

令和9年度介護報酬改定に向けた要望について

公益社団法人 日本精神科病院協会

- ③医療系サービス ① ～ ⑤
- ②居住系・施設系サービス等 ⑥ ～ ⑨

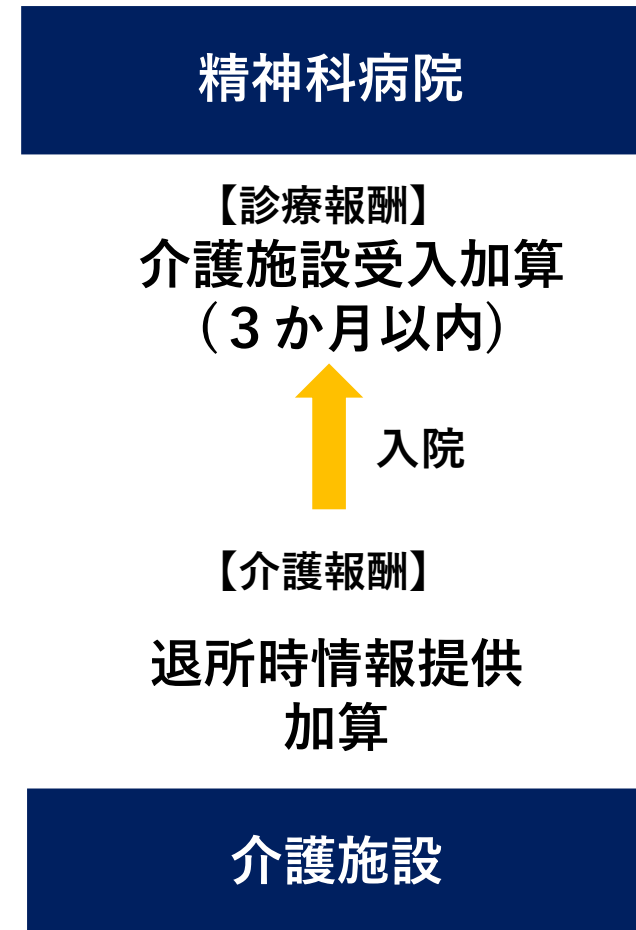
③医療系サービスに係る要望

① BPSDのある認知症の精神科医療・介護連携加算の創設

【現状と課題】

- 認知症でBPSDが激しい入所者の施設での対応は、標準的な人員配置基準では行き届かないことが多い
施設は安全配慮義務から、リスクの高い認知症高齢者の受け入れを断らざるを得ない場合がある
- 高齢者施設の配置医は精神科医とは限らず、専門的な投薬治療の提供が難しい施設が多い
- 精神科病院に激しいBPSDをもって入院した認知症は、約7割が改善し、3か月以内に施設等へ再入所している【厚労省老健事業より】
- 既存の「認知症行動・心理症状緊急対応加算」（7日間）は精神科病院退院者を対象外とし、退院後連携を評価する加算が存在しない

【改善要望事項】



② 介護施設でのBPSDのある認知症の受け入れ評価

【現状と課題】

- 既存の「認知症行動・心理症状緊急対応加算」は在宅からの緊急入所のみが対象で、病院・施設からの入所は対象外[1]
- 算定期間は7日間限定で、BPSD安定化までの継続対応を評価できない[1]
- 対象施設も介護老人福祉施設・介護老人保健施設・短期入所系サービスに限定されている[1]

【改善要望事項】

- 精神科病院退院後の入所ケースも算定対象に含め、算定期間をBPSDが安定に必要な期間（例1ヶ月程度）まで延長すること
- 対象施設を、介護付き有料老人ホーム・ケアハウス・認知症グループホーム等にも拡大すること

[1]厚労省介護報酬告示・解釈通知

③ 高齢精神障害者の受入加算の創設

【現状と課題】

- 精神科病院で統合失調症などの精神疾患を持つ高齢者で、75歳以上の割合は、20年間で上昇している[1]
- 特養・老健の9割が精神障害者の受入実績なしと回答[2]
- 受入未経験の理由は「症状の対応が困難である」「人員が不足している」が各39.4%である[3]

[1]厚労省「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」資料

[2]介護保険施設等における障害福祉サービス利用者の実態調査

[3]長野県グループホーム等の精神障害者利用状況調査

【改善要望事項】

精神科病院

【診療報酬】

高齢精神障害者
退院時情報提供加算



入所

【介護報酬】

高齢精神障害者
受入加算

介護施設

④ 高齢精神障害者の介護認定における精神症状の評価

【現状と課題】

- 要介護認定の一次判定は5分野(直接生活介助、間接生活介助、BPSD関連、機能訓練、医療関連)の基準時間が基本で、高齢精神障害者の精神症状の重症度を評価する項目が設けられていないため、要介護度に反映されにくい
[1]
- 主治医意見書で精神科医の意見を反映することはできるが、一次判定で十分に評価される仕組みがない[2]

【改善要望事項】

- 高齢精神障害者の精神症状の重症度を、一次判定に反映するなど、要介護度認定に組み込むことを検討すること
- 高齢精神障害者の精神症状も反映できるような、認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準について見直しすること

[1]厚労省社会保障審議会資料

[2]厚労省事務連絡

⑤ 認知症疾患医療センター運営費の増額

【現状と課題】

- 認知症疾患医療センターにおける運営事業
国庫補助について以下の金額となっている
が、昨今の物価及び人件費高騰に補助単価
が追いつかず、各センターが運営費の不足
分を持ち出しになっている現状がある

（類型別センター運営費）

- ・ 基幹型Ⅰ：7,738千円/年
- ・ 基幹型Ⅱ：3,285千円/年
- ・ 地域型：3,285千円/年
- ・ 連携型：1,464千円/年

（機能分科分1）

- ・ 常勤専従職員：4,000千円/年
- ・ 専任職員（兼務可）：2,000千円/年
- ・ ピア活動や交流会を行う場合：1,000千円/年
- ・ 抗Aβ抗体薬実施の場合：679千円/年

（機能強化分2）※県または市が依頼した場合

- ・ 基幹型センター等：（全センター数-1）×50千円

（国1/2 県1/2）

【改善要望事項】

- 補助額を物価上昇に見合う水準まで引き上げること
- 病院従事者の2025年度賃上げ率は平均2.41～2.50%
にとどまり、一般産業（4～5%）の半分程度に抑え
られている実態を踏まえ、補助額にも同水準の賃上
げを反映すること
- 類型別センター運営費が、複数のセンターがある二
次医療圏によっては按分されている地域もあり、一
律に支給してほしい
- 最低賃金と同様、物価上昇に応じて補助額を毎年見
直す仕組みを導入すること
- 「認知症専門診断管理料1」について、かかりつけ
医からの紹介において、「認知症」を認めてほしい
（現行では「疑い」に限る）。
- センター事業実績書のクラウド化に掛かる予算補助
を希望。

②居住系・施設系サービス等に係る要望

⑥ 基本報酬の引き上げ

【現状と課題】

- 介護職員の給与は全産業の平均と比べて月8.2万円低く、その差は近年もほとんど縮小していない[1]
- 水道光熱費や物品費・修繕費など一般管理費が全施設上昇しており、特に水道光熱費は7割の施設で前年比2割以上の増加となっている[2]
- 賃上げの原資と経費上昇分がカバーできず、介護事業所の約4割が赤字傾向に陥っている[3]

【改善要望事項】

- 基本報酬本体を他産業との差に見合う水準まで段階的に引き上げること
- 処遇改善加算に依存せず、一般管理費等を基本報酬に組み込む構造へ転換すること
- （最低賃金と同様に）物価上昇に応じて基本報酬を毎年見直す仕組みを導入すること

[1]厚労省「賃金構造基本統計調査」

[2]福祉医療機構(WAM)調査

[3]介護事業経営実態調査

⑦ 介護職員以外の処遇改善の拡充

【現状と課題】

- 処遇改善加算は制度上「介護職員への配分が基本」とされている[1]
- 管理職より介護職が高くなるなど、責務の重さに見合わない“給与の逆転現象”が現場で発生している[2]
- ケアマネジャーの年収が介護福祉士を下回る現象も生じており、専門職の人材確保に支障が出ている[3]

【改善要望事項】

- 処遇改善加算における介護職員以外の配分率を上げる
- 管理職やケアマネジャー等を含めた専門職と介護職の処遇バランスを適正化する
- 介護職員の処遇改善加算と精神科病院の看護助手のベースアップ評価料を近づけてほしい

[1]厚労省「介護職員等処遇改善加算に関するQ&A」

[2]独立行政法人福祉医療機構調査結果

[3]ケアマネ課題検討会資料

⑧ 認知症チームケア推進加算Ⅰの要件緩和

【現状と課題】

- 『認知症チームケア推進加算Ⅰ・Ⅱ』の算定率は施設種別を問わず低水準にとどまり、特養では95.9%が未算定[1]
グループホームでも加算Ⅰ 2.7%・加算Ⅱ 6.7%
60.9%が未算定[2]
- 未算定理由は「チーム編成が困難である」41.2%、「コストと加算額が見合わない」22.5%（GH調査）[2]
- 加算Ⅰ要件の指導者研修受講者は全国約2,800名と少数だが、加算Ⅱ要件のリーダー研修受講者は約5万人と規模に大差がある[3]

【改善要望事項】

- 加算Ⅰ要件をリーダー研修受講者へ格上げするとともに、認知症チームケア推進加算独自の研修を創設すること
- チーム編成会議の構成員など、算定要件を緩和する
- 提出書類を簡素化するとともに、加算Ⅰの加算単位を実態に見合う水準へ見直すこと

[1]全国老人福祉施設協議会調査

[2]福祉医療機構(WAM)調査（GH対象）

[3]認知症介護研究・研修センター

⑨ 生産性向上推進体制加算Ⅰの要件緩和

【現状と課題】

- 加算Ⅰは「全居室（100%）への見守り機器導入」が必須要件とされている[1]
- 導入支援の補助金は予算規模が限定的で、申請超過により採択されないリスクがある[2]
- 眠りscan1台14万円、見守りカメラ1台40万円とすると、100名で1400～4000万円となり、100台の自己負担は約280～800万円（補助4/5適用時）に達するが、加算Ⅰの年間加算額は約120万円のみで、見守り機器の更新時期(5年程度)での回収は難しい[3][4]

【改善要望事項】

- 全居室100%要件を緩和し、一定割合（例50%）でも算定可能とすること
- 補助金予算を検討し、更新時の見守り機器の費用も補助金対象とすること
- 加算Ⅰ単位をコストに見合うべき水準へ増額すること

[1]厚労省「生産性向上推進体制加算」通知

[2]介護テクノロジー導入支援事業関連資料

[3]介護ロボット価格・費用相場調査

[4]厚労省加算単位数通知に基づく算定