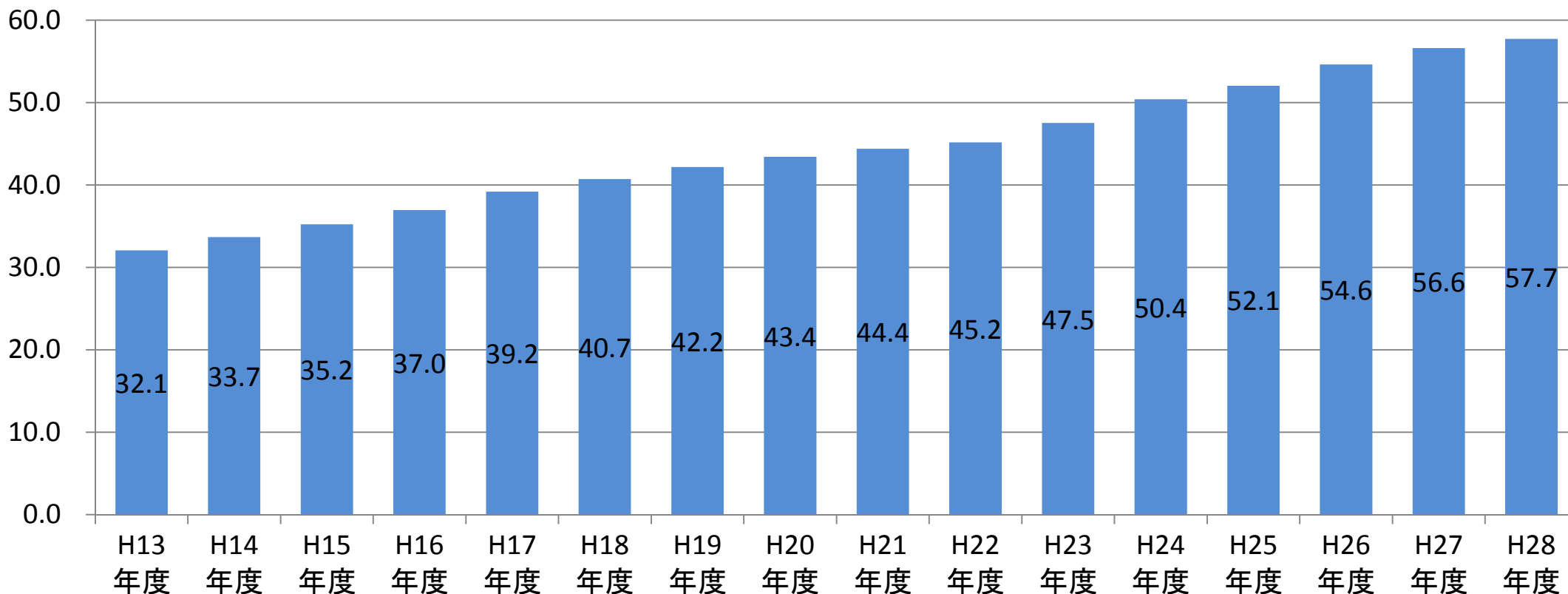
介護福祉施設サービスの利用者数

○ 平成29年3月末現在、介護福祉施設サービスの受給者数は57.7万人（平成13年度末の約1.8倍）で、介護サービス利用者全体の概ね7人に1人が利用している。

（参考）介護サービス受給者数 414万人（平成28年3月末現在 介護給付費等実態調査（厚生労働省））

利用者数

（単位：万人）



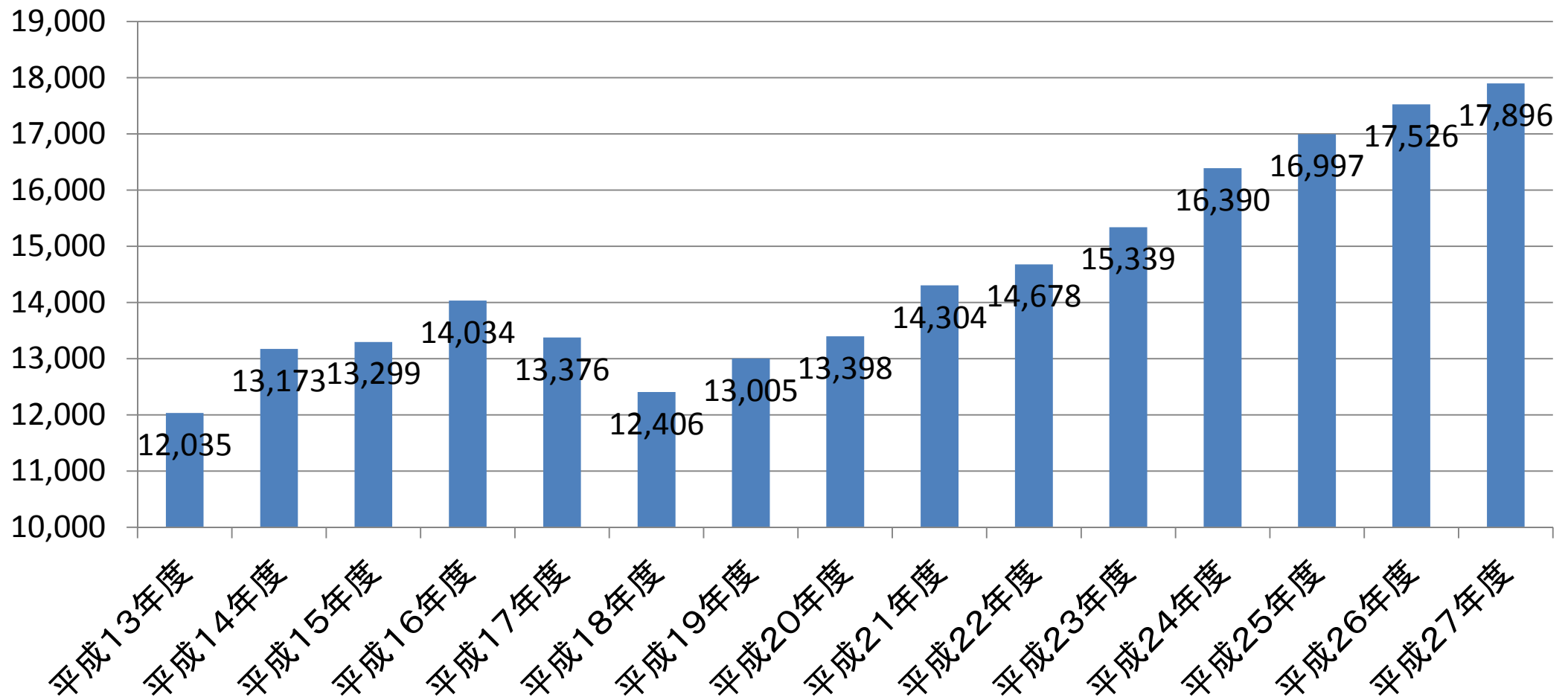
注1) 各年度の受給者数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分（4月審査分）の値としている（つまり、各年度末の値を記載している）。

注2) 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護を含む。

介護福祉施設サービスの費用額

○ 平成27年度（平成27年4月～平成28年3月）における介護老人福祉施設の費用額は約1.8兆円（平成13年度の約1.5倍）である。

（単位：億円）



注1) 各年度の費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査（4月サービス）分から翌年の4月審査（3月サービス）分までの合計である。

注2) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

注3) 平成17年度、18年度で費用額が下がっているのは、平成17年10月より食費・居住費が利用者負担とされたことによる。

特別養護老人ホームの重点化

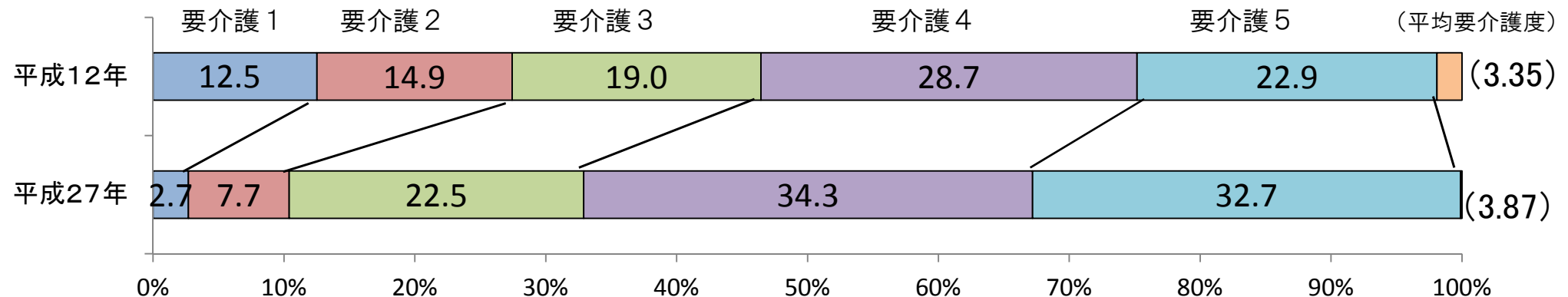
- 平成27年4月より、原則、特養への新規入所者を要介護3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。 【既入所者は継続して入所可能】
- 他方で、要介護1・2の方についても、やむを得ない事情により、居宅での生活が困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

【要介護1・2の特例的な入所が認められる要件（勘案事項）】

- 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態で、在宅生活が困難な状態。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態。

要介護度別の特養入所者の割合

≪ 施設数： 9,726施設 サービス受給者数： 57.7万人（平成29年4月審査分） ≫



出典：介護サービス施設・事業所調査

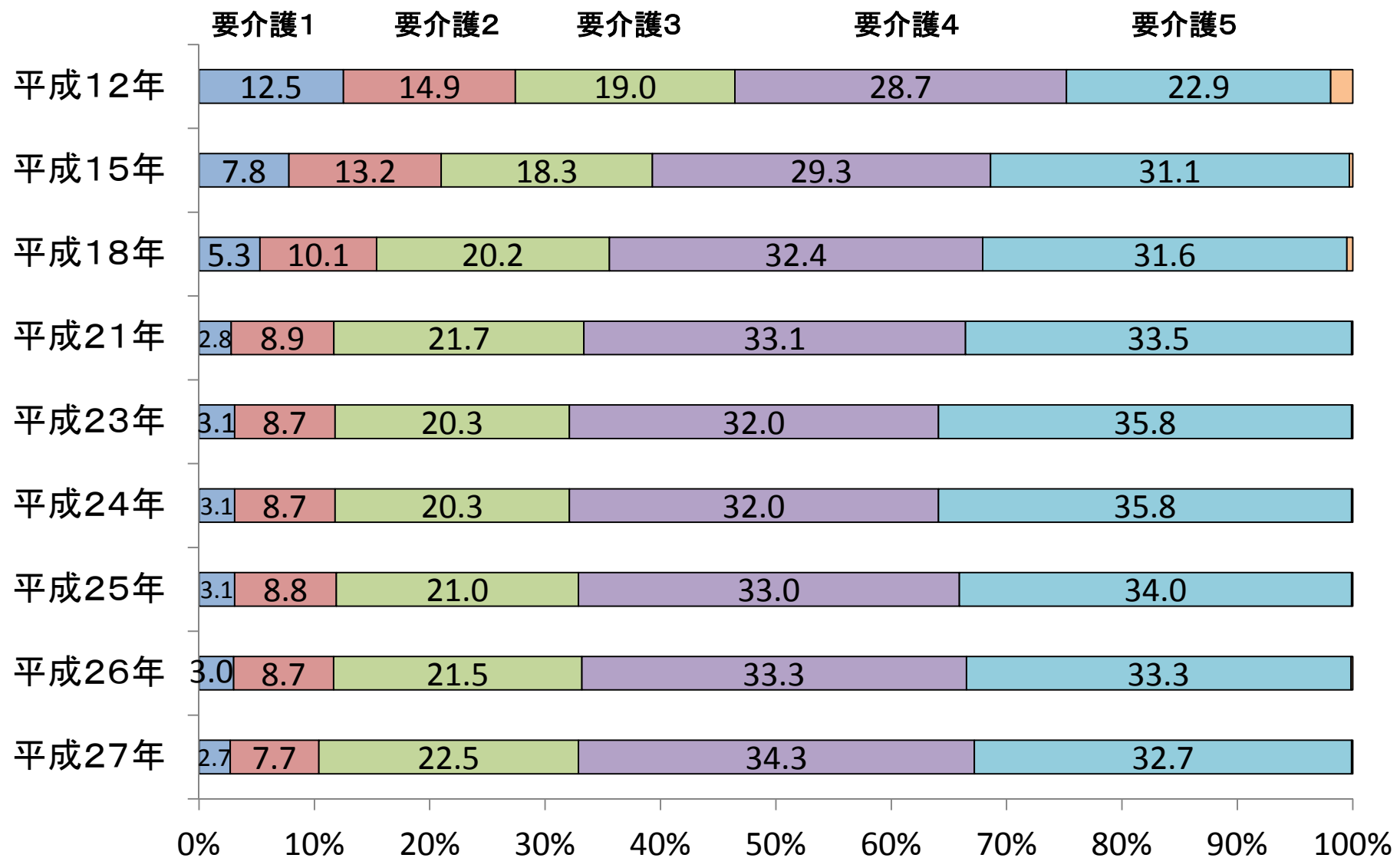
特養の入所申込者(要介護3～5)の状況：29.5万人(うち在宅の方：12.3万人)

注1 平成28年4月1日時点における特別養護老人ホームへの入所申込者について、重複申込等(複数の施設への申し込み、申し込み後の死亡等)を排除して集計するよう各都道府県に依頼したもの。ただし、一部の都道府県では、調査の時点や手法(対象が在宅のみ等)が異なっている。

注2 要介護1又は2で居宅での生活が困難なことについてやむを得ない事由があると認められる者については、新制度下での特例入所の対象となった。しかし、地方自治体によっては、調査時点では、特例入所対象者の数を把握できていない場合があることから、本調査では要介護1又は2は、必ずしも正確な数字となっていない。なお、この点に留意しつつ、こうした者の数を集計すると7.1万人となっている。

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。（平成29年3月集計）

介護老人福祉施設の要介護度別利用者割合の変遷



注) 地域密着型介護老人福祉施設を含む。

〔出典：介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日)〕

【特別養護老人ホーム】

- 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）については、入所者の重度化が進展しており、死亡退所も多いが、昨年4月より、新規入所者は原則要介護3以上の方となっていることもあり、この傾向はさらに進んでいくことが想定される。
- このため、施設内での医療ニーズや看取りに、より一層対応できるような仕組みについて、平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。
なお、この点に関して、配置医師の積極的な関わり方と報酬の在り方や、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による医療系サービスが外から入る仕組みも含めた検討が必要との意見があった。
一方、指揮系統の混乱や過剰な医療提供を回避するため、外部からの医療提供を認めるべきではないとの意見があった。
- また、特別養護老人ホームは「終の棲家」であり、在所期間も長期間となっている。このため、その運営に当たっては、入所者のプライバシーに配慮した上で、一人ひとりのニーズに即し、その有する能力及び心身の状況に応じたケアを実現する方策を検討することが適当である。
この点に関して、特養のユニット型個室又は多床室については、ニーズに応じて整備すべきとの意見があった。また、在宅復帰に対する支援を検討すべきとの意見もあった。
さらに、地域資源を無駄なく効率的に運営していく観点、地域医療介護総合確保推進法の国会附帯決議に基づき、軽度の要介護者に対しては、個々の事情を勘案し、必要に応じて特別養護老人ホームへの入所が認められるよう、適切に対応するよう徹底すべきという観点などから、要介護1・2の方の入居の取扱いについて検討すべきとの意見もあった。

特別養護老人ホーム及び居住系サービスの入所者の看取り期における医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスが提供するべき医療の範囲と、外部の医療機関等が提供するべき医療の範囲について

○ 内部に医療職がいる場合は不足する範囲で、内部に医療職がない場合は必要な範囲で、外部から医療を提供する必要があるが、施設の負担が重くならないよう医療機関との連携を強化しておくべき。特別養護老人ホームの配置医の役割は、現在、健康管理と療養上の指導だが、役割と処遇を明確にした上で、配置医が対応できない部分を外部の協力医療機関が対応する必要がある。

○ 老人保健施設と特別養護老人ホームは医療のあり方が違う。老人保健施設は包括化された報酬の中で医療も提供するため、高額薬剤を使用しにくい一方、特別養護老人ホームは使用できることもあり、そのあり方を今後どう考えていくかが問題。

○ 特別養護老人ホームで老衰による死亡について救急医療機関へ搬送することは、配置医と施設との関係に問題がある。

○ 最期は特別養護老人ホームで迎えたいと願っていても、施設の体制が整っていないために、希望に反し、病院に搬送することは問題。特別養護老人ホームで全く看取りをする意思がない所が1割強あるが、その要因分析をするべき。また、特別養護老人ホームにおいて嘱託医との連携、看取り体制を作ることについて、既に優秀な実践をしているところがあるためこれらを広め、どこでも看取りが行えるようにしていくことが必要。

特別養護老人ホーム及び居住系サービスの入所者の看取り期における医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスが提供するべき医療の範囲と、外部の医療機関等が提供するべき医療の範囲について

- 一部の特別養護老人ホームでは、看取りに関して入所者を医療機関に搬送すると資料にあるが、この調査は、看取りの人だけを対象としているものではなく、また、例えば夜間の転倒などの急変時も含めた数字であり、データとしていかなものか。
- 入所者一人一人のことについて、主治医や配置医と介護職が家族も含めて話を十分していく必要がある。
- 医師が常勤でいる老人保健施設は、その医師が看取りを行う場合にどのように家族、本人と話をしているか、リハ職、看護職、介護職とどのような体制で行っているかが重要。一方、特別養護老人ホームや在宅等においては、配置医やかかりつけ医がどのように本人や家族と話をしているかが重要。
- 特別養護老人ホームの配置医は、健康管理と療養上の指導だけではなく、看取りや急変の対応について本人や家族、職員と話をすることも求められてきているが、改めて配置医の役割や処遇を見直して、これから看取りが求められる時代にふさわしいあり方にしていく必要がある。
- 今後、介護療養病床が介護保険施設として、新たに介護医療院に変わっていくが、その機能もターミナル、看取り、居住の場が柱。介護保険施設でも特別養護老人ホーム、在宅復帰型ではない老人保健施設、そして介護医療院が全部似たような機能を持つと思われる。利用者の状態をもう明確化していくこと、機能をわかりやすくし、そのためにどういう体制が求められるかについて議論をする必要がある。

介護老人福祉施設の居室類型

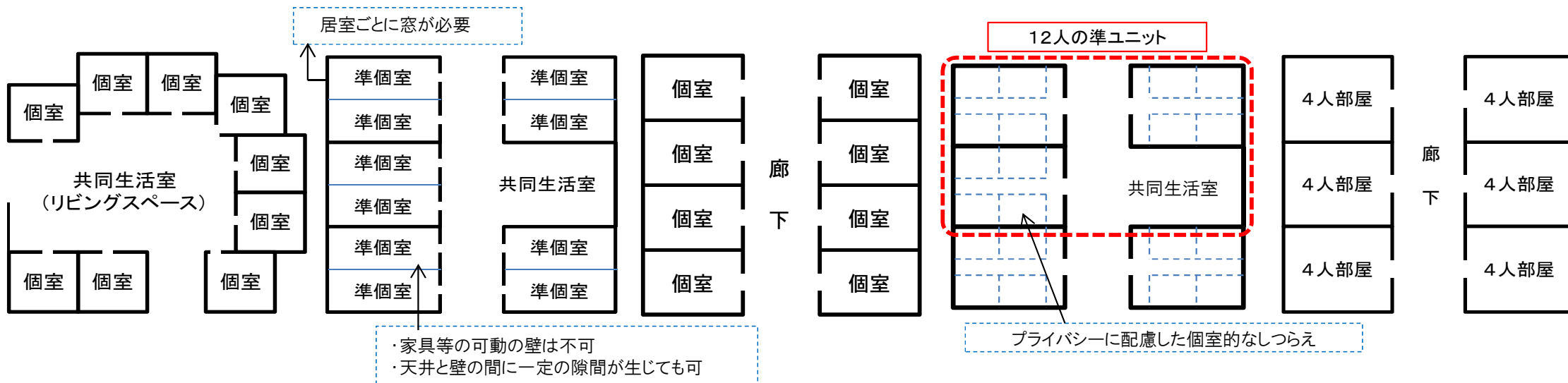
ユニット型個室

ユニット型準個室

従来型個室

多床室(準ユニットケア加算)

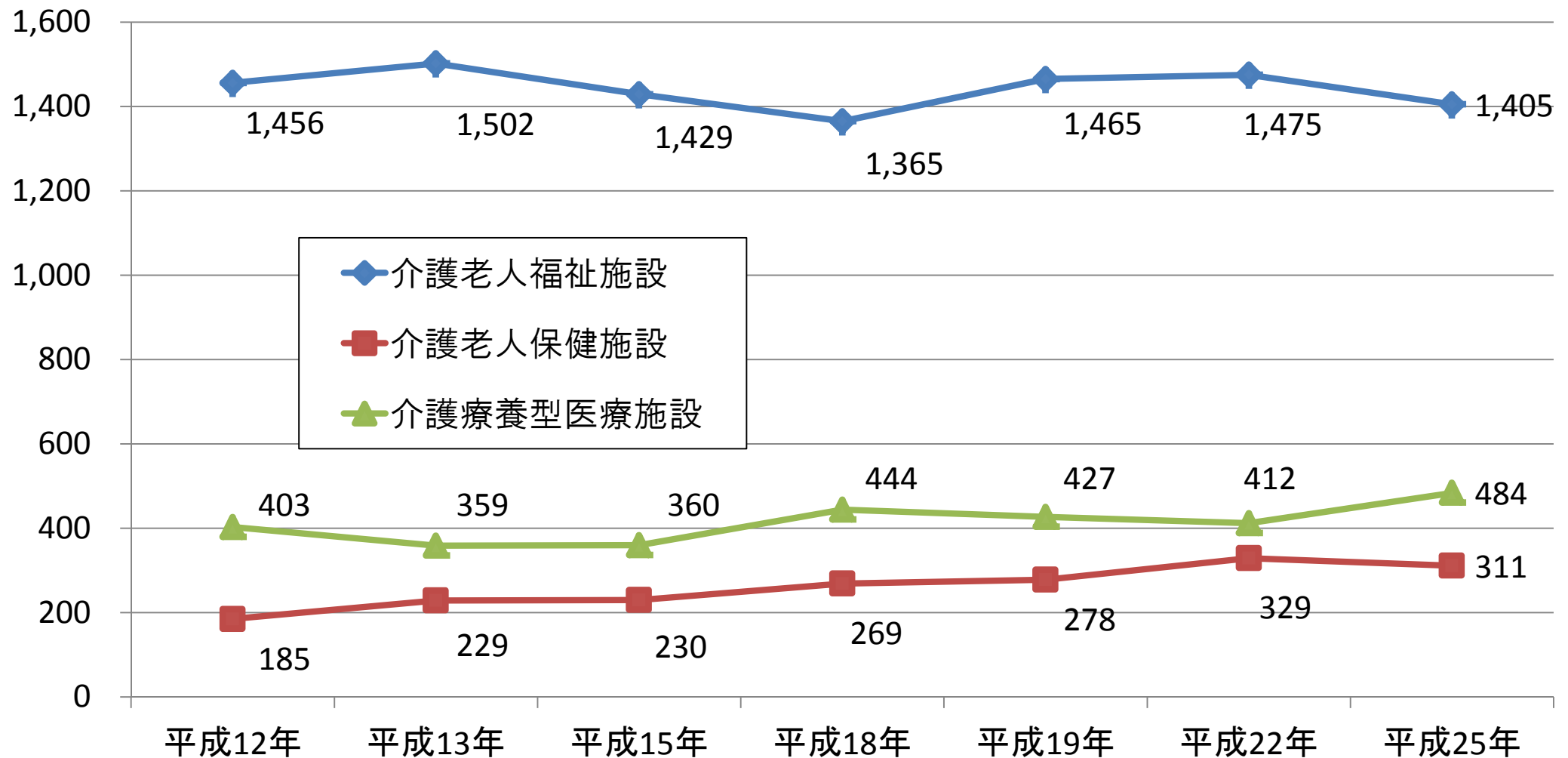
多床室



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

介護老人福祉施設の平均在所・在院日数

○ 介護老人福祉施設の入所者の平均在所期間は、約4年となっており、他の介護保険施設と比べて長くなっている。



注) 平均在所日数の調査が行われた年度を記載。
出典: 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

ユニットケアとは

個別ケアを実現するための手法

具体的には・・・

在宅に近い居住環境で、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿い、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行う。

その実現のためには

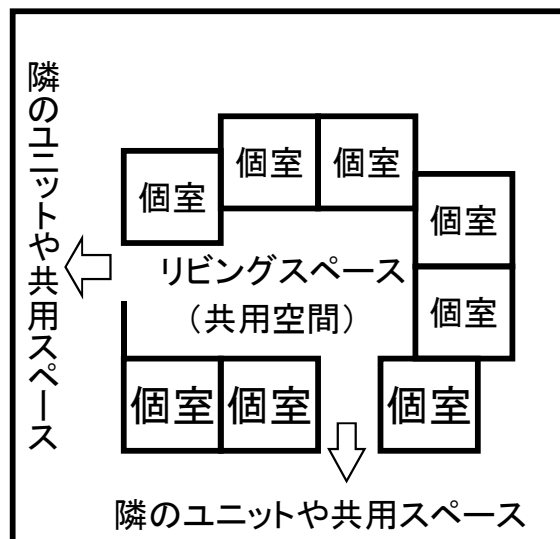
個性や生活のリズムを保つための個室と、ほかの利用者や地域との関係を築くためのリビングやパブリックスペース、などのハード

小グループごとに配置された職員による、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供、というソフト

ユニット型施設の例

ハードウェアとソフトウェア 双方で対応：

- 在宅に近い居住環境
(個室と共用空間)
- ユニットごとに職員を配置
(生活単位と介護単位の一一致)



認知症高齢者ケアにも有効

- 小規模な居住空間
- 家庭的な雰囲気
- なじみの人間関係

- 在宅に近い居住環境
- 入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿う
- 他人との人間関係を築く

「ユニット型」の介護老人福祉施設について

○「ユニット型介護老人福祉施設」については、ユニットケアを実践する上で不可欠である、①個室と共同生活空間といった「ハード面」での整備と、②ユニットごとの手厚い職員配置などにより介護を行うといった「ソフト面」での取組を実施している。

「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」のうち「ユニット型介護老人福祉施設」にのみ係るもの（例）

（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。

ロ（１）共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること。

（２）一の共同生活室の床面積は、二平方メートルに当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準とすること。

（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。

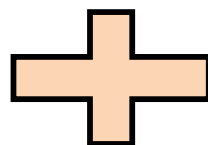
二 夜間及び深夜については、二ユニットごとに一人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。

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。

【ユニットケアとは】

- ・ 在宅に近い居住環境で、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿い、他人との馴染みの人間関係を築きながら、家庭的な雰囲気の中で日常生活を営めるように介護。
- ・ そのためには、ハードとソフトの両面が必要。

個性や生活のリズムを保つための個室と、ほかの利用者や地域との関係を築くためのリビングやパブリックスペースなどの**ハード**



ユニットごとに配置された職員による、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供、という**ソフト**

ユニット型個室の整備の方針について

○介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
(平成27年3月18日厚労告70号)

都道府県は、平成37年度の地域密着型介護老人福祉施設及び介護保険施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員(略)の合計数が占める割合については、50%以上(そのうち地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合については、70%以上)とすることを目標として定めるよう努めるものとする。

＜介護老人福祉施設の個室ユニット化率(定員数)の推移＞

平成18年	14.8%
平成20年	21.2%
平成22年	25.4%
平成24年	32.3%
平成26年	37.3%
<u>平成27年</u>	<u>40.5%</u>

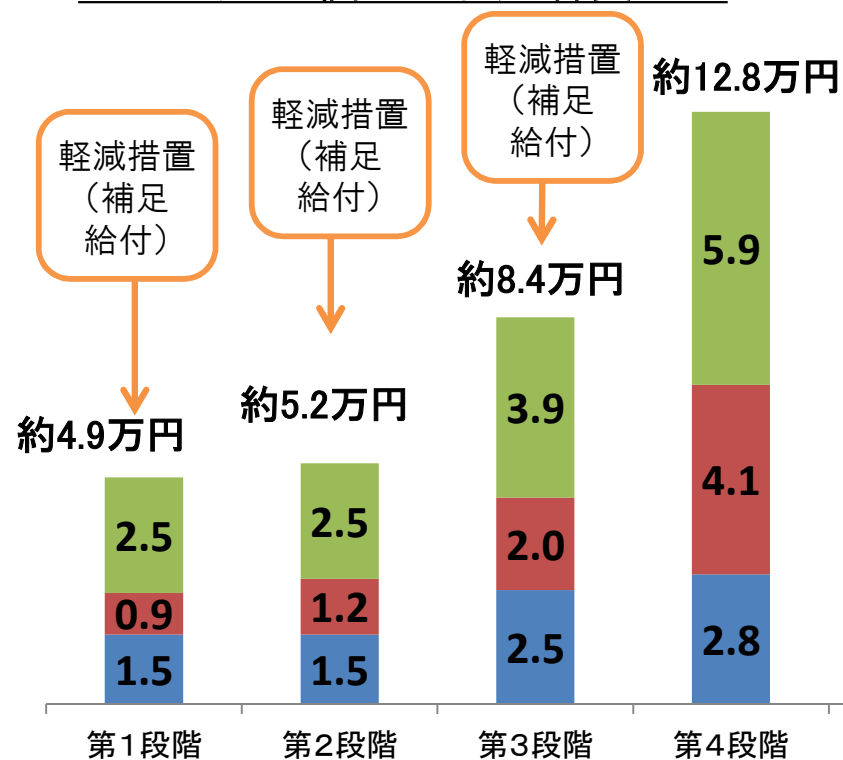
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

※ なお、居室については、基準上、個室が原則となっているが、「参酌すべき基準」となっており、地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、条例において異なる内容を定めることができる。

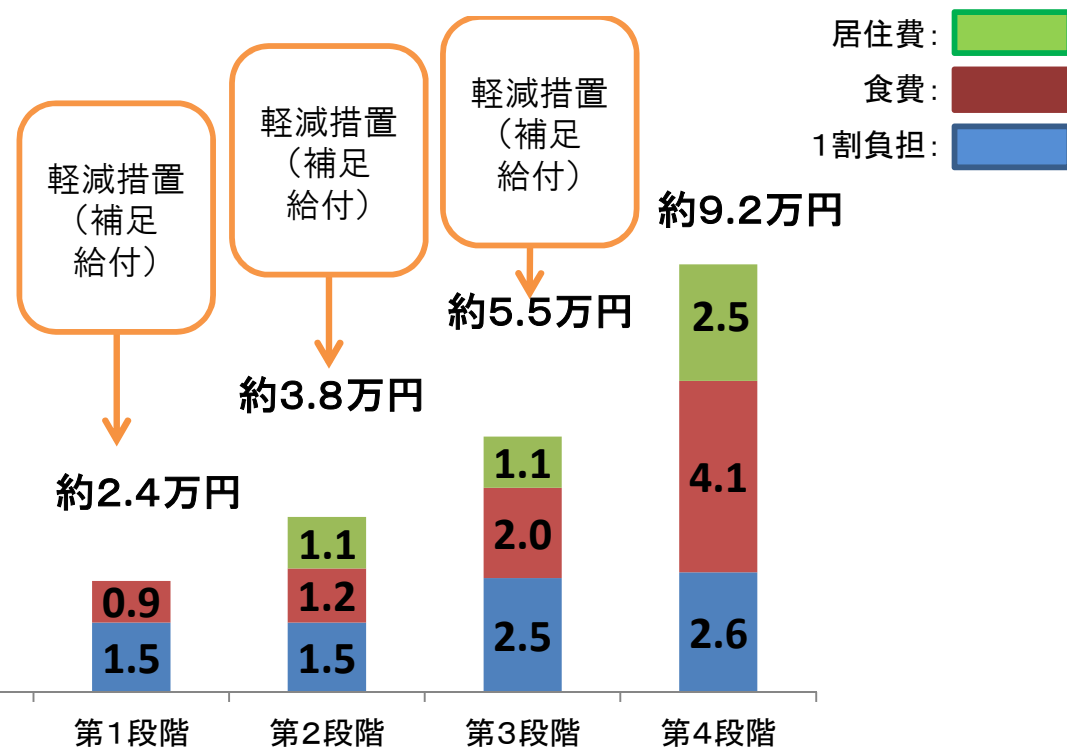
介護老人福祉施設の自己負担（ユニット型・多床室）

- 居住に要する費用については、室料及び光熱水費が利用者負担となっている。
- 一方で、低所得者対策として、介護報酬の対象外となった食費・居住費の平均的な費用額（基準費用額）から、所得に応じた負担限度額を控除した額を支給する制度として、補足給付がある。
- 自己負担限度額は、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じて設定。また、入所者の年金給付との関係を含めた所得状況を勘案して設定。

＜ユニット型個室の利用者負担＞



＜多床室の利用者負担＞



（注）
 ・グラフの値は、一月当たりの数値で、一月30日として計算。
 ・グラフの値の単位は万円で、少数点第2以下は四捨五入。
 （そのため、合計額の値は、必ずしも、居住費・食費・1割負担の額を足し合わせたものと一致しない。）
 ・補足給付の額は、変化のある分のみを特記。
 ・第4段階の食費・居住費は、基準費用額の値を記載。
 ・1割負担の額について、基本報酬に処遇改善加算を加えた額が基準。

第1段階：生活保護受給者、市町村民税世帯非課税で高齢福祉年金受給者等
 第2段階：市町村民税世帯非課税、本人の年金収入等80万円以下
 第3段階：市町村民税世帯非課税、本人の年金収入等80万円超
 第4段階：市町村民税世帯課税（例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超）

※平成27年8月より、入所者が世帯非課税であっても、①配偶者が課税されている場合、②単身で1000万円超、夫婦で2000万円超の預貯金を保有している場合には、補足給付の対象外（第4段階）となっている。

基準費用額・負担限度額（居住費）について

基準費用額

単位：円

	ユニット型 個室	ユニット型 準個室	従来型個室 （特養等）	従来型個室 （老健・療養等）	多床室 （特養等）	多床室 （老健・療養等）
利用者負担 第1～第3段階	1,970	1,640	1,150	1,640	840	370

負担限度額

単位：円

	ユニット型 個室	ユニット型 準個室	従来型個室 （特養等）	従来型個室 （老健・療養等）	多床室 （特養等）	多床室 （老健・療養等）
利用者負担 第3段階	1,310	1,310	820	1,310	370	370
利用者負担 2段階	820	490	420	490	370	370
利用者負担 第1段階	820	490	320	490	0	0

準ユニットケア加算について

算定要件

○施設基準

- ・ 12人を標準とする準ユニットにおいてケアを行っていること。
- ・ プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえを整備し、準ユニットごとに利用できる共同生活室を設けていること。

※「プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」とは、可動でないものを隔てることまでを要するものではないが、視線が遮断されることを前提とする。建具による仕切りは認めるが、家具やカーテンによる仕切りでは不可とする。また、天井から隙間が空いていることは認める。

※1人当たりの面積基準については、4人部屋に中廊下を設けて居室を仕切るなど様々な工夫が考えられることから、仕切られた空間についての1人当たり面積基準は設けず、多床室全体として1人当たりの面積基準を満たしていれば足りることとする。

○人員配置

- ・ 日中については、準ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
- ・ 夜間及び深夜において、2準ユニットごとに1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。
- ・ 準ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

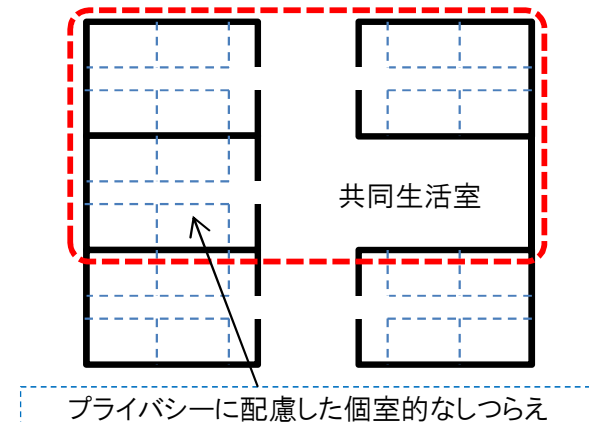
単位数

1人につき5単位／日

居室環境	プライバシーに配慮した個室的なしつらえ + 共同生活室
人員配置 (介護職員及び看護職員)	3 : 1 ※準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置
介護報酬（要介護5）	814単位/日 + 準ユニットケア加算：5単位/日
補足給付（第2段階）	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）	3. 8万円/月

多床室（準ユニットケア加算）

12人の準ユニット



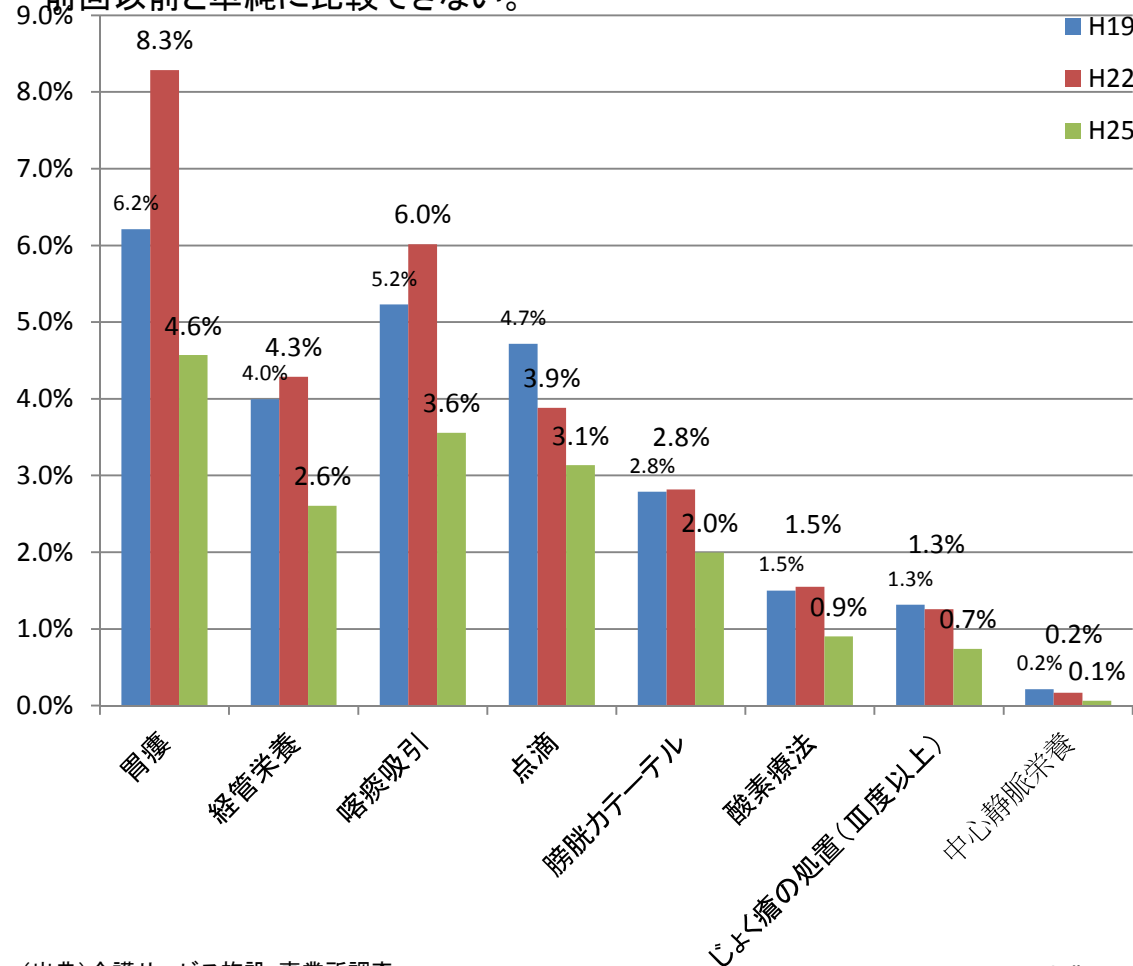
介護老人福祉施設入所者の医療ニーズ等

- 介護老人福祉施設の入所者の受けている医療処置は、胃ろう、経管栄養、喀痰吸引、点滴が多い。
- 介護老人福祉施設の入所者の半数近くが「脳血管疾患」を有している。

● 医療処置の実施状況

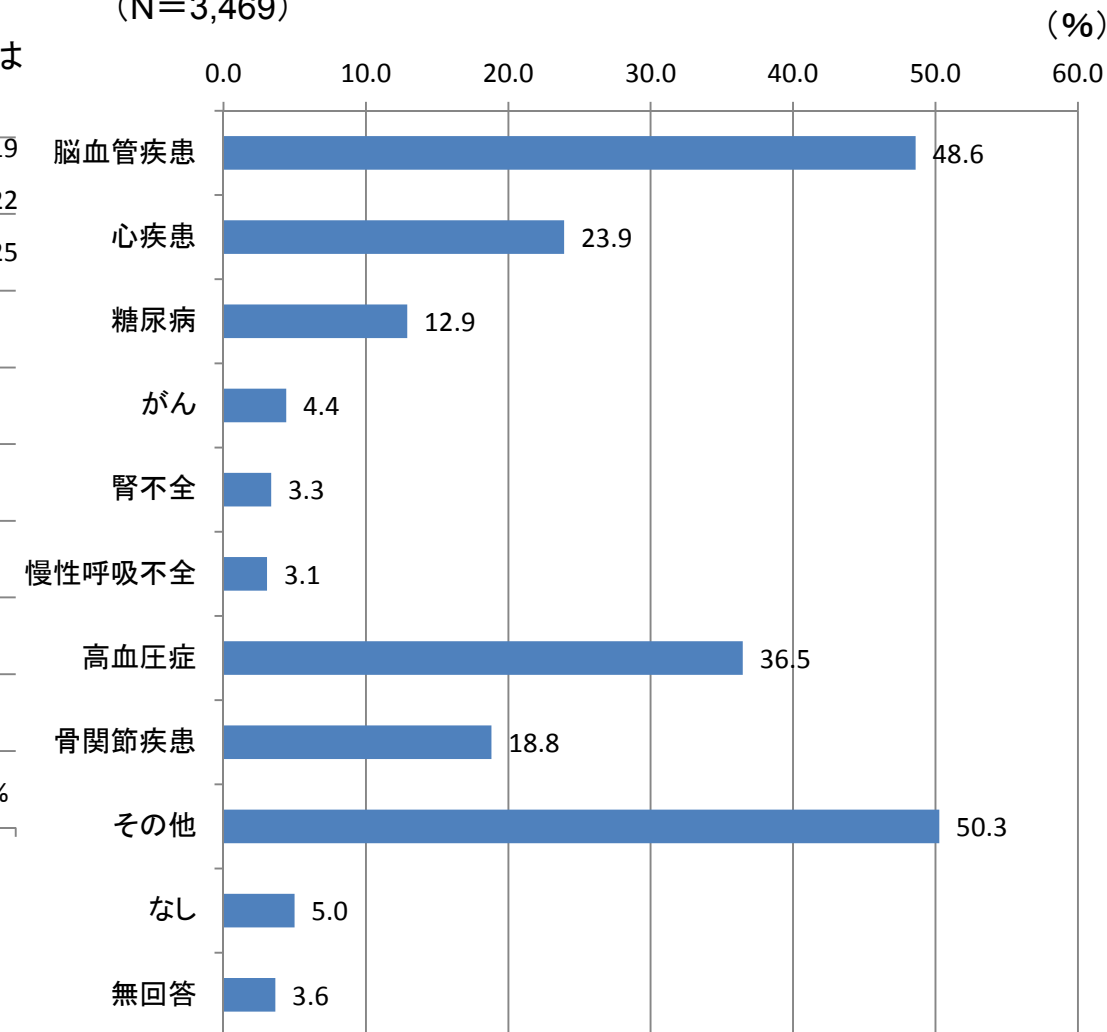
(※)各年9月中における処置の状況。

調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けているため、実施者数は
前回以前と単純に比較できない。



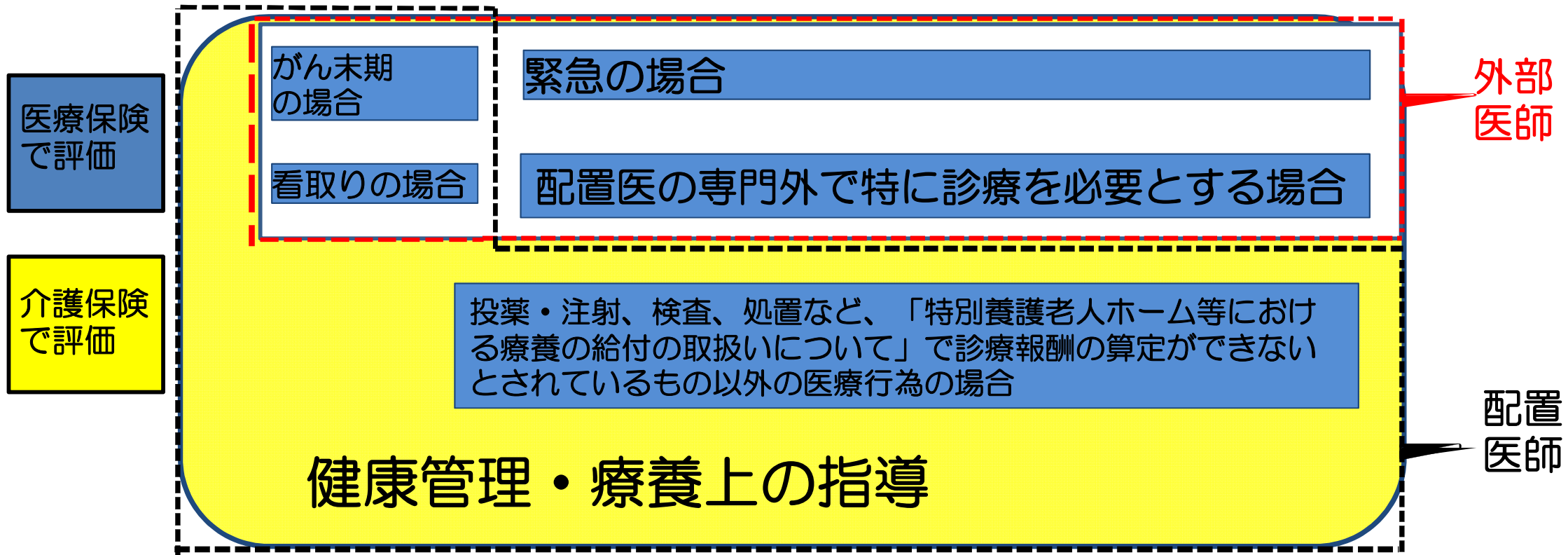
● 入所者の有している疾患

(N=3,469)



介護老人福祉施設（特養）における介護保険と医療保険との調整（イメージ）

- 介護老人福祉施設(特養)は、入所者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、配置医師の医療行為は、介護保険と医療保険とで調整の上、評価されている。
- 外部医師(配置医師以外の医師)については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発0331002号)において、i)緊急の場合、ii)配置医師の専門外の傷病の場合のほか、iii)末期の悪性腫瘍の看取りや、iv)在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合には入所者を診ることができるとされている。



※1: 特養の配置医師の健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されているため、初診・再診料や往診料、一部の管理料・指導料等については、診療報酬の算定はできない。

※2: 例えば、特養の入所者(患者)については原則として「在宅患者訪問診療料」の算定の対象とはならないが、①その入所者(患者)が末期の悪性腫瘍である場合、②その入所者を特別養護老人ホームにおいて看取った場合は算定可能。なお、看取った場合の「在宅患者訪問診療料」の算定については、在宅療養支援診療所(病院)又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により死亡日から遡って30日間に行われたものに限られている。

(参考) 特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて

○ 介護老人福祉施設の入所者(患者)に対する医療行為の評価については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発0331002号)で規定されている。

①：初診料・再診料・往診料について (配置医師の場合)

- 保険医が、特別養護老人ホームに配置されている医師である場合、施設に入所している患者に対して行った診療については、介護報酬において評価されているため、算定できない。

②：①以外で、配置医師の「健康管理」の一環として介護報酬で評価されていると考えられるもの (配置医師の場合)

- 保険医が、特別養護老人ホームの配置医師に該当する場合は、施設に入所している患者に対する一部の診療は介護報酬で評価されているため、管理料・指導料等の診療報酬を算定できない。

【診療報酬の算定ができない例】

退院前訪問指導料、特定疾患療養管理料、地域包括診療料、生活習慣病管理料などの管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料・在宅成分栄養経管栄養法指導管理料・在宅自己導尿指導管理料・在宅血液透析指導管理料・在宅人工呼吸指導管理料・在宅悪性腫瘍患者指導管理料・在宅寝たきり患者処置指導管理料・在宅肺高血圧症患者指導管理料などの指導管理料

③：配置医師以外の医師に係る一般原則

- 保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない。

④：施設サービスにより提供され、介護報酬で評価されていると考えられるもの (配置医師・配置医師以外の医師に共通)

- 特別養護老人ホームに入所している患者については、入所者がガン末期である場合や看取りを実施した場合には算定できる。

【例外が設けられている例】

・在宅患者訪問診療料、特定施設入居時等医学総合管理料

※当該患者が末期の悪性腫瘍である場合、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において看取った場合(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。)は算定可能

・在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、訪問看護指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費(24時間対応体制加算、24時間連絡体制加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算を含む。)

※末期の悪性腫瘍であるものは算定可能

⑤：施設職員について

- 特別養護老人ホーム等の職員(看護師、理学療法士等)が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。

特別養護老人ホームの職員配置等

- 1施設あたりの常勤換算の平均職数は、医師0.2人、看護職員3.8人、介護職員29.6人である。
- 常勤の医師がいる施設は1.1%、非常勤医師がいる施設は95.3%である。
- 非常勤の配置医の平均的な1週間の勤務時間は、平均3.6時間で「4時間以下」の施設が71.7%である。
- 配置医の定期診療の回数(平均的な回数)について、日中は「1回／週」が4割強と最も多く、夜間および休日は「0回」がそれぞれ9割超だった。
- 緊急対応の回数は、日中は平均1.5回／月、夜間は0.4回／月、休日は0.2回／月であった。

職員について

1施設・事業所当たり常勤換算従事者数

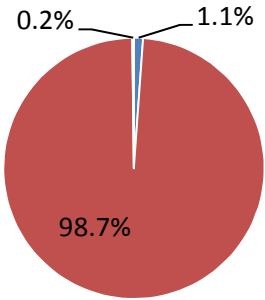
(単位:人) 平成27年10月1日現在

	介護老人福祉施設		
	総 数	常 勤	非常勤
医師	0.2	0.0	0.2
看護師	2.1	1.7	0.4
准看護師	1.7	1.4	0.3
機能訓練指導員	0.7	0.7	0.1
介護職員(訪問介護員)	29.6	25.8	3.8

介護サービス施設・事業所調査

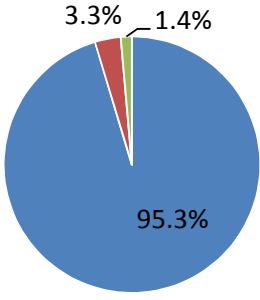
医師について

常勤の配置医の有無(n=1,502)



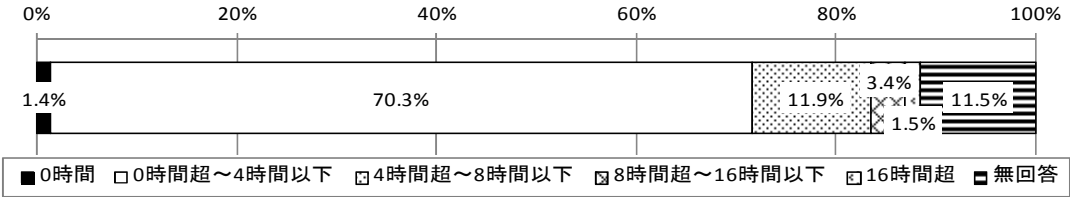
■ いる ■ いない ■ 無回答

非常勤の配置医の有無(n=1,502)



■ いる ■ いない ■ 無回答

非常勤の配置医の平均的な1週間における勤務時間(n=1,432)



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

配置医の定期診療の回数(平均的な回数)(週あたり)

	件 数	0回	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回以上	無回答	平均(回)	最大値(回)	最小値(回)
日中	207	-	87	69	19	12	4	2	-	1	-	1	12	1.97	15	1
	100%	-	42.0%	33.3%	9.2%	5.8%	1.9%	1.0%	-	0.5%	-	0.5%	5.8%			
夜間	207	191	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	12	0.06	8	0
	100%	92.3%	1.4%	-	-	-	-	-	-	0.5%	-	-	5.8%			
休日	207	193	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	0.01	1	0
	100%	93.2%	1.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.8%			

配置医の緊急対応の回数(平成28年12月実績)(月あたり)

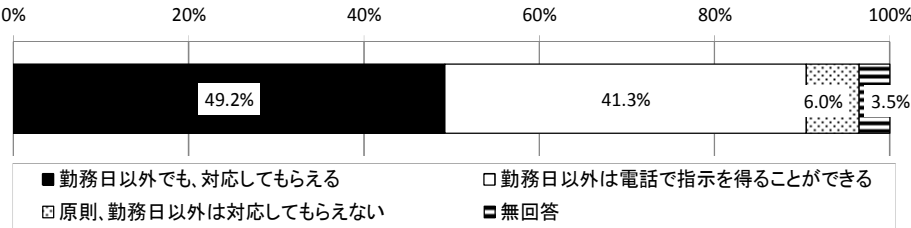
	件 数	0回	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回以上	無回答	平均(回)	最大値(回)	最小値(回)
日中	207	83	22	14	4	4	8	4	2	1	-	4	61	1.53	22	0
	100%	40.1%	10.6%	6.8%	1.9%	1.9%	3.9%	1.9%	1.0%	0.5%	-	1.9%	29.5%			
夜間	207	107	21	8	1	1	-	-	-	-	-	1	68	0.39	10	0
	100%	51.7%	10.1%	3.9%	0.5%	0.5%	-	-	-	-	-	0.5%	32.9%			
休日	207	124	8	5	-	-	1	-	-	-	1	-	68	0.23	9	0
	100%	59.9%	3.9%	2.4%	-	-	0.5%	-	-	-	0.5%	-	32.9%			

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

医師の診療等について

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

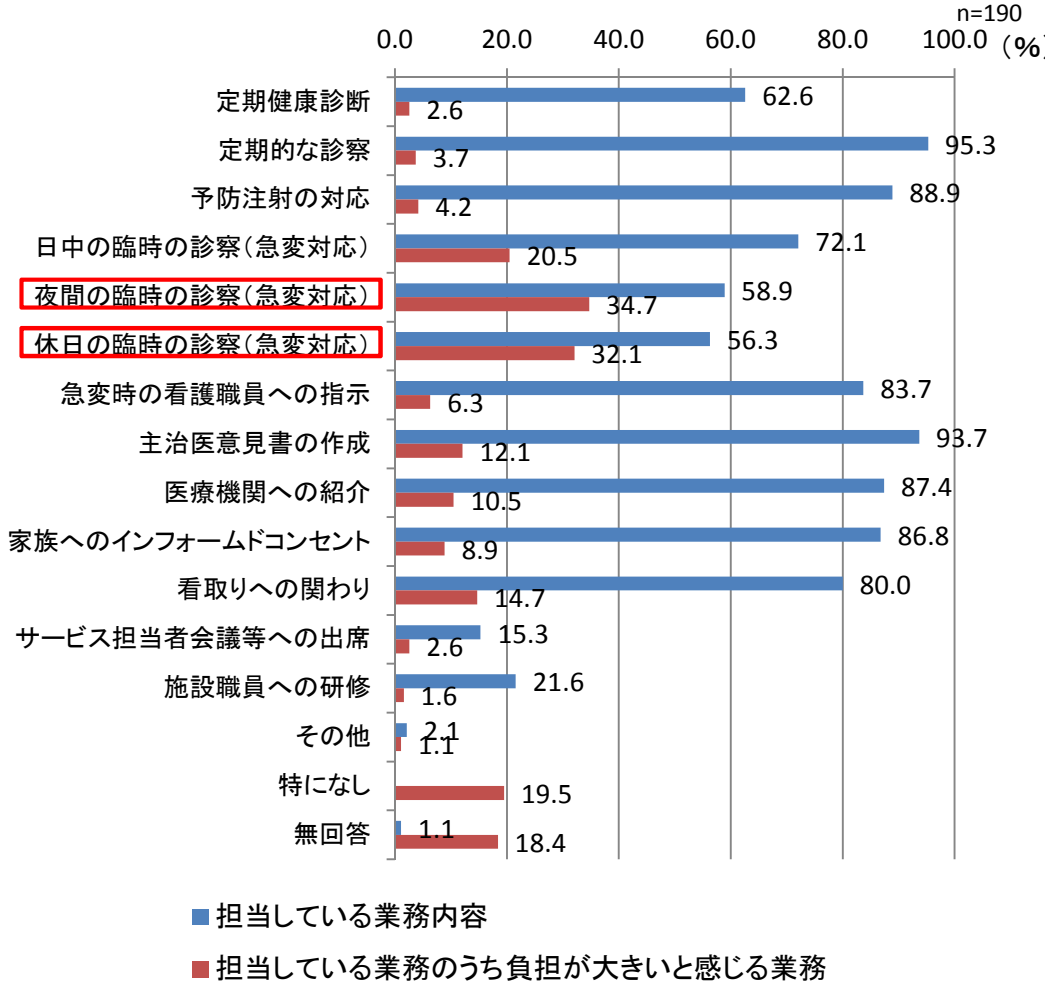
非常勤配置医による勤務日以外の対応 (n=1,432)



配置医の勤務日以外における対応別 施設の看取りの方針

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

配置医が担当している業務と担当している業務と負担の重い業務



医師の診療等について

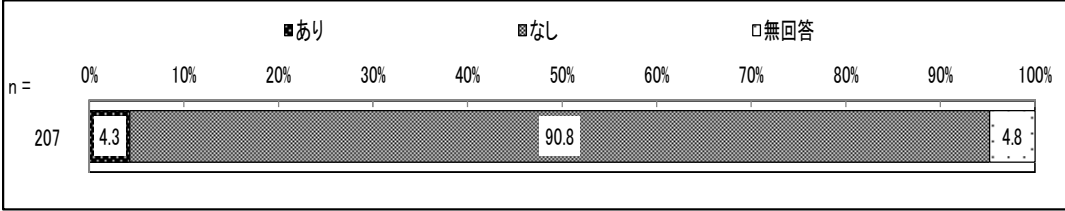
- 配置医以外へ訪問診療や往診を依頼できる施設は少ない。
- 在宅療養支援診療所・病院との連携の有無と施設内での看取りの方針に差はみられなかった。
- 配置医が対応困難時に代わりに施設に訪問可能な医師の所属は「いない」が41.6% 配置医以外が31.6%、他の配置医17.9%であった。

在宅療養支援診療所・病院との連携体制の有無別 施設の看取りの方針

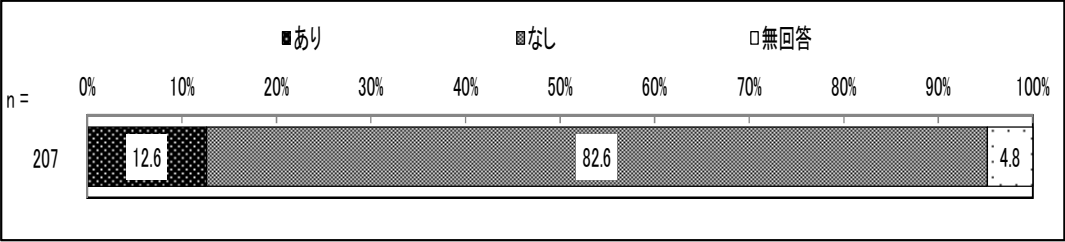
	合計	希望があれば、施設内で看取る	原則、病院等に移す	原則、自宅に帰す	その他	無回答
全体	1,502 100.0%	1,171 78.0%	245 16.3%	1 0.1%	30 2.0%	55 3.7%
有	348 100.0%	268 77.0%	59 17.0%	0 0.0%	4 1.1%	17 4.9%
無	1010 100.0%	792 78.4%	165 16.3%	1 0.1%	24 2.4%	28 2.8%

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

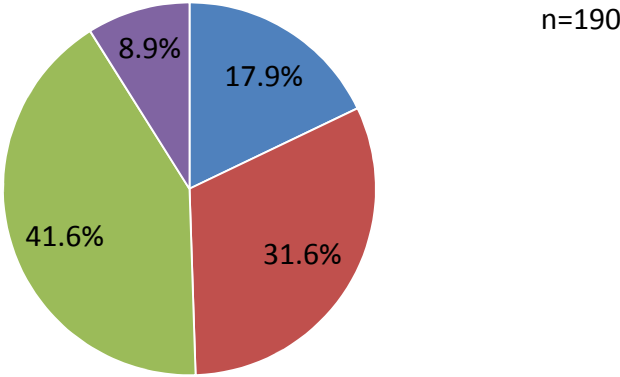
訪問診療を依頼可能な医師の有無 (n=207)



往診を依頼可能な医師の有無 (n=207)



対応困難時に代わりに施設に訪問可能な医師の所属



■ 他の配置医 ■ 配置医以外 ■ 連携可能な医師はいない ■ 無回答

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

医師の診療等について

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

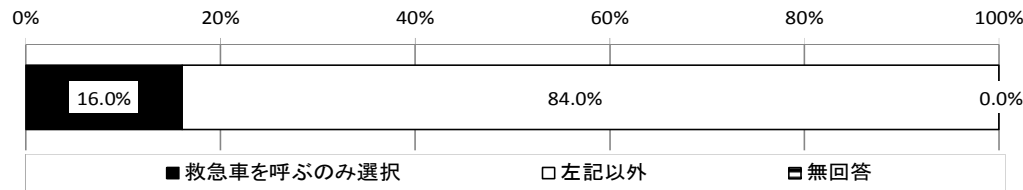
入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法（複数回答）（n=1,502）

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

施設の看取りの方針別 入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法

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

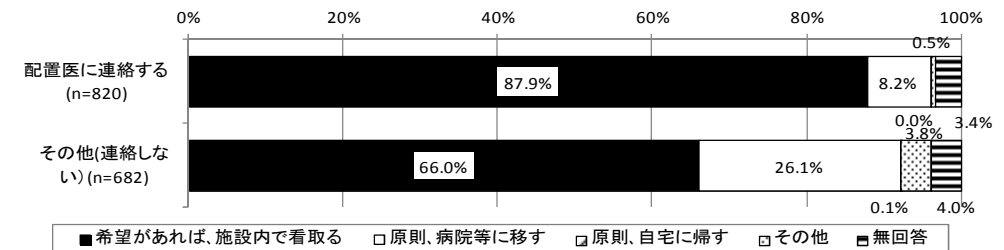
入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法（n=1,502）



非常勤の配置医の勤務日以外の対応別 入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法

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

入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法別 施設の看取りの方針

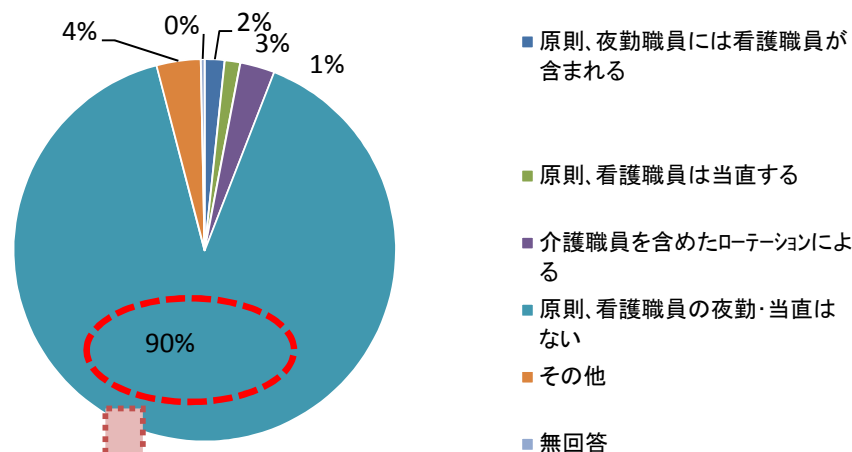


看護職員について

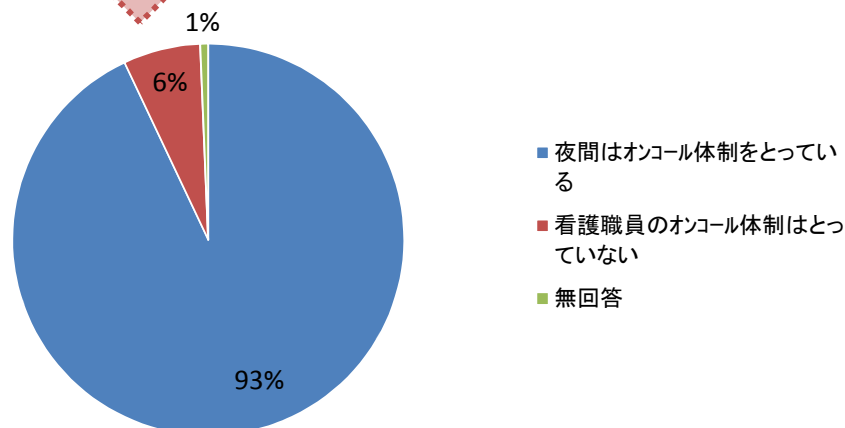
- 看護職員の夜勤・当直がない施設が90.0%あり、このうち、「夜間はオンコール体制をとっている」が93.0%であった。
- 夜勤職員配置加算は71.3%、看護職員配置加算（Ⅰ）は75.5%（Ⅱ）は50.9%算定されているが、29人以下の小規模施設では算定割合が低い。

看護職員について

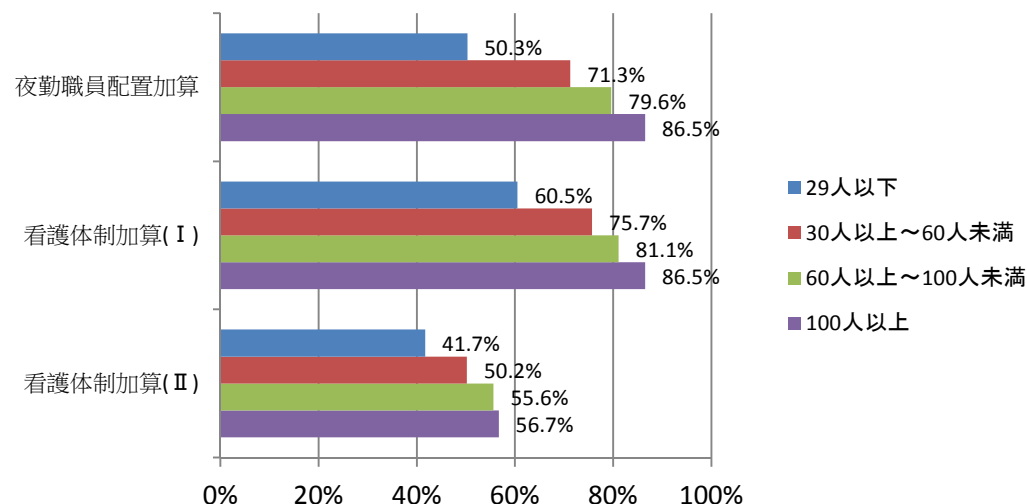
看護職員の基本的な夜勤体制 (n=1,502)



夜勤・当直がない場合のオンコール体制 (n=1,352)

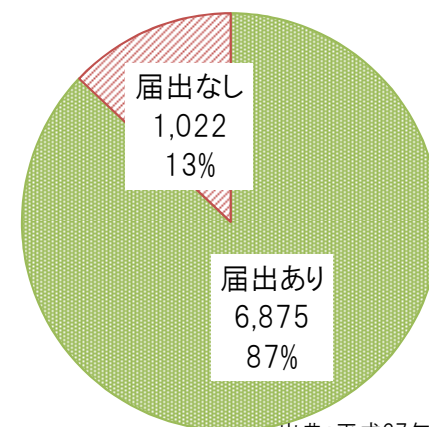


入所定員別 看護配置に関する加算の算定状況 (n=1,502)



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

（参考）訪問看護ステーションの緊急時訪問看護加算の届出の有無（事業所数）

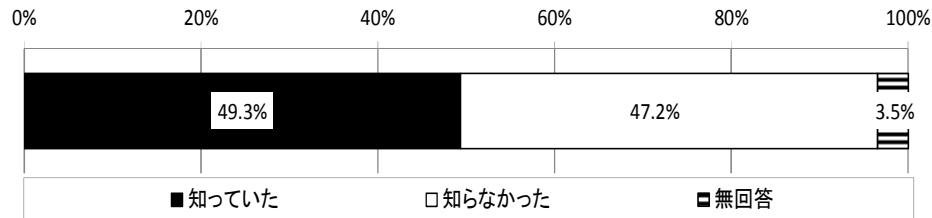


出典：平成27年介護サービス施設・事業所調査 31

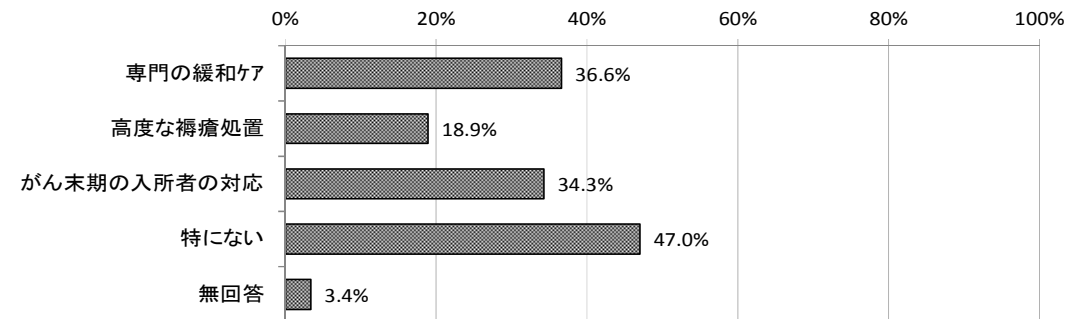
訪問看護との連携状況

- 特養の入所者は、がん末期等の場合に限り、医療保険での訪問看護の利用が可能であるが、約半数の施設はそのことを知らず、訪問看護ステーションが対応することが「有」の施設が1.7%、「無」が97.1%であった。
- 特養が訪問看護ステーションと連携することにより、入所者の対応等で充実を図ることができると思う医療処置は「専門の緩和ケア」が36.6%、「がん末期の入所者の対応」が34.3%であった。「特にない」が47.0%であり、その理由は「自施設で対応が可能」が70.1%であった。

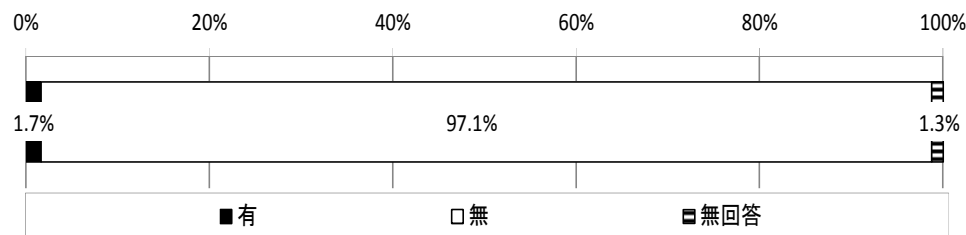
訪問看護ステーションの利用可能性についての認知状況 (n=1,502)



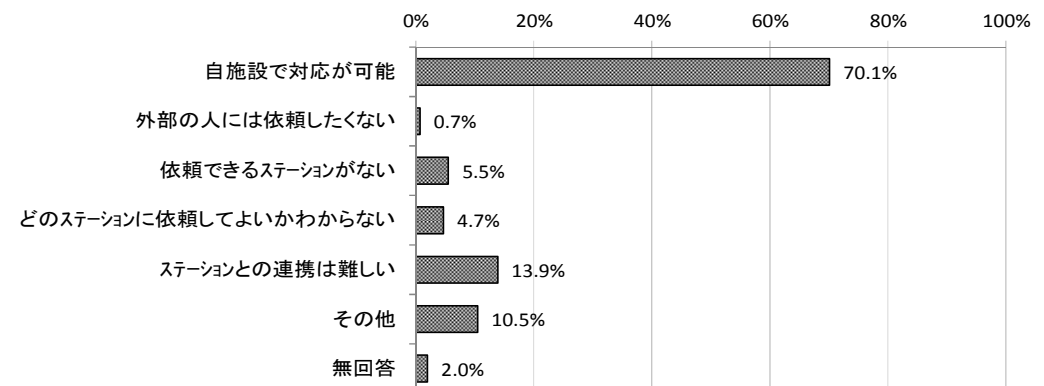
訪問看護ステーションとの連携により対応の充実を図ることができると思う医療処置 (複数回答) (n=1,502)



訪問看護ステーションの看護職員による入所者の対応の有無 (n=1,502)



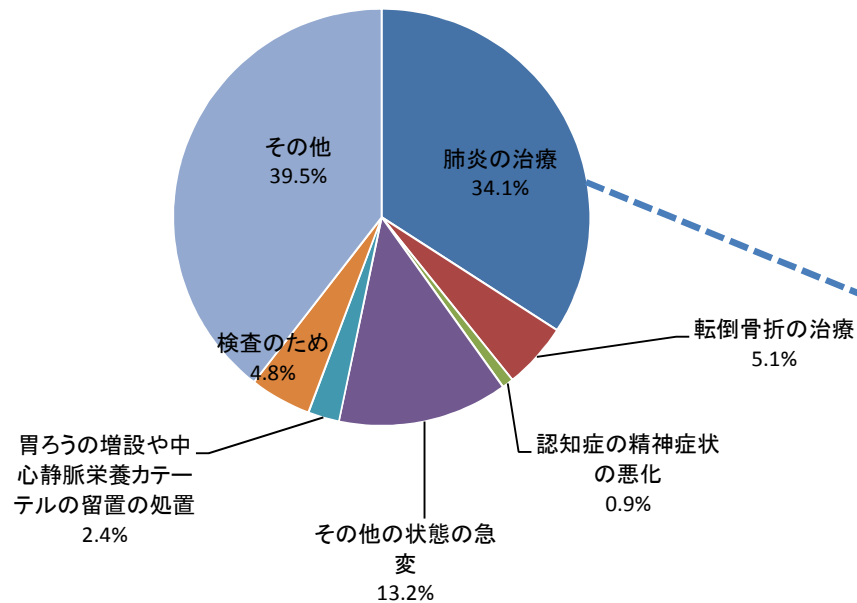
(訪問看護ステーションとの連携により対応の充実を図ることができると思う医療処置が特にない場合)理由 (複数回答) (n=706)



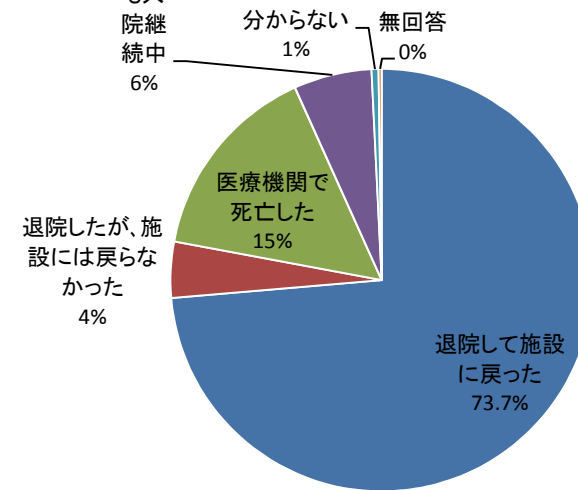
医療機関への入院理由と退院後の状況

- 特養から医療機関に入院し、退院した直後の状態は、施設に戻った者が、73.7%であった。
- 退院後の状況については、「退院して施設に戻った」が73.7%、「医療機関で死亡した」が15.0%であった。
- 特養から医療機関に入院した入居者の入院理由については、「肺炎の治療」が34.1%で最も多かった。

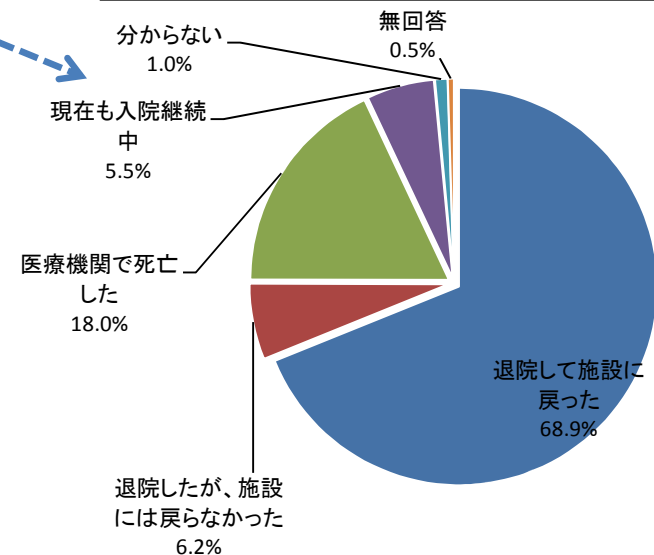
特養から医療機関に入院した入居者の入院理由 (n=1,678)



退院直後の状況 (n=1678)



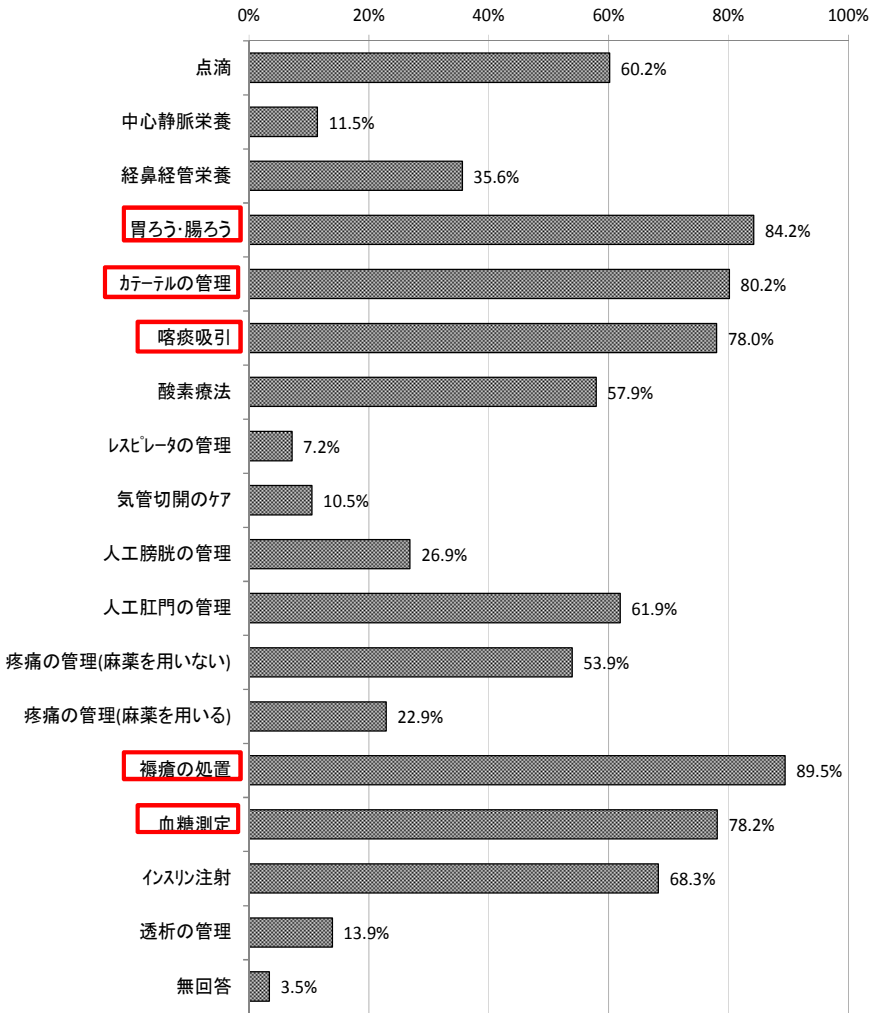
肺炎治療で入院した入居者の退院後の状況 (n=601)



医療ニーズへの対応

- 施設内で対応可能な処置は、「褥瘡の処置」「胃ろう・腸ろう」「カテーテルの管理」「血糖測定」「喀痰吸引」が多く、看護職員と認定を受けた介護職員により、夜間・休日を通じたんの吸引ができる体制にある施設は41.1%であり、入所定員が「29人以下」の施設では26.2%であった。
- 入所定員100人あたりの看護職員数(常勤換算)＋認定特定行為実施介護職員数が多い施設では、たんの吸引や経管栄養に対応している割合が高い。

施設内で対応可能な処置(複数回答)(n=1,502)



入所定員別 夜間・休日を通じたんの吸引が実施できる体制か

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

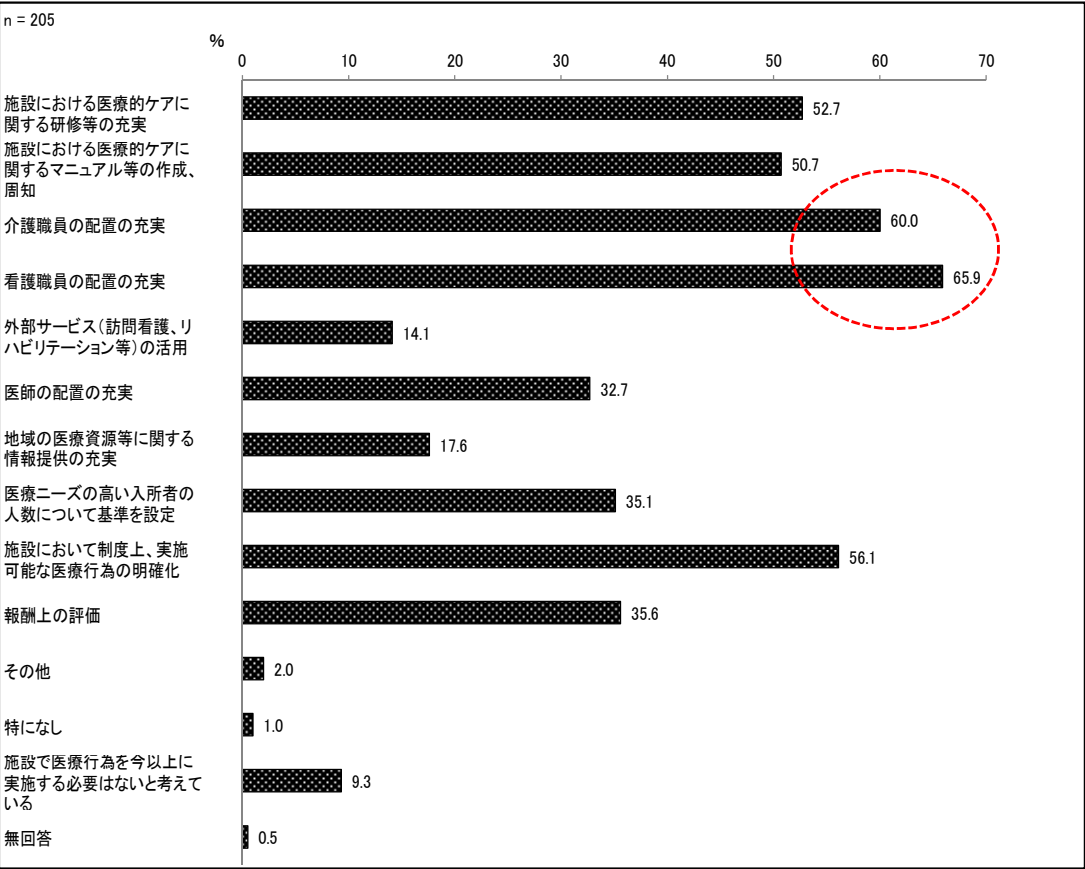
入所定員100人あたりの看護職員数(常勤換算)＋認定特定行為実施介護職員数別 施設内で対応可能な処置

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

医療ニーズへの対応

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

医療ニーズの高い入所者に対応する上で今後必要と考えること（複数回答）



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

認定特定行為実施介護職員の夜間の対応別 施設内で対応可能な処置

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

施設の看取りの方針別 施設内で対応可能な処置

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

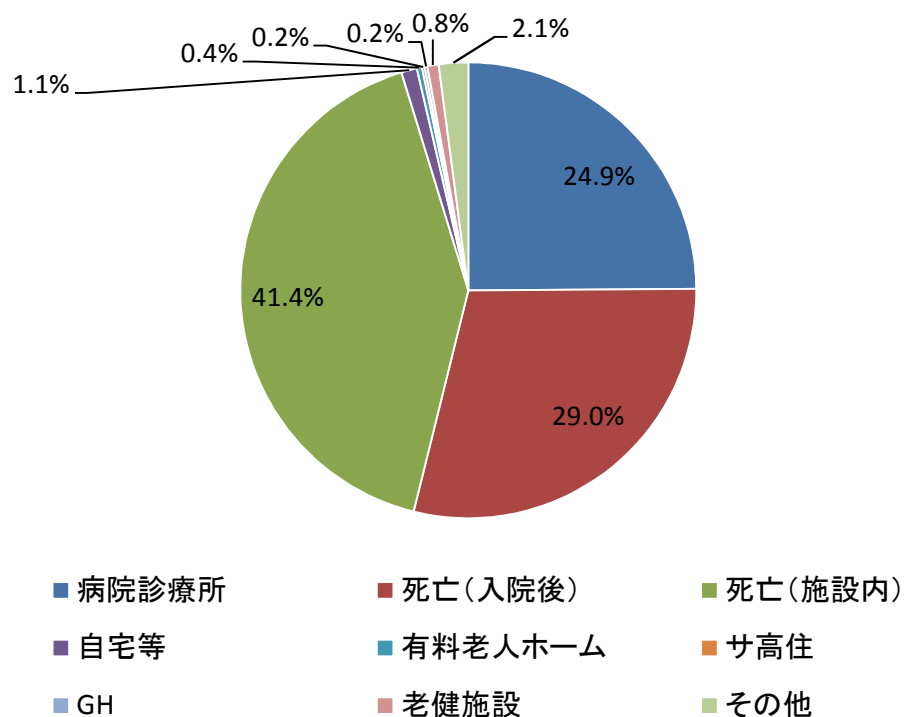
出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業

看取りについて

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

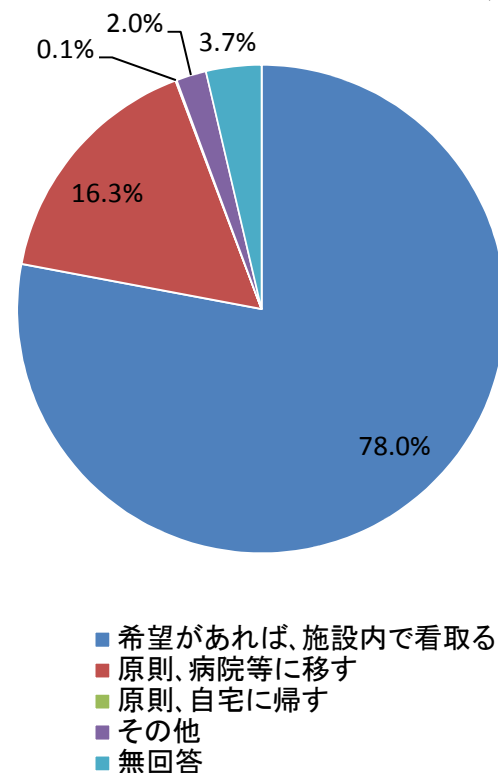
退所先別 退所人数（平成28年4月～9月）

（n=1,453施設 10426人）



施設の看取りの方針

（n=1,502）

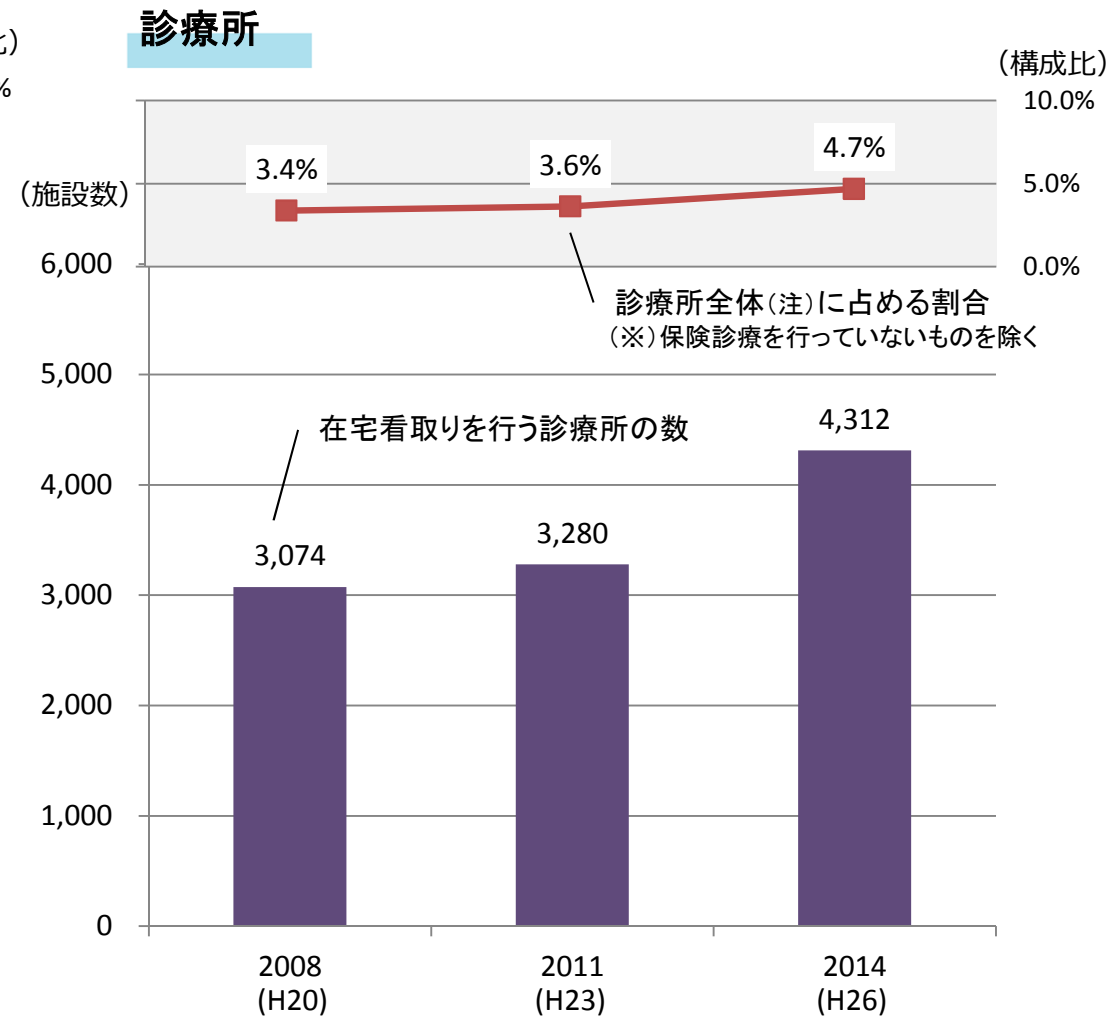
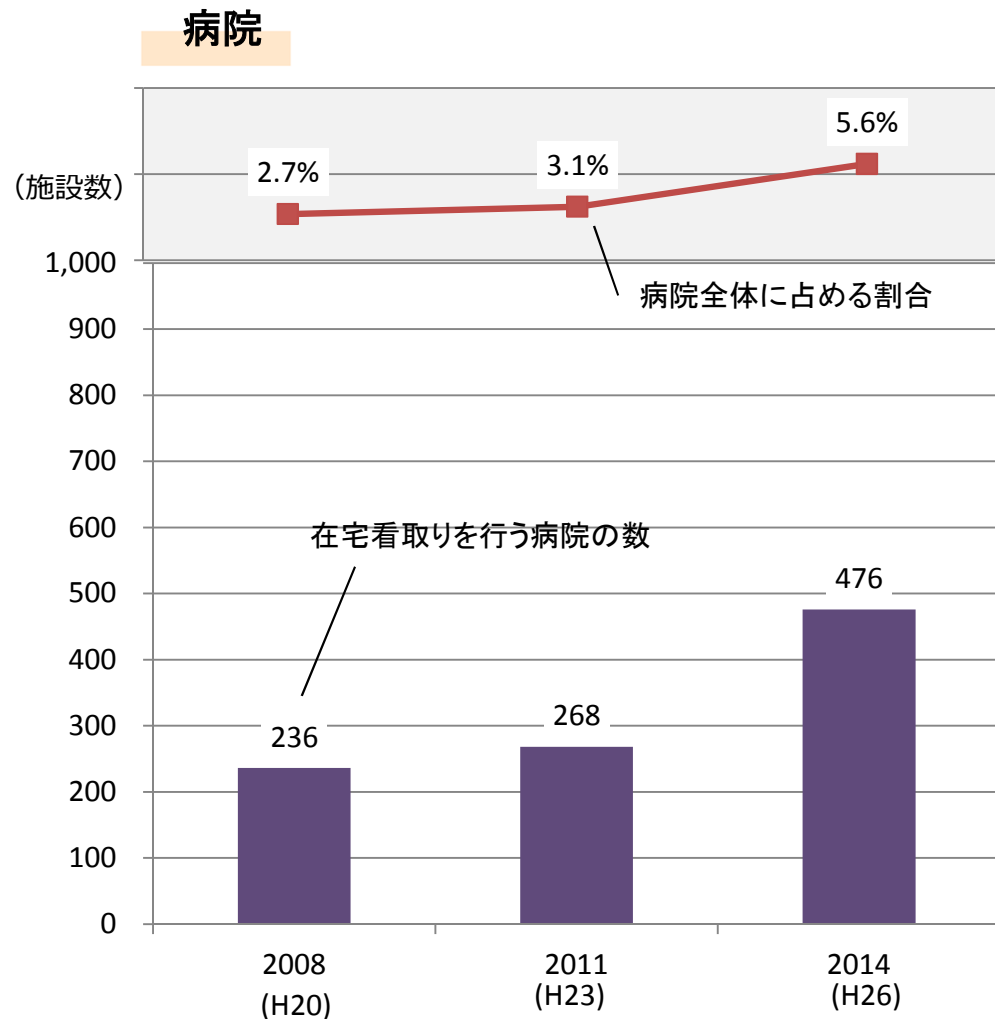


(参考) 在宅での看取りを行う医療機関数の推移

医療と介護の連携に関する意見交換会
資料2参考1 29. 3. 22

- 在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

在宅での看取りを行う医療機関数の推移



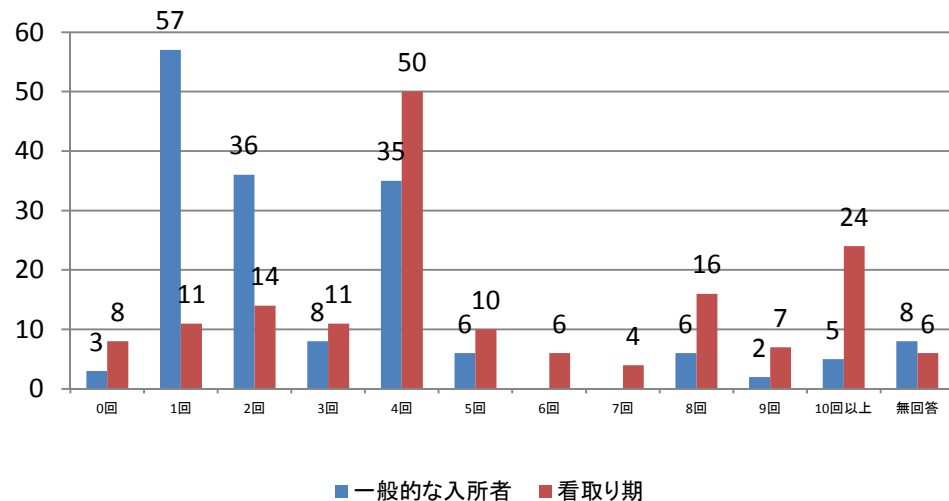
出典：医療施設調査（厚生労働省）

看取りについて

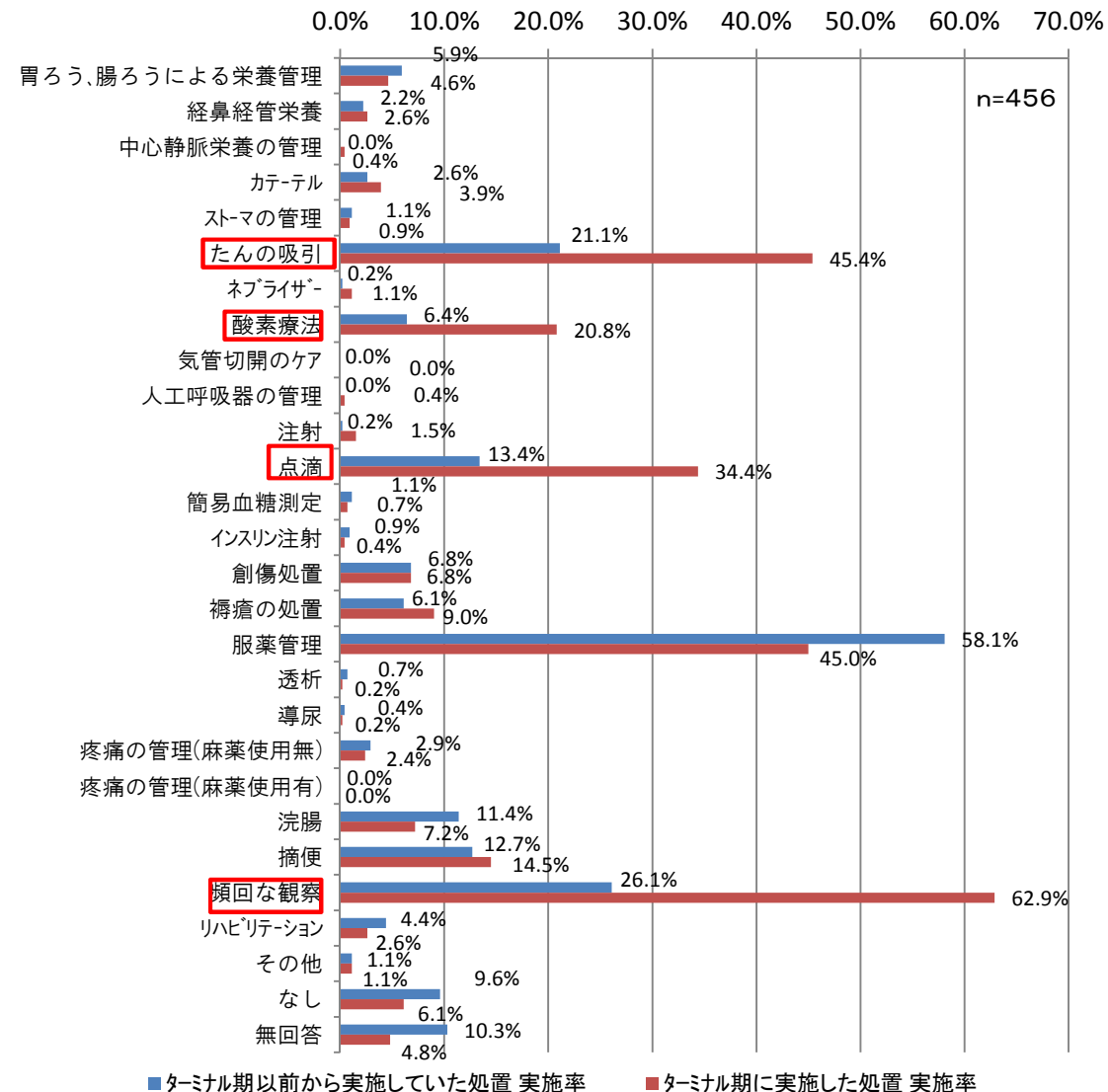
- 看取り期は平均的な入所者と比べ、医師の診療回数が多い。
- 施設内死亡者において看取り期に実施した医療的ケア等としては、「頻回な観察」が62.9%、「たんの吸引」が45.4%、「服薬管理」が45.0%、「点滴」が34.4%、「酸素療法」が20.8%で、「服薬管理」以外はターミナル期以前における医療的ケア等の実施率より高かった。

入所者1人あたりの平均的な診療回数（n=166）

- 平成28年12月の入所者1人あたりの平均的な診療回数は、看取り期の場合、平均5.7回、一般的な入所者の場合、平均2.9回であった。



施設内死亡者において看取り期に実施した医療的ケア等



報酬改定における介護老人福祉施設の看取り対応の強化

平成18年4月改定

・「看取り介護加算」の創設

【160単位(最終的に医療機関等で死亡した場合は80単位)】

平成21年4月改定

・「看取り介護加算」の見直し

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

【死亡日以前4日～30日:80単位/日、

死亡日の前日・前々日:680単位/日、

死亡日:1280単位/日】

平成24年4月改定

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

平成27年4月改定

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

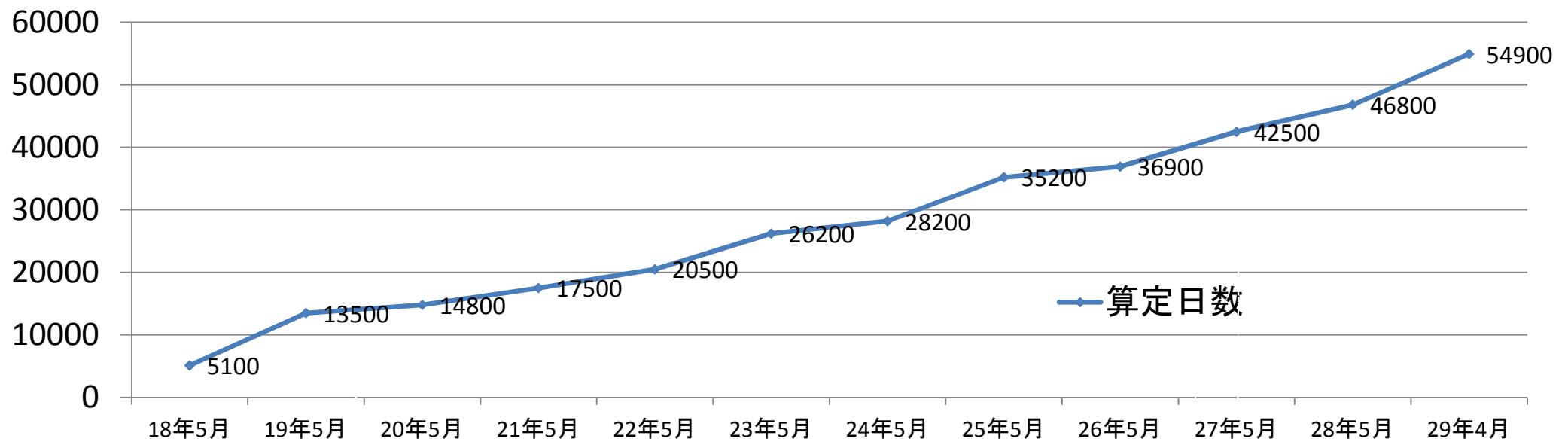
【死亡日以前4日～30日:144単位/日、

死亡日の前日・前々日:680単位/日、

死亡日:1280単位/日】

算定日数/月

看取り介護加算の算定状況



平成27年度介護報酬改定における看取り対応の充実 (単位及び算定要件の見直し)

		特定施設 入居者 生活介護 【看取り介護 加算】	認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人 福祉施設 【看取り 介護加算】	介護老人 保健施設 【ターミナル ケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナル ケア加算】	訪問看護(※) 【ターミナル ケア加算】
算定期間	死亡日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,650単位/日	1,700単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日	680単位/日	680単位/日	680単位/日	820単位/日	850単位/日	
	死亡4日～30日前	80単位/日	80単位/日	80単位/日	160単位/日	160単位/日	



算定期間	死亡日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,650単位/日	1,700単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日	680単位/日	680単位/日	680単位/日	820単位/日	850単位/日	
	死亡4日～30日前	<u>144単位/日</u>	<u>144単位/日</u>	<u>144単位/日</u>	160単位/日	160単位/日	
算定要件に係る 主な見直し		「・看取り指針を定め、利用者等に説明し、同意を得ること ・医師その他の職種による協議の上、看取りの実績等を踏まえ、指針の見直しを実施すること」 といった要件を追加。	「・看取り指針を定め、利用者等に説明し、同意を得ること ・医師その他の職種による協議の上、看取りの実績等を踏まえ、指針の見直しを実施すること」 といった要件を追加。	「医師その他の職種による協議の上、看取りの実績等を踏まえ指針の見直しを実施すること」 といった要件を追加。	—	—	—

身体拘束廃止未実施減算について(介護福祉施設サービスの例)

○ 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第21号)(抄)

別表 指定施設サービス等介護給付費単位数表

1 介護福祉施設サービス

注4 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、1日につき5単位を所定単位数から減算する。

○ 厚生労働大臣が定める基準(平成18年厚生労働省告示第543号)(抄)

八十六 介護福祉施設サービスにおける身体拘束廃止未実施減算の基準

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(平成十一年厚生省令第三十九号)第十一条第五項又は第四十二条第七項に規定する基準に適合していないこと。

○ 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(平成11年厚生省令第39号)(抄)

(指定介護福祉施設サービスの取扱方針)

第十一条

4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。

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

○ 留意事項通知(平成12年老企40号)(抄)

第二 5(5) 身体拘束廃止未実施減算について

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定介護老人福祉施設基準第十一条第五項の記録(同条第四項に規定する身体拘束等を行う場合の記録)を行っていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から三月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件

3つの要件をすべて満たすことが必要

1. 切迫性

利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

2. 非代替性

身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

3. 一時性

身体拘束は一時的なものであること

※留意事項

- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断することが必要がある。
- ・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要である。
- ・介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成が義務づけられている。

身体拘束がもたらす多くの弊害

○身体的弊害

- ・ 関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害
- ・ 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害
- ・ 転倒や転落事故、窒息などの大事故を発生させる危険性

○精神的弊害

- ・ 不安、怒り、屈辱、あきらめなどの精神的苦痛、認知症の進行やせん妄の頻発
- ・ 家族に与える精神的苦痛、罪悪感や後悔
- ・ 看護・介護スタッフが誇りを失い、士気が低下する。

○社会的弊害

- ・ 看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くこと。また、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こすおそれがあること。
- ・ 身体拘束による高齢者の心身機能の低下は、その人のQOLを低下させるだけでなく、さらなる医療的処置を生じさせ、経済的にも影響をもたらす。

身体拘束ゼロへの取組

国

身体拘束ゼロ作戦推進会議 → 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・配布、普及
(平成13年～)

都道府県

推進体制の整備 → 推進協議会の設置(平成13年～)
相談窓口の設置(平成13年～)
研修事業等の実施(平成13年～)
事例報告検討会の実施(平成18年～)
市町村への指導・助言等

市町村

相談窓口の設置(平成18年度～)

施設

- ・施設の運営基準において 原則身体拘束禁止を規定
(平成12年～)
- ・施設長 → 研修の受講
(平成17年度～)
- ・看護職員 → 研修の受講
(平成17年度～)

在宅

- ・介護相談員等への研修
- ・理解普及のための研修
や講習会の開催
(平成13年度～)

介護老人福祉施設における障害者生活支援体制加算について

視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者、知的障害者又は精神障害者である入所者の数が15以上の介護老人福祉施設においては、専従・常勤の「障害者生活支援員」を1名以上配置している場合は、「障害者生活支援体制加算」を取得することができる。

(障害者生活支援体制加算 26単位／日・人)

障害種別	入所者の要件	障害者生活支援員の要件
視覚障害	身体障害者手帳の障害の程度が1級又は2級 等	点訳の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
聴覚障害	身体障害者手帳の障害の程度が2級 等	手話通訳等を行うことができる者
言語機能障害	身体障害者手帳の障害の程度が3級 等	手話通訳等を行うことができる者
知的障害	重度の障害を有する者	知的障害者福祉法第14条各号に掲げる者又はそれに準じる者(※1)
精神障害 (平成27年4月～)	精神障害者保健福祉手帳の障害等級が一級又は二級に該当する者であつて、65歳に達する日の前日までに同手帳の交付を受けた者	精神保健福祉士又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第12条各号に掲げる者(※2)

※1 知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）

第十四条 （抜粋）

- 一 社会福祉法に定める社会福祉主事たる資格を有する者であつて、知的障害者の福祉に関する事業に二年以上従事した経験を有するもの
- 二 学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)に基づく大学又は旧大学令(大正七年勅令第三百八十八号)に基づく大学において、厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者
- 三 医師
- 四 社会福祉士
- 五 知的障害者の福祉に関する事業に従事する職員を養成する学校その他の施設で厚生労働大臣の指定するものを卒業した者
- 六 前各号に準ずる者であつて、知的障害者福祉司として必要な学識経験を有するもの

※2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号）

第十二条 （抜粋）

- 一 学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）に基づく大学において社会福祉に関する科目又は心理学の課程を修めて卒業した者であつて、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識及び経験を有するもの
- 二 医師
- 三 厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了した保健師であつて、精神保健及び精神障害者の福祉に関する経験を有するもの
- 四 前三号に準ずる者であつて、精神保健福祉相談員として必要な知識及び経験を有するもの