

特別養護老人ホームの重点化について

特別養護老人ホームの重点化について

- 重度の要介護状態で、特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者が数多く存在していること等を踏まえると、特養については、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すべきであり、そのためには、特養への入所を要介護3以上に限定するべきではないか。
- 他方、軽度(要介護1及び2)の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく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もと、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に、特養への入所を認めることとしてはどうか。
- また、制度見直しに伴い、
 - ① 既入所者については、現在、軽度(要介護1及び2)の要介護状態で入所している場合のみならず、中重度の要介護状態であった者が、制度見直し後に、要介護1又は2に改善した場合であっても、引き続き、施設サービスの給付対象として継続入所を可能とする経過措置を置くこととするとともに、
 - ② 制度見直し後、要介護3以上で新規に特養に入所した者が、入所後、要介護度が要介護1又は2に改善した場合についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、引き続き、特例的に、特養への継続入所を認めることとしてはどうか。
- 一方で、特養の重点化を推進する観点から、地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅サービスの充実や、要介護高齢者の地域生活の基盤である住まいの確保に向けた取組を進めていくとともに、今後、軽度(要介護1及び2)の入所者に対する在宅復帰支援策について、一層の充実を図っていくべきではないか。
- また、これと併せて、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特養の有する資源やノウハウを地域の中で有効活用し、入所者に対してのみならず、在宅で暮らす重度の要介護者等に対しても、在宅生活を継続することができるような取組を促進させ、特養を地域におけるサービスの拠点として活用する方策について、検討すべきではないか。

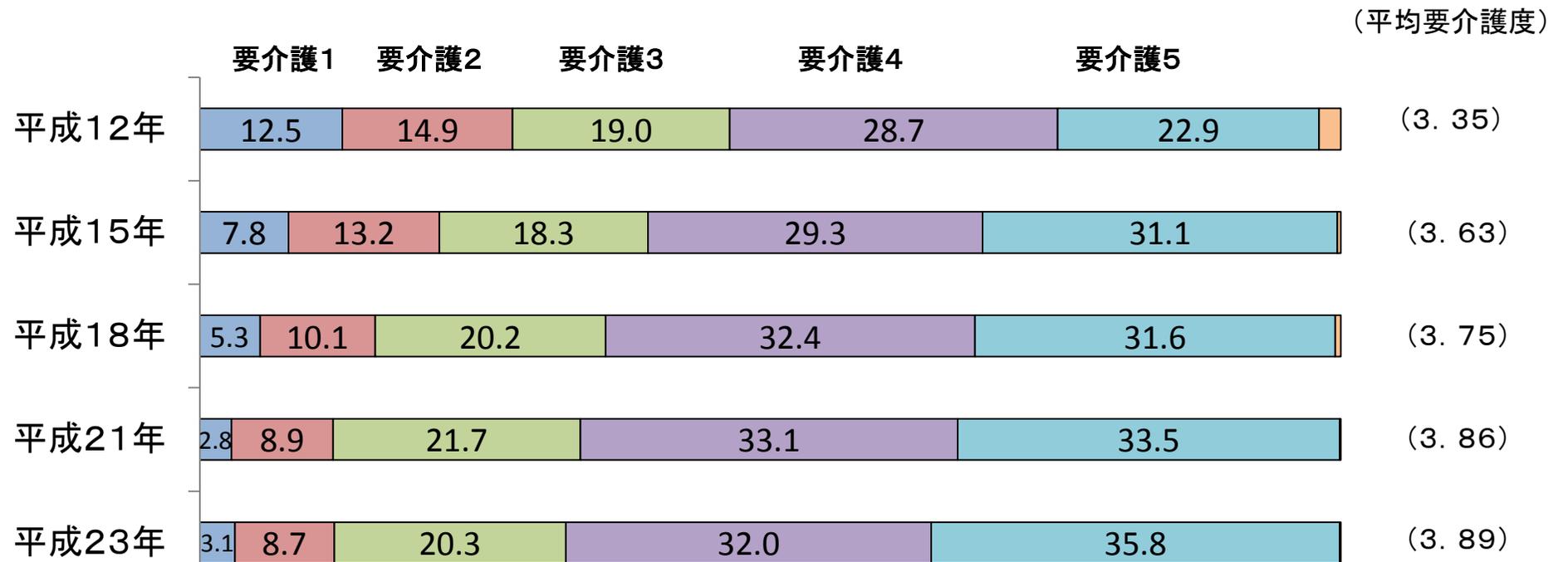
特別養護老人ホームの重点化についての主な意見

- 「特別養護老人ホームの重点化」については、9月18日の介護保険部会において、限られた財源の中で効率化を図るべき等の理由で賛成とする意見があった一方で、反対とする意見もあった。
- また、特別養護老人ホームの重点化については賛成としつつも、現在の入所者への配慮を求めるべき、という意見や、やむを得ない事情がある場合については軽度者の入所があつてしかるべき、といった意見もあった。

- 介護保険を今後とも持続可能な制度としていくためには、限られた財源の中で選択と集中は避けられず、特別養護老人ホームへの入所は重度者に重点化をして、軽度者については在宅という流れを進めて、全体的に効率化を図るべき。特別養護老人ホームについては3以上の要介護者を対象とすることに賛成。
- 要介護3以上に重点化することは賛成。県内で入所指針をいくら厳格化しても、他県の施設で要介護1、2の方が入って、住所地特例を受けては、平等という意味でもおかしいので、法律による厳格化をお願いしたい。
- 一定の中重度の在宅生活の困難な人への施設という位置づけについては、一定の理解はできるが、どこを境界にすべきかについては、さらに専門的な検討をしていただきたい。
- 特別養護老人ホームの待機者が多い中で、対象者を中重度に絞り込む方向性は理解できるが、現に入っている方々への対応については十分に配慮すべき。
- 要介護2以下の軽度者の中には、住宅事情等によって在宅介護が困難な方もおり、その受け皿については、重点化とセットで考えるべき。
- 入所申込要件を中重度に特化していく議論は、要介護認定の結果に一部地域間格差が見られることから、変更するならば要介護2からとすべき。
- 入所判定基準に基づいて、年々要介護度も高くなり、重度化しているのが実態であるが、特別養護老人ホームは老人福祉法に基づく施設で、地域の事情によってセーフティネットとしての役割を果たすべく、相応の判断があつて、軽度の要介護者1、2の方の入所も行われている。今後も特別養護老人ホームが有する福祉機能を確保するため、入所判定は事業者の主体性に任せるべき。
- 要介護1・2の方の中には、認知症でBPSD等が非常に活発で、どうしても在宅で生活できないというケースもあり、要介護3以上に入所制限することで、こういった方が特別養護老人ホームを利用できなくなることは問題。要介護認定の問題かもしれないが、要介護度ではなく、必要性で見るべき。
- 実態として入所判定基準に基づいて大部分は重度な方が入所するが、一部どうしてもやむを得ない事情がある場合は要介護1、2の方の入所があつてしかるべき。入所判定基準を見直す等、運用を厳格化することによる対応も可能であり、入所判定は施設に任せるべき。もし法的に要介護3以上に入所制限する場合であっても、実態に応じた裁量的な施策をとるべき。
- 施設サービスの提供と住まいの確保とは別問題であり、特別養護老人ホーム入所をあえて要介護3以上に限定して被保険者の選択の権利を狭め、国民の不安と不信を拡大することには反対。

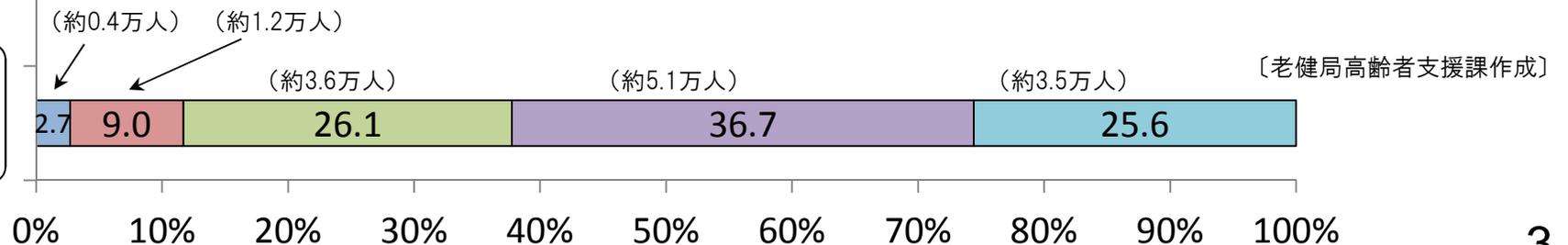
要介護度別の特養入所者の割合

- 特養の入所者に占める重度の要介護者の割合は、年々上昇してきている。
- 一方、軽度の要介護者(要介護1及び2)の割合は、平成23年では11.8%となっており、一定程度の軽度者が入所している現状。



〔出典：介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日)〕

【参考】
平成23年度における特養の新規入所者
(約14万人)



特別養護老人ホームの入所申込者の状況

○ 特別養護老人ホームの入所申込者42.1万人のうち、在宅で、かつ、要介護4及び5の特養申込者が6.7万人。

単位:万人

	要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	13.2 (31.2%)	11.0 (26.2%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	7.7 (18.2%)	5.4 (12.9%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)
うち在宅でない方	5.5 (13.0%)	5.6 (13.3%)	11.1 (26.4%)	22.3 (52.8%)

※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21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

特養の入所に関する指針について

- 特養における入所指針について、勘案すべき事項として厚労省が明示しているのは、「要介護度」、「家族の状況」、「居宅サービスの利用状況」のみ。
- 特養の入所指針は原則として自治体において定めることとされており、自治体独自の取組がある場合は、その取組を尊重することとしている。また、基準省令上、入所の判断は施設において行うことになっている。

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(平成11年3月31日厚生省令第39号)(抄)

第七条 略

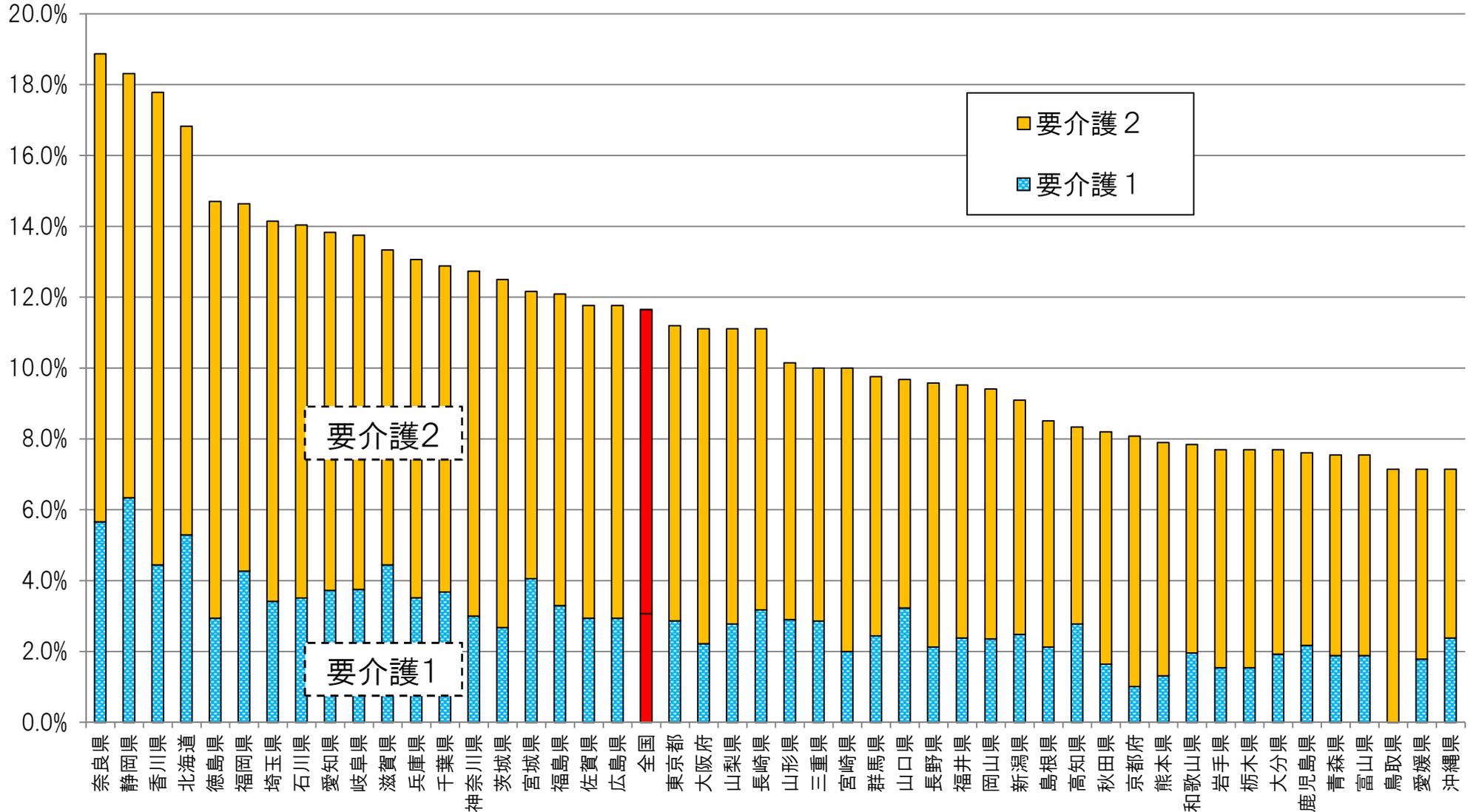
- 2 指定介護老人福祉施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、**介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し**、指定介護福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。
- 3～7 略

指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について(平成14年8月7日計画課長通知)(抄)

- 1 指針の作成について
 - (1)指針は、その円滑な運用を図る観点から、**関係自治体と関係団体が協議し、共同で作成**することが適当であること。
- 2 入所の必要性の高さを判断する基準について
 - (1)基準省令に挙げられている勘案事項について
 - 「**介護の必要の程度**」については、**要介護度を勘案**することが考えられること。
 - また、「**家族の状況**」については、**単身世帯か否か、同居家族が高齢又は病弱か否かなどを勘案**することが考えられること。
 - (2)その他の勘案事項について
 - 居宅サービスの利用に関する状況**などが考えられること。
- 5 その他
 - 管内の市町村・関係団体において指針の作成について**独自の取組みがある場合には、これを尊重**する必要があること。

特養における要介護1・2の利用者の割合

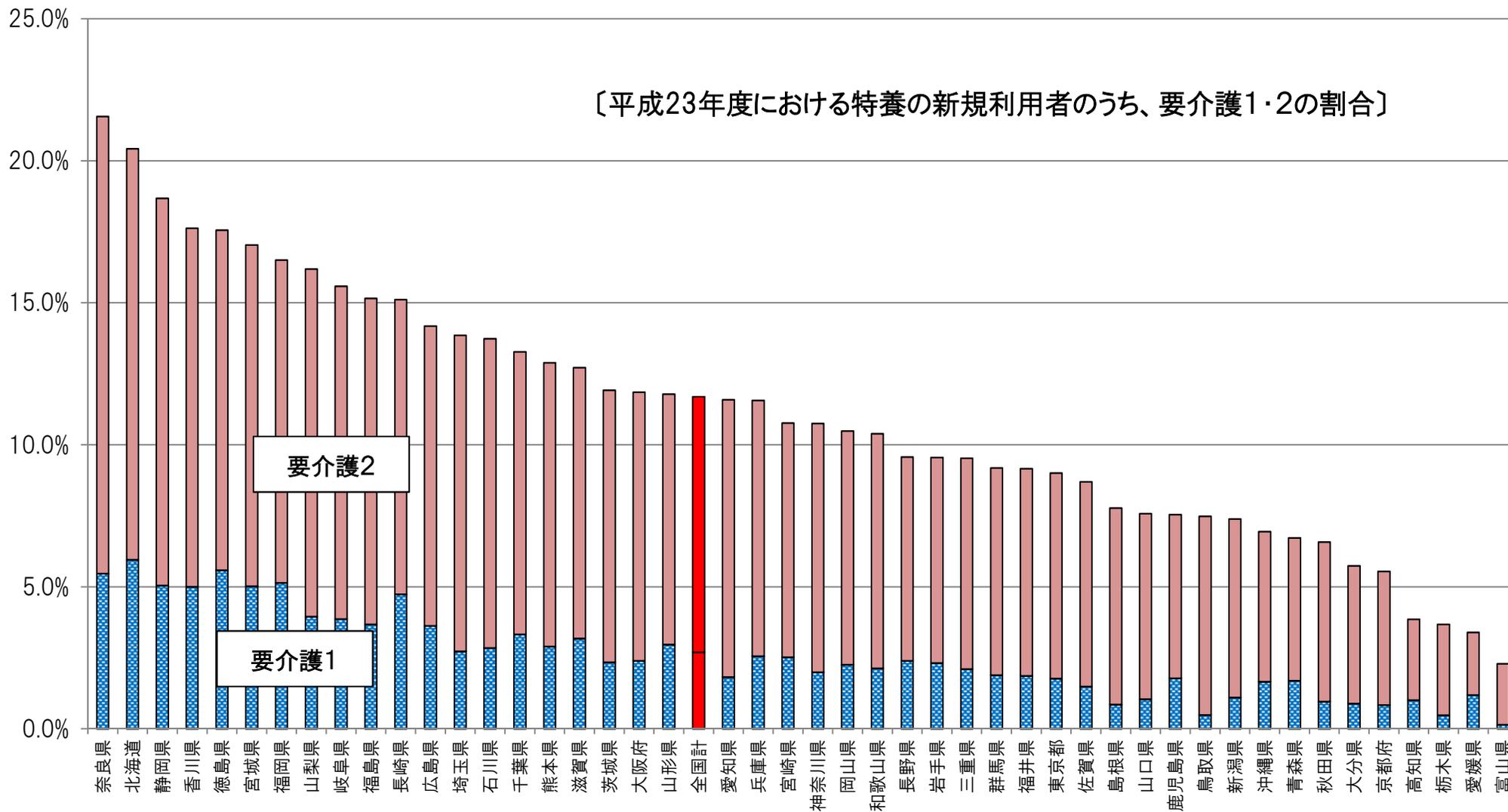
○ 特別養護老人ホームに入所している軽度の要介護者(要介護1・2)について、都道府県別で比較すると、地域によって偏りがみられる。



※介護給付費実態調査(平成24年4月審査分)

特養における要介護1・2の新規入所者の割合

○ 特別養護老人ホームへの新規入所者のうち、軽度者(要介護1・2)が占める割合について、都道府県別で比較すると、地域によって偏りがみられる。



※厚生労働省老健局高齢者支援課作成(平成23年度時点)

特養への入所が必要と考えられる要介護1・2の高齢者

- 各特養において、要介護1・2の方の入所を決定した理由としては、認知症等により地域での生活が困難であること、家族の状況等により在宅での生活を支える体制が不十分であること、等が挙げられる。
- 軽度(要介護1及び2)の要介護者であっても、認知症等により常時の介護の必要性が認められる場合や、独居等により家族等による十分なサポートが期待できず、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特例的に、特養への入所を認めることが考えられるのではないか。

【各特養において、要介護1・2での入所を決めた理由】

※一部特別養護老人ホームの施設長等
に対する厚労省による聞き取り

- 認知症による頻繁な徘徊があり、また、一人で外出をすると帰宅することが困難。
- 統合失調症による逸脱行動が顕著で、地域での生活が極めて困難。
- 家族によるネグレクト、経済的・身体的虐待の存在。
- 同居人も要介護であり、経済状況も踏まえると、十分な医療・介護サービスを受けながら在宅生活を続けることが困難。
- 独居で孤独を感じ、家族・本人ともに入所を強く希望。
- 介護老人保健施設に入所していた期間が長かったこと等から、自宅での地域生活に復帰することが困難。
- 孤立により事故死・自死に至る可能性。
- 精神障害・知的障害等により生活維持能力や生活意欲が著しく低下。
- 市町村による緊急対応としての措置入所。また、その後、契約入所に転換。

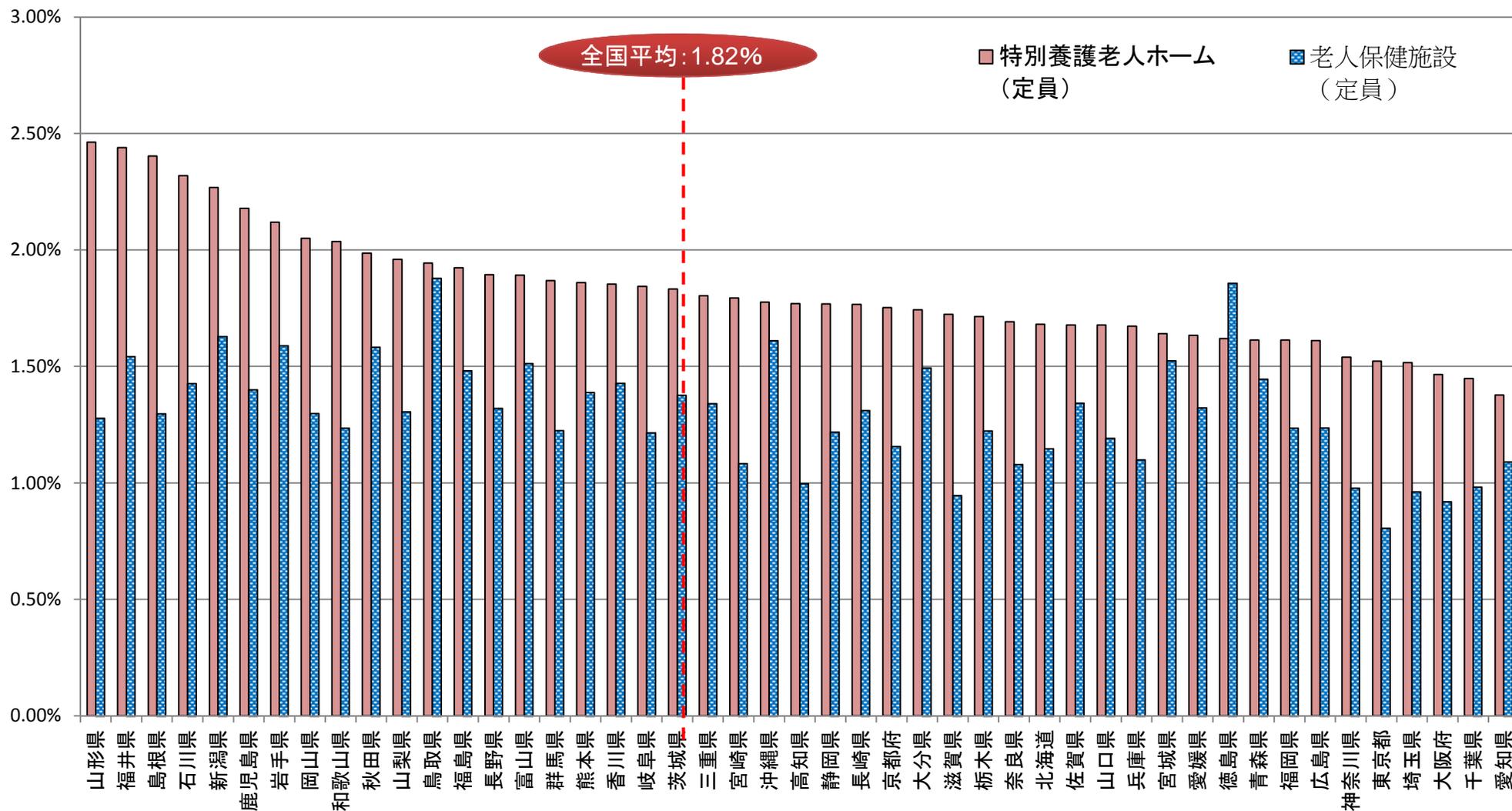
【要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる要因】

- 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要であること。
- 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難であること。
- 家族によるサポートが期待できず、また、現に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。
- 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠であること。

介護保険施設（特養・老健）の都道府県別定員数の割合

○ 特別養護老人ホーム、老人保健施設について、1号被保険者に対する定員数の割合は、都道府県による違いが大きい。

(1号被保険者に対する定員数の割合)

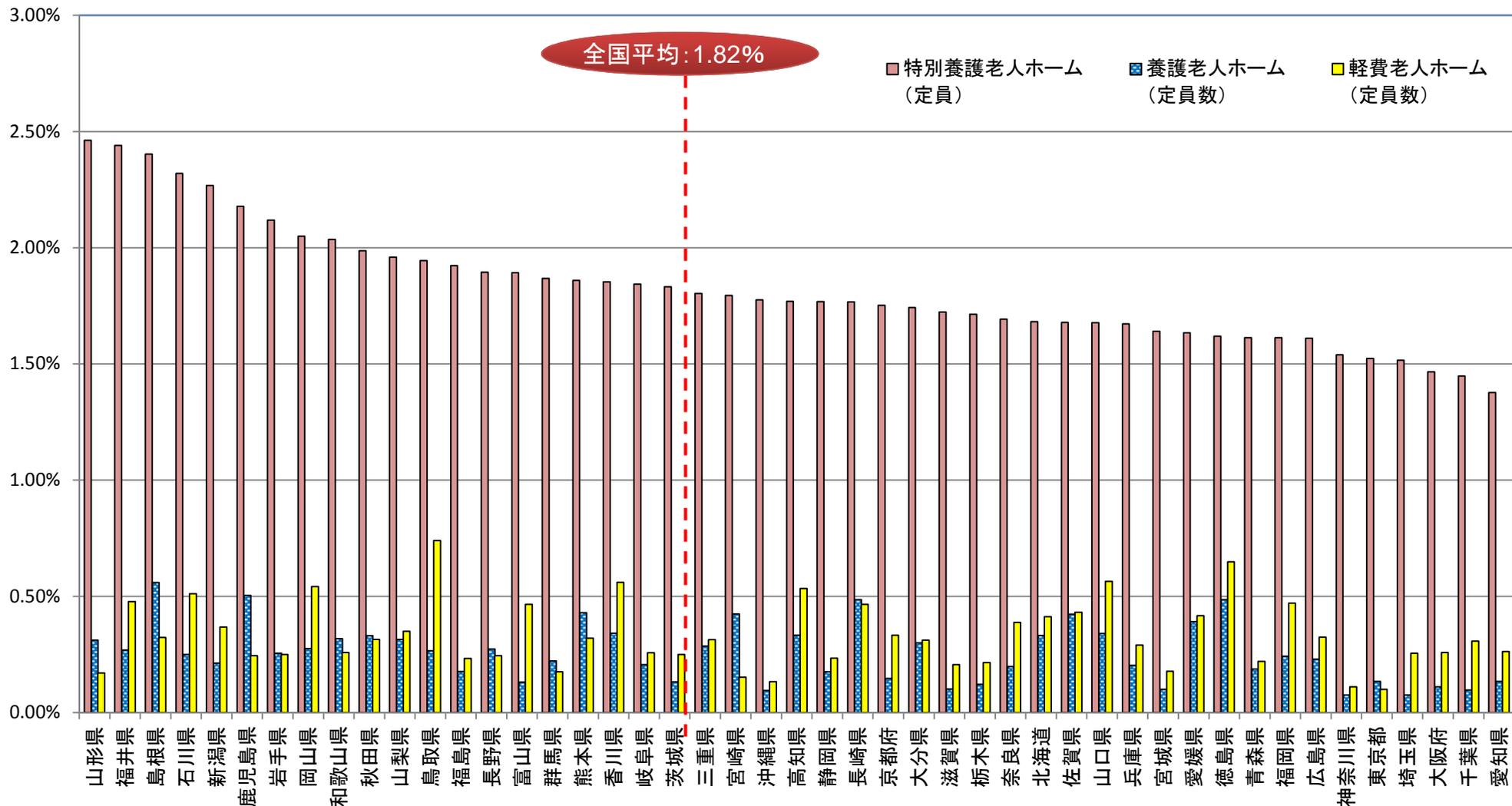


※介護給付費実態調査(25年5月審査分)

養護・軽費老人ホームの都道府県別定員数の割合

○ 養護老人ホーム・軽費老人ホームについて、1号被保険者に対する定員数の割合は、都道府県による違いが大きい。

(1号被保険者に対する定員数の割合)



※特別養護老人ホームについては、介護給付費実態調査(25年5月審査分)
 養護・軽費老人ホームについては、社会福祉施設等調査(23年10月)より

特養入所者の要介護度が改善した場合の取扱い

○ 特養における自立支援に向けた取組等により、制度の見直し後においても、入所後、一定数が要介護1又は2に改善することが考えられるが、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特養入所を継続できるようにするべきではないか。

【改善事例】

※一部特別養護老人ホームの施設長等に対する厚労省による聞き取り

- ・ 独居中に脳疾患で倒れて入院、その後、老健への入所を経て特養に入所(要介護4)。⇒ 数年で要介護度が改善し、現在は要介護1。
- ・ 脊柱管狭窄症等の手術の後、リハビリ入院するも、同居家族も高齢で在宅復帰が困難のため特養に入所(要介護4)。⇒ 現在は要介護2まで改善。
- ・ 膝の痛みと生活困難な住居環境により特養に入所(要介護4)。⇒ 両膝人工骨置換術を実施後、杖歩行可能となるまで回復して、現在は要介護2。

◀ 年間継続受給者数（在宅・施設全体）の要介護度の変化別割合 ▶

(単位：千人)

		平成25年3月							総数
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
平成 24 年 4 月	要支援1	218.3 (68.4%)	64.4 (20.2%)	26.5 (8.3%)	6.6 (2.1%)	2.0 (0.6%)	1.1 (0.3%)	0.3 (0.1%)	319.2 (100.0%)
	要支援2	42.7 (10.6%)	274.0 (68.2%)	53.2 (13.2%)	22.9 (5.7%)	5.3 (1.3%)	3.0 (0.7%)	0.8 (0.2%)	401.8 (100.0%)
	要介護1	7.1 (1.1%)	25.4 (4.1%)	425.7 (68.1%)	116.5 (18.6%)	34.0 (5.4%)	12.8 (2.0%)	3.7 (0.6%)	625.1 (100.0%)
	要介護2	1.6 (0.2%)	9.0 (1.3%)	53.8 (8.1%)	464.0 (69.5%)	97.0 (14.5%)	32.4 (4.9%)	9.4 (1.4%)	667.2 (100.0%)
	要介護3	0.5 (0.1%)	2.0 (0.4%)	10.9 (2.1%)	44.2 (8.6%)	349.8 (68.4%)	79.4 (15.5%)	24.6 (4.8%)	511.4 (100.0%)
	要介護4	0.3 (0.1%)	1.1 (0.3%)	4.5 (1.0%)	12.8 (2.9%)	34.2 (7.8%)	316.4 (72.6%)	66.8 (15.3%)	436.0 (100.0%)
	要介護5	0.1 (0.0%)	0.1 (0.0%)	0.8 (0.2%)	2.5 (0.7%)	5.4 (1.6%)	25.7 (7.4%)	311.2 (90.0%)	345.8 (100.0%)
	総数	270.4 (8.2%)	376.0 (11.4%)	575.4 (17.4%)	669.4 (20.2%)	527.8 (16.0%)	470.8 (14.2%)	416.7 (12.6%)	3306.0 (100.0%)

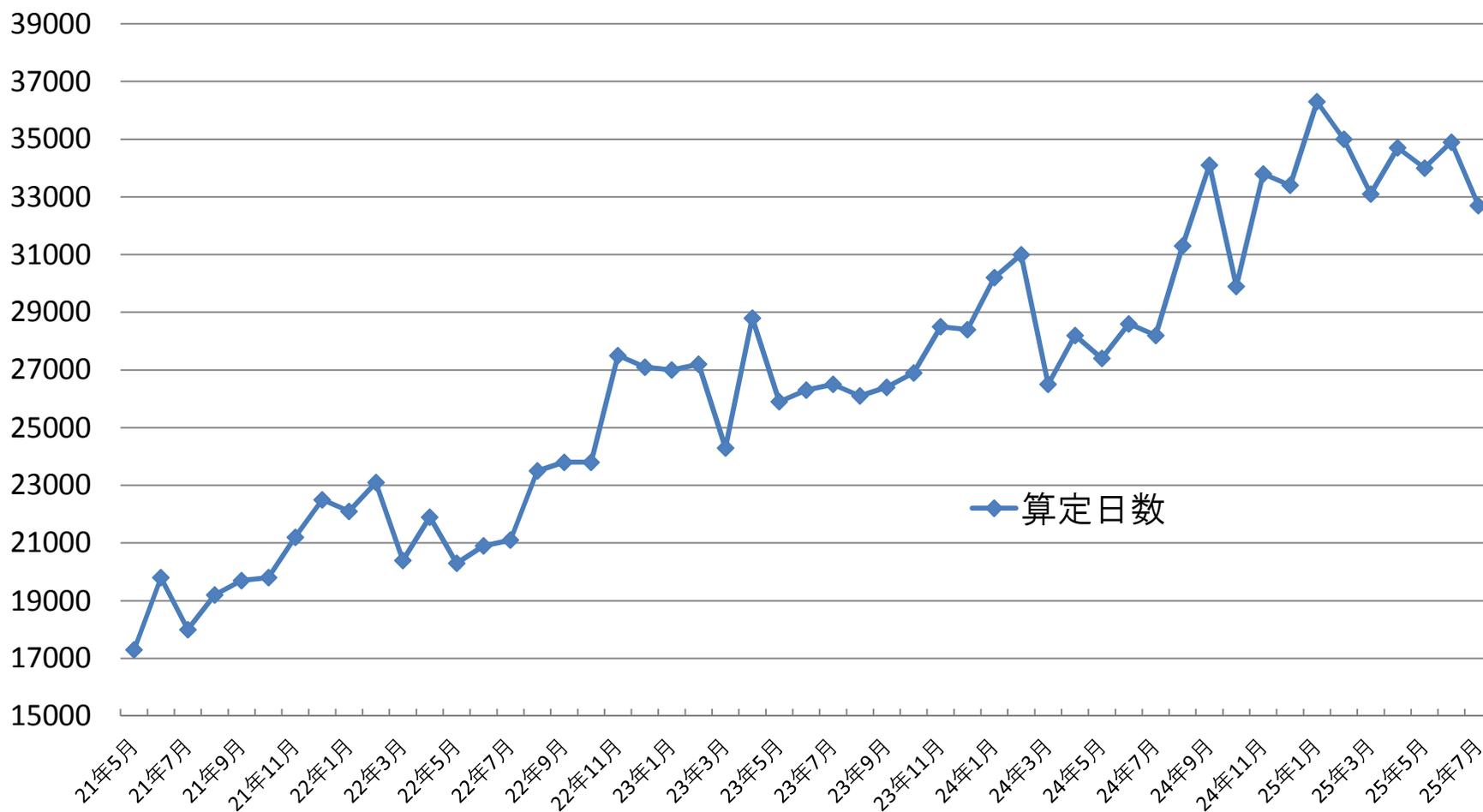
※平成24年4月から平成25年3月まで継続して介護サービスを受給した要支援者・要介護者について、要介護度の変化を調査。(平成24年度介護給付費実態調査)

(例) 平成24年4月に要介護3で、平成25年3月に要介護2になった者は、44.2千人であり、平成24年4月に要介護3であった者の総数の8.6%を占める

特養における看取り対応(看取り加算の算定状況)

○ 入所者の重度化に伴い、特養(介護老人福祉施設)における看取り介護加算の算定日数については、看取り介護加算の創設以降、増加する傾向にある。

1月当たり
の算定日数



介護施設における入所者・退所者の状況

(退所者数:5,155人)



平均在所日数:1474.9日(1,465.1日)

(退所者:15,759人)



平均在所日数 329.2日(277.6日)

(退所者:3,411人)



平均在所日数 412日(427.2日)

特養における在宅復帰支援策（現行の介護報酬）

- 現在、特養入所者の在宅復帰を促進するため、在宅復帰支援加算や退所時等相談援助加算、在宅・入所相互利用加算などを設けているが、その利用については一部にとどまっている状況。

在宅復帰支援機能加算

《算定要件》 1日につき10単位

- ・ 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（入所期間が1月間を超えていた者に限る。）の占める割合が2割を超えていること。
- ・ 退所者の退所した日から30日以内に居宅を訪問し、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、記録していること。
- ・ 入所者の家族との連絡調整を行っていること。
- ・ 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こと。

退所時等相談援助加算

- 退所前訪問相談援助加算： 退所前、退所後の居宅を訪問し相談援助を行った場合等に加算(460単位)
- 退所後訪問相談援助加算： 退所後、30日以内に居宅を訪問し相談援助を行った場合等に加算(460単位)
- 退所時相談援助加算： 退所時、相談援助を行い、市町村等に情報提供を行った場合等に加算(400単位)
- 退所前連携加算： 退所前、居宅介護支援事業者に必要な情報提供を行った場合等に加算(500単位)

在宅・入所相互利用加算

《算定要件》 1日につき30単位

- ・ 在宅生活を継続する観点から、複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間（入所期間については3月を限度とする。）を定めて、当該施設の同一の個室を計画的に利用している者
- ・ 要介護3から要介護5までの者
- ・ 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の交換を十分に行い、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、同意を得ていること。

●在宅復帰支援機能加算の算定状況

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
算定日数	—	0.2	0.6	0.8	1.2

●在宅・入所相互利用加算の算定状況（単位：千日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
算定日数	—	—	0.4	0.4	0.1

※ 介護給付費実態調査(平成25年7月審査分)
(地域密着型介護老人福祉施設分を含む。)

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の併設事業所について

- 特養のうち、8割近くが短期入所生活介護（ショートステイ）を実施しており、通所介護、居宅介護支援の事業所を併設する特養も全体の約半数を占めている。
- 特養については、訪問介護等の在宅サービスを実施する事業所の併設等により、地域社会への展開を積極的に図っていくことで、特養の有する資源やノウハウを有効活用し、地域における介護サービスの拠点としての機能を更に発揮させていくための方策について検討すべきではないか。

① 介護老人福祉施設サービスの総件数

サービス種類名	事業所数
介護老人福祉施設サービス	6,750

② ①を行う介護老人福祉施設の併設事業所で他のサービスを実施している事業所の件数

サービス種類名	事業所数	割合
訪問介護	1,510	22.4 %
訪問看護	292	4.3 %
通所介護	3,627	53.7 %
短期入所生活介護	5,670	84.0 %
認知症対応型共同生活介護	331	4.9 %
居宅介護支援	3,222	47.7 %
認知症対応型通所介護	617	9.1 %
小規模多機能型居宅介護	25	0.4 %
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	14	0.2 %
介護予防支援（地域包括支援センター）	462	6.8 %

※厚生労働省老健局高齢者支援課作成（H25.10）

※事業所の所在地住所が完全に一致する場合について、併設事業所として集計

※1つの事業所が複数のサービスを実施している場合は、それぞれについて集計

（例）A老人福祉施設が通所介護と短期入所生活介護を実施している場合、通所介護・短期入所生活介護ともに「1」として算定

(参考1) 在宅・入所相互利用(ベッドシェアリング)の実際的な取組内容

《特別養護老人ホーム「きたざわ苑」での取組事例》

(出典)「特別養護老人ホームにおける在宅復帰支援等の実態に関する調査研究」(平成24年度、医療経済研究機構)

取組内容

- 空床利用ではなく、専用のベッドを複数人が3ヶ月を限度とする入所期間ごとにシェアする長期的な計画を立て、自宅生活を基軸にしながら施設と自宅を行き来してもらい、地域住民に繰り返し利用できるという安心感を提供。
- 具体的には、以下①～③を繰り返し、自立性を高めることで在宅生活の継続を支援。
 - ① 入所前には、生活相談員、機能訓練指導員、看護師、介護職員が連携し、在宅訪問を行う等して、自宅の環境に合わせた施設ケアプランを組み立てる。
 - ② 入所期間中は、当該プランに基づき、歩行・排泄を中心とする自立支援ケアを実践し、在宅の介護負担を軽減。
 - ③ 退所前には、在宅サービス事業者と家族を集めて情報共有。在宅でのケアプランは、施設ケアマネが関わって作成し、施設利用中のケアとの継続性を確保。

利用のきっかけ

- 長期入所の申込み者の面接の際などに、家族が在宅継続か施設入所かで迷っている場合、一つの選択肢として提示。
- 利用者・家族・在宅のケアマネに、長期間施設に入る訳ではないことを明示的に説明。

取組の成果

	ベッド数	実利用者	延べ利用者数
平成19年度	4	6	9
平成20年度	4	8	19
平成21年度	6	17	24
平成22年度	7	18	32
平成23年度	9	21	36
平成24年度	7	13	25

「在宅・入所相互利用制度」の利用はいかがでしょうか？

(※きたざわ苑パンフレットより抜粋)

昼と夜が逆転してしまっている、生活への意欲が低下している…認知症からの問題行動により、介護者も心身ともに大きな負担を感じている…という状況の方へ24時間の介護専門施設であるきたざわ苑では、各専門職(ケアマネジャー、ケアワーカー、看護師、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士、医師など)が協力し合って、集中的にケアを行ない、認知症の症状を少しでも改善していきたいと思っています。それにより、皆様の在宅生活がよりよいものになることを目指していきます!!!

【ご利用の対象となる方】

- ・世田谷区に住民票があり、要介護3～5の認定を受けている方
 - ・在宅での生活を継続したいとの希望がありながら、「認知症」や「お身体の機能の低下」などの理由で在宅介護が困難となっている方
 - ・「在宅・入所相互利用」による1～3ヶ月の入所を定期的に継続利用し、在宅生活を継続したいと希望されている方
- (ご利用終了後は、在宅へ戻ることが前提となります)**

(参考2) アセスメント入所の実際の実組内容

《特別養護老人ホーム「サンビレッジ新生苑」での取組事例》

(出典)「特別養護老人ホームにおける在宅復帰支援等の実態に関する調査研究」(平成24年度、医療経済研究機構)

取組内容

- 「在宅生活の中で介護に困難が生じた」「要介護状態となって自宅に退院することになった」など、比較的急激に状態が悪化・混乱している要介護者に対して、適切なアセスメントやリハビリテーションを行って状態を改善し、在宅生活の継続を支援。平成25年2月現在、特養139床中、2床を専用ベッドとして活用している。(これとは別に、3床でベッドシェアリングを実施)
- 具体的には、以下①～③を必要に応じて繰り返し提供し、状態が改善した人を在宅で支える仕組み作りにも努めている。
 - ① アセスメント入所を希望する利用者ごとに、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士を含むチームを編成。
 - ② チームで行うカンファレンスに基づき、専門的なメンバーで、適切なアセスメントやリハビリテーションを提供する。
 - ③ 入所の長期化により、受け入れへの家族の抵抗感が増大することを防ぐため、利用期間の目安を約1ヵ月～1ヵ月半に設定。

利用のきっかけ

- このサービスを知っているケアマネからの紹介や、入所相談の際に打診。
- 認知症や身体疾患によって決めるのではなく、家族の在宅継続希望が強い場合に勧める。

取組の効果

