

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回）	資料 1
令和5年11月16日	

# 介護老人福祉施設・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 （改定の方角性）

厚生労働省 老健局

1. これまでの分科会における主なご意見
2. 論点及び対応案
3. 参考資料



1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案

3. 参考資料

# 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・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)①

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

## (施設系サービスの経営状況)

- 施設系の介護サービスは介護医療院以外のサービスでは収支差率が年々逋減しており、厳しい経営状況に追い込まれている。特に持続的に安定して介護サービスを提供する観点から、今般の電気代等の高騰に対応するため、迅速かつ柔軟な支援措置を講じるなどの検討をいただきたい。

## (人員配置・配置医師)

- 医療をはじめ、専門職人材の安定確保や処遇の安定のために、例えば、合計定員で専従とみなすなど、安定確保・定着が進むようなことも検討してはどうか。
- 配置医師の仕組みは残しつつ、特養と、配置医師と、例えば、その地域の地域包括ケア病棟を有するような中小病院あるいは在宅療養支援病院との良好な関係の構築が重要。さらに、配置医師が対応困難な場合に、連携する中小病院がカバーを行う配置医師のバックアップサポート体制も必要ではないか。
- 入所者の利用ニーズに対応していくためにも、配置医師を最大限に活用していくべきではないか。

## (看取り)

- 看取りができる体制整備、医療分野との連携強化を進めるためにも、さらなる評価の充実が必要ではないか。
- 特に御本人の意思が尊重されているかどうかは極めて重要であり、そのような看取りをさらに進めて行く必要がある。
- 看取りの対応も役割であり、医療ニーズへの対応など早期に評価すべきではないか。

## (看護体制加算)

- 看護職員数が多い場合には、施設内で看取る方針、実際の看取り介護加算の算定割合が高いという結果が出ている。また、看護職員を基準より多く配置し、夜間・緊急時には、オンコールを含めた体制を取るなどして、重度化に対応している施設もあるため、看護体制加算の上位区分を設けるなど、看護体制の評価が必要ではないか。また、夜間等の看護職員のオンコール体制の負担軽減の視点も重要ではないか。

## (小規模介護老人福祉施設)

- 小規模特養の基本報酬については、経過措置の取扱いを継続すべきではないか。離島や過疎部においては、かなり赤字の幅が大きくなり、今後もそういったことが懸念されるところから、平成27年度の介護報酬改定水準を基準に報酬を見直していただきたい。

# 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・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)②

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

## (薬剤管理)

- 職員の負担軽減や適切な薬剤管理、薬剤の一元的管理の観点から、薬剤師と特養の医師等との連携強化が必要。また、末期の悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケアについては、緊急時対応や頻回の訪問が集中的に必要となる場合があり、現在、そのような利用者への居宅療養管理指導は月8回まで認められているが、週2回までとされているため、必ずしも対応できない。そのような場合には、もう少し柔軟な対応が可能となるように整理が必要ではないか。

## (口腔管理)

- 中等度以上の方では、熱発や誤嚥性肺炎などを頻回に繰り返すケースも多く、口腔の管理が計画的かつ継続的に実施される仕組みとともに、栄養やリハの観点も総合的に加えた仕組みを検討すべきではないか。

## (ユニットケア)

- 入所者へのケアの質や職員の負担等についてしっかりと検証し、ユニットケアのさらなる推進に向けて必要な見直しを行っていくべきではないか。

※ 第221回及び第229回介護給付費分科会において、公益社団法人全国老人福祉施設協議会から以下の要望の提出があった。

- ・ 基本報酬の増額
  - ・ 介護従事者の処遇改善
  - ・ 食費・居住費に係る基準費用額の見直し
  - ・ 介護報酬改定の施行時期
  - ・ 特別養護老人ホーム関係
    - (1) 特別養護老人ホームの医療アクセスの向上
    - (2) 小規模特別養護老人ホーム（定員30人）の存続について
    - (3) 特例入所の更なる活用促進
    - (4) 日常生活継続支援加算の要件の見直し
- 等

# 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・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)③

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

- ※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国個室ユニット型施設推進協議会から、以下について要望があった。
- ・ ユニットケア研修の充実を図り、サービスの向上とユニットケアの普及を促進すべき
  - ・ 介護職員の賃金目標の設定と同目標の達成に向けた年次計画の策定及び物価等に連動した新たな介護報酬改定ルールの策定が必要
  - ・ 生産性・サービスの質向上の観点から、馴染みの関係を壊すことなく、2ユニットを一体的に運用することで、OJTで新たな人材を育てる仕組みをユニット型施設に導入すべき等
- ※ 第226回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国社会福祉法人経営者協議会から、以下について要望があった。
1. 賃金改善と物価対策の継続を図る報酬改定  
賃金改善と物価対策の継続を図る基本報酬の引上げ、全産業の賃上げ・物価上昇を踏まえた臨時改定も含めた対応
  2. 物価高騰への財政支援の拡充  
修繕・老朽改築・建替に備えた報酬・補助金の引上げ
  3. さらなる処遇改善・仕組みの一元化  
全産業と遜色ない水準までの早急な処遇改善、処遇改善加算の一元化、簡素化と事務負担軽減、対象職種・事業、法人裁量のさらなる拡大
  5. 医療・介護連携、認知症ケア等の拡充  
人工透析等を必要とする利用者への通院・治療支援の評価、医師の往診拡大等による日常的な医療の強化、医療専門職等を確保するための医療・介護連携の促進
  6. 効果的・効率的なサービス提供体制の強化  
ICT等の導入支援の継続、活用によるサービスの質向上と業務負担軽減の評価、自立支援・重度化防止のための加算の活用促進、生活相談員等によるソーシャルワーク業務の報酬での評価、生活困難を抱える高齢者を支援するための特養入所要件の緩和

等

1. これまでの分科会における主なご意見



2. 論点及び対応案

3. 参考資料

# 介護老人福祉施設 目次

論点 1. 緊急時の医療提供体制の整備等	9
論点 2. 透析が必要な入所者の送迎・付き添いの評価	24
論点 3. 小規模介護老人福祉施設等の基本報酬の見直し	28
論点 4. 小規模介護老人福祉施設の配置基準の緩和	33
論点 5. ユニットケアの質向上・普及促進	34



# 論点① 緊急時の医療提供体制の整備等

## 論点①

- 介護老人福祉施設について、今後も中重度の高齢者が増加することが見込まれる中、入所者のニーズにこたえ、安定的にサービスを提供するために、必要な医療提供体制を確保する必要がある。
- 介護老人福祉施設においては医師の配置が義務づけられているが、必ずしも常勤ではなく、配置医師との契約形態等により、配置医師が不在時に急変時の対応が難しい状況が発生しうる。配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法は、「配置医師によるオンコール対応」が最も多いが、「原則、救急搬送」とする施設も3割程度存在している。
- 配置医師が担う緊急時の対応については、
  - ・ 嘱託契約が6割、1か月の勤務時間数の平均が13.3時間である配置医師に24時間365日の駆けつけ対応を求めることは現実的でないこと
  - ・ 施設の64%が配置医師に期待する役割として「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」を挙げているが、配置医師によって対応にばらつきがあること
  - ・ 時間外の駆けつけ対応は配置医師にとって採算が合わず、事実上配置医師の持ち出しとなっていること等が指摘されている。

（参考）駆けつけ対応時の報酬について、配置医師の「基本報酬に含まれる」とする施設が56.9%である一方で、「別途、駆けつけ1回あたり報酬を支払う」とする施設は14.9%であった。
- また、診療報酬との給付調整については、配置医師が算定できない診療報酬と、配置医師以外の医師が初・再診料や往診料、検査、処置等、在宅患者訪問診療料を算定できる場合が通知により定められているが、調査の結果、既存の給付調整の仕組みが十分に理解されていないことがわかった。
- 規制改革実施計画（令和4年6月7日閣議決定）では、配置医師の実態、特養における入居者の医療ニーズの具体的内容、入居者に対して現に行われている医療対応などについて必要な調査を実施した上で、当該調査結果を踏まえ、特養における医療ニーズへの適切な医療提供を可能とするための必要な措置について検討を行い、結論を得次第速やかに必要な措置を講ずることとされている。
- 介護老人福祉施設をとりまく配置医師や配置医師以外の医師、看護職員、協力病院等の関係者による医療提供体制を整備し、適切に入所者の医療ニーズにこたえていくために、どのような方策が考えられるか。

## 対応案

(施設・配置医師・協力病院による緊急時等の対応方針の策定)

- 介護老人福祉施設において、配置医師や配置医師以外の医師、看護職員による対応も含め、入所者への医療提供体制を確保する観点から、協力医療機関との連携体制の構築（第231回社会保障審議会介護給付費分科会【資料5】「高齢者施設等と医療機関の連携強化」参照）とあわせて、配置医師の対応が困難な場合の緊急対応については、施設・配置医師・協力病院の3者でその役割分担等を協議し、運営基準により施設があらかじめ定めることとされている緊急時等の対応方針（いわゆる緊急時等対応マニュアル）に反映することとしてはどうか。

(緊急時等の対応方針の定期的な見直しの義務づけ)

- 緊急時等の対応方針について、配置医師・協力病院の協力を得て、定期的な見直し（1年に1回程度）を行うことを施設に義務づけることとしてはどうか。

(配置医師緊急時対応加算の見直し)

- 協力医療機関との夜間休日を含めた連携体制の強化が検討されている一方で、これまで配置医師が担ってきた日中の急変対応を評価する観点から、現行、早朝・夜間及び深夜にのみ加算することとされている配置医師緊急時対応加算について、配置医師が、日中であっても、通常の勤務時間外に急変等に対応するために駆けつけ対応を行った場合について、報酬上一定の評価を行うこととしてはどうか。

(給付調整のわかりやすい周知)

- 配置医師が算定できない診療報酬、配置医師でも算定できる診療報酬であって特養で一般的に算定されているものについて、誤解されやすい事例を明らかにするなど、わかりやすい方法で周知を行うこととしてはどうか。

# 運営基準に定める緊急時等の対応について

## ○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

（緊急時等の対応）

第二十条の二 指定介護老人福祉施設は、現に指定介護福祉施設サービスの提供を行っているときに**入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、第二条第一項第一号に掲げる医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めておかなければならない。**

## ○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3月17日老企第43号）抄

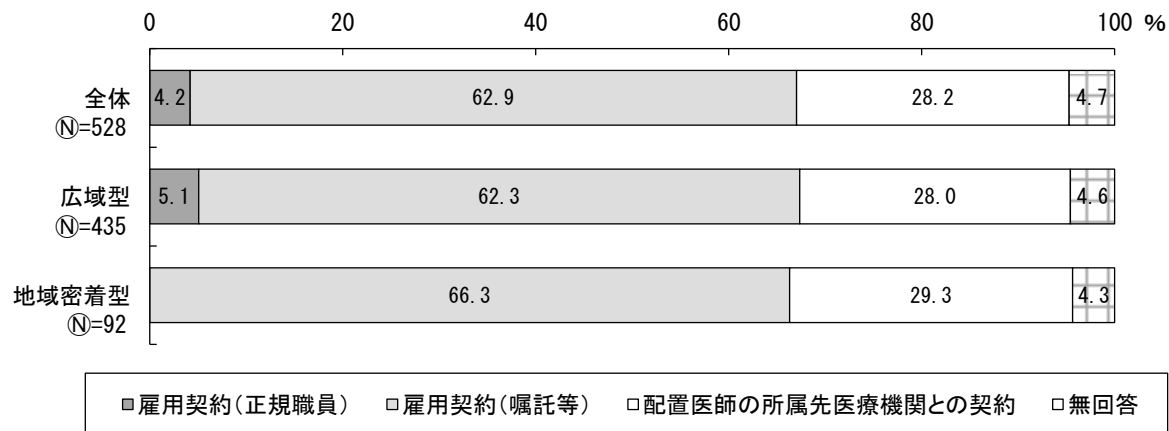
22 緊急時等の対応（基準省令第21条の2）

基準省令第20条の2は、入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対してあらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めなければならないことを義務付けるものである。対応方針に定める規定としては、例えば、**緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等**があげられる。

# 介護老人福祉施設における配置医師の雇用形態・勤務状況（時間数）

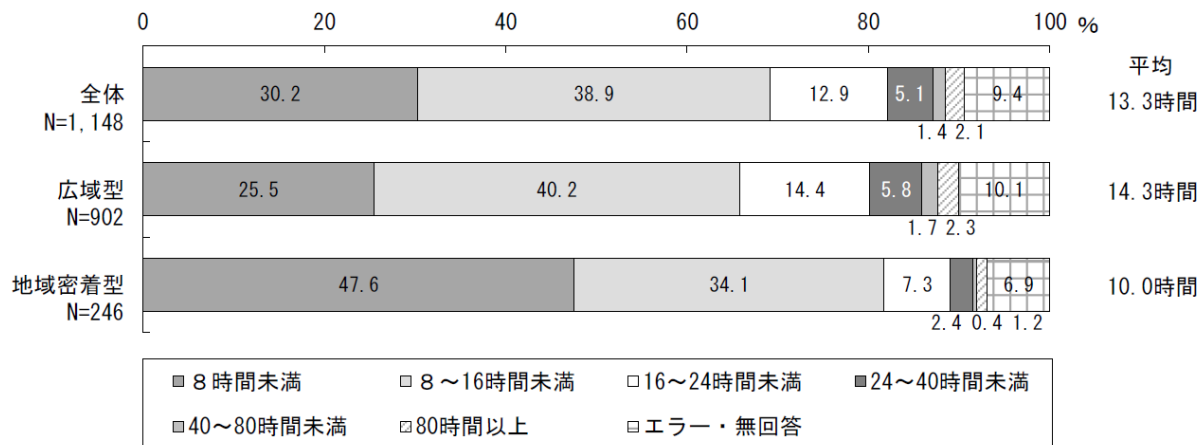
- 雇用形態は「雇用契約（嘱託等）」が62.9%で最も多く、「配置医師の所属先医療機関との契約」が28.2%、「雇用契約（正規職員）」が4.2%である。
- 主たる配置医師（1名）の2022年9月1か月の勤務実績は、時間数をみると、「8～16時間未満」が最も多く38.9%、次いで「8時間未満」が30.2%と続き、月平均は13.3時間であった。

## ○ 雇用形態



## ○ 1か月の勤務状況

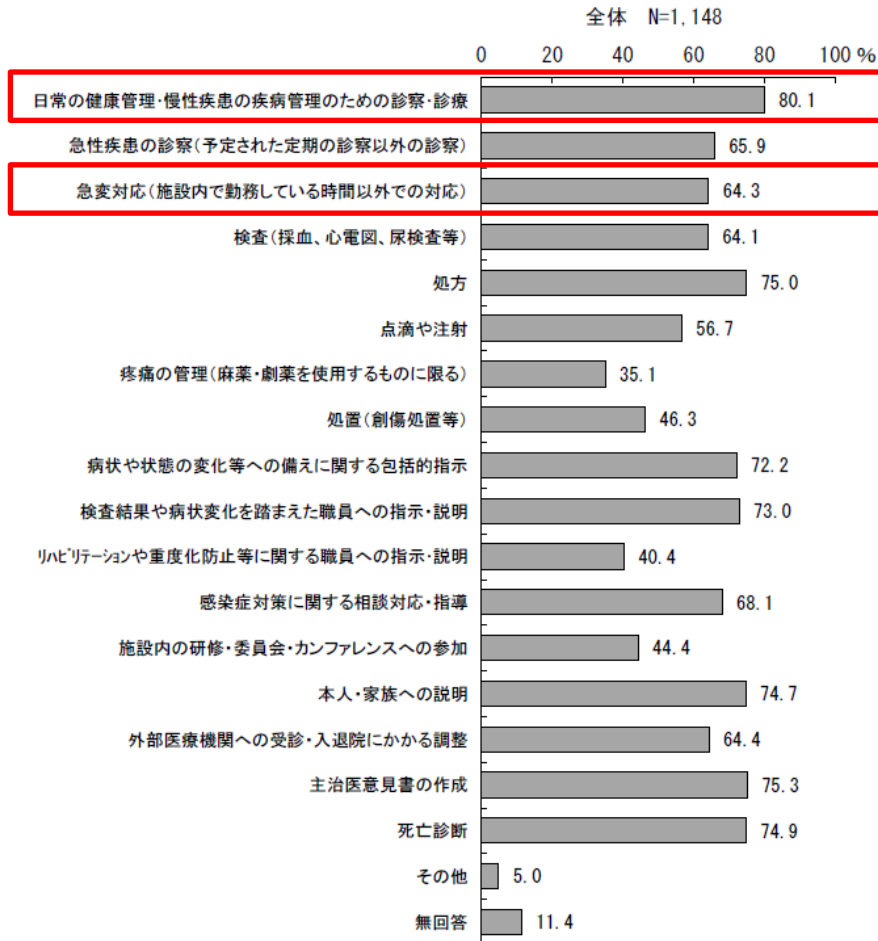
図表 1か月の勤務状況（2022年9月1か月の実績）—時間



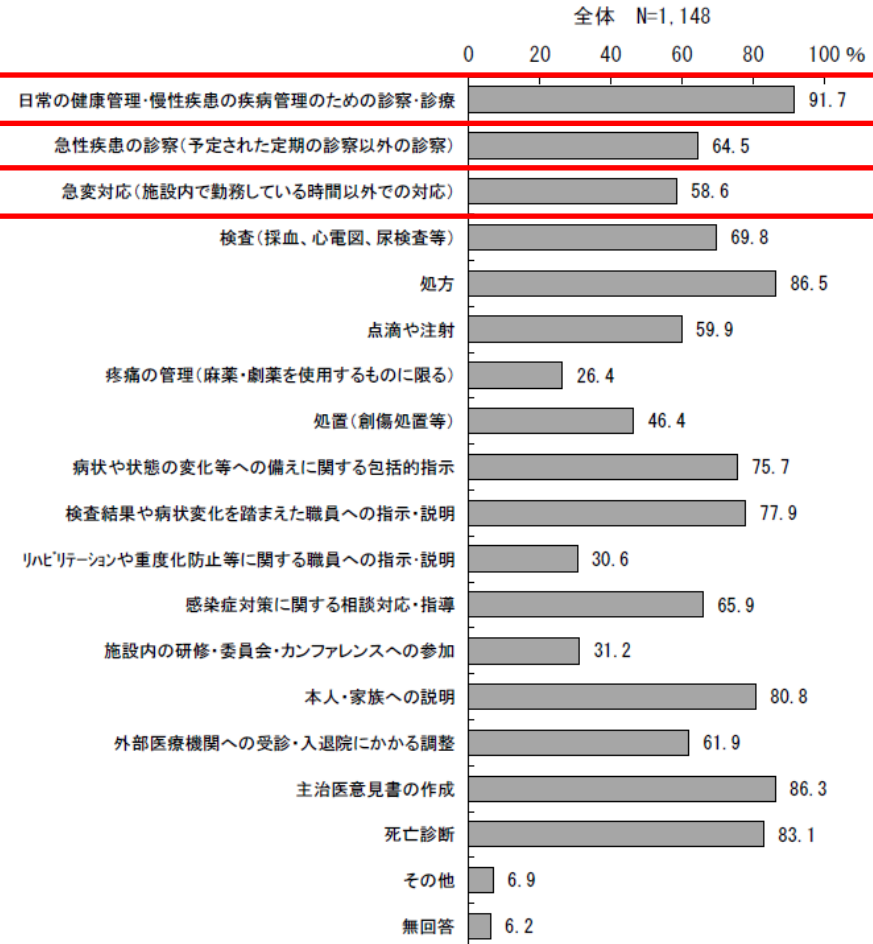
# 配置医師に期待する役割・配置医師が実際に果たしている役割

- 施設が配置医師に期待する役割としては、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」が80.1%と最も多く、実際にその役割を果たしていると回答した施設は91.7%であった。
- 配置医師に「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」を期待する施設は65.9%である一方で、実際にその役割を果たしていると回答した施設は58.6%であった。

## ○ 配置医師に期待する役割（複数回答）

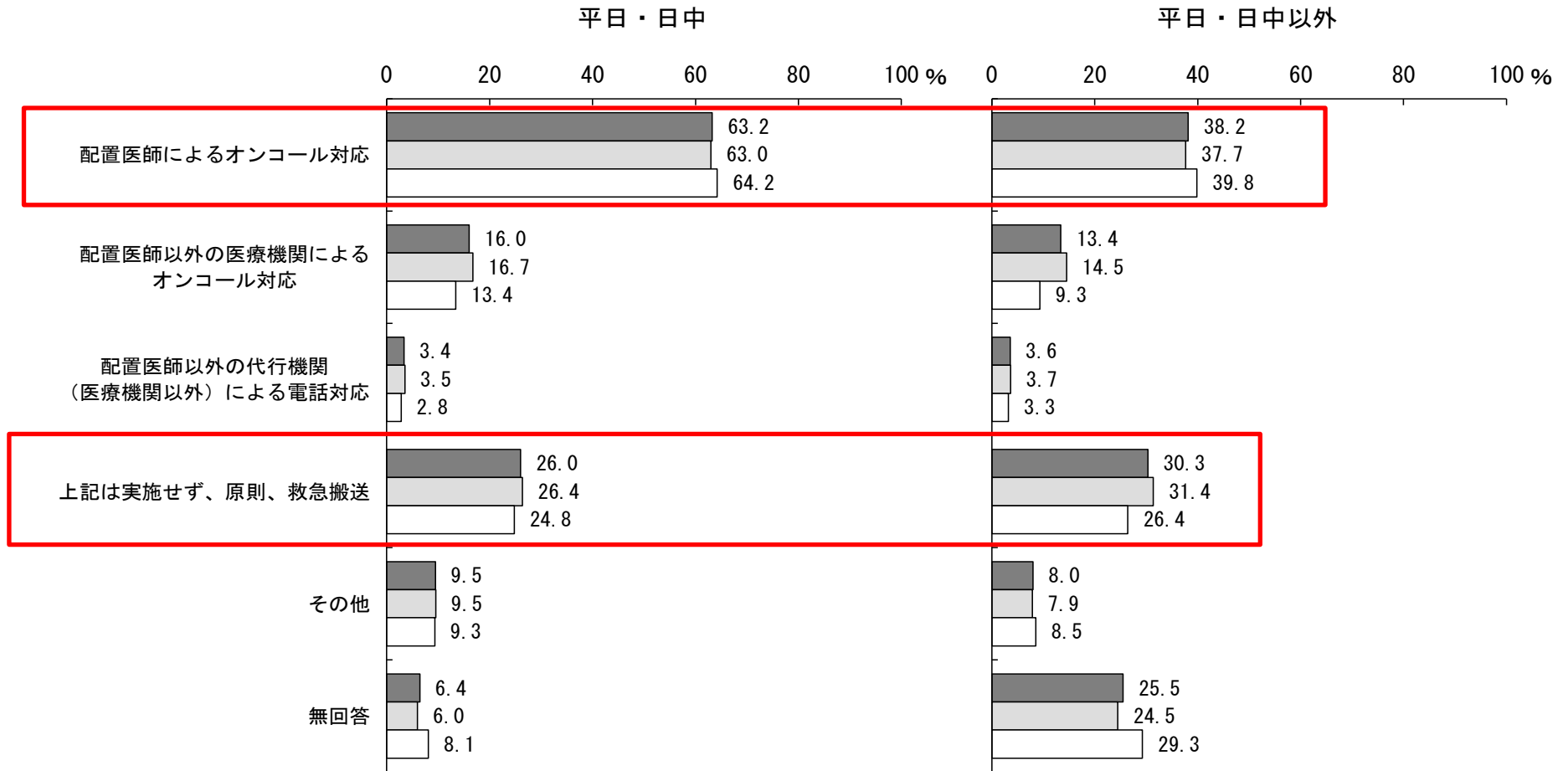


## ○ 配置医師が実際に果たしている役割（複数回答）



# 配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法①

○ 配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法は、平日・日中、平日・日中以外どちらも、「配置医師によるオンコール対応」がそれぞれ63.2%と38.2%で最も多いが、「原則、救急搬送」が平日・日中、平日・日中以外どちらも26.0%、30.3%と続いている。



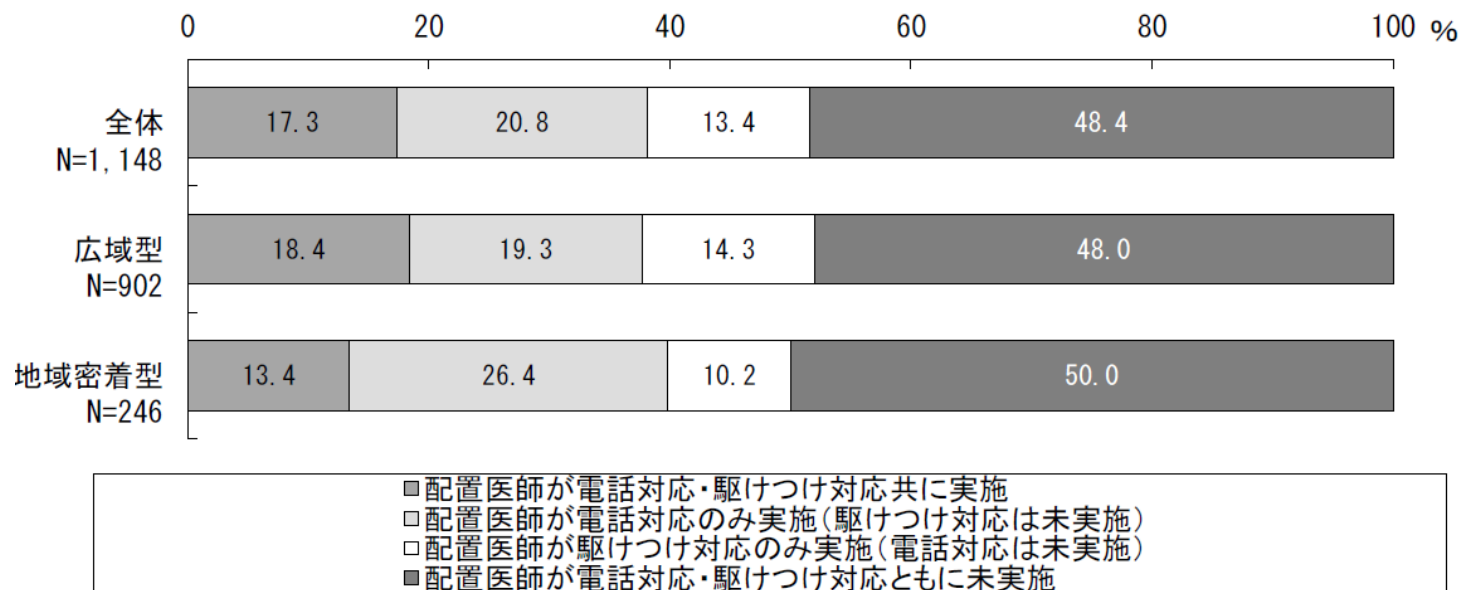
※ここでいう「オンコール対応」とは、電話対応に加え、必要な時に駆けつけ対応することをいう

■全体 N=1,148  
 □広域型 N=902  
 □地域密着型 N=246

## 配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法②

- 平日・日中以外における配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法を、電話対応・駆けつけ対応の2つの対応有無で分類したところ、「配置医師が電話対応・駆けつけ対応共に実施」とする施設は17.3%、「配置医師が電話対応・駆けつけ対応ともに未実施」とする施設は48.4%であった。

図表 配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法(平日・日中以外)

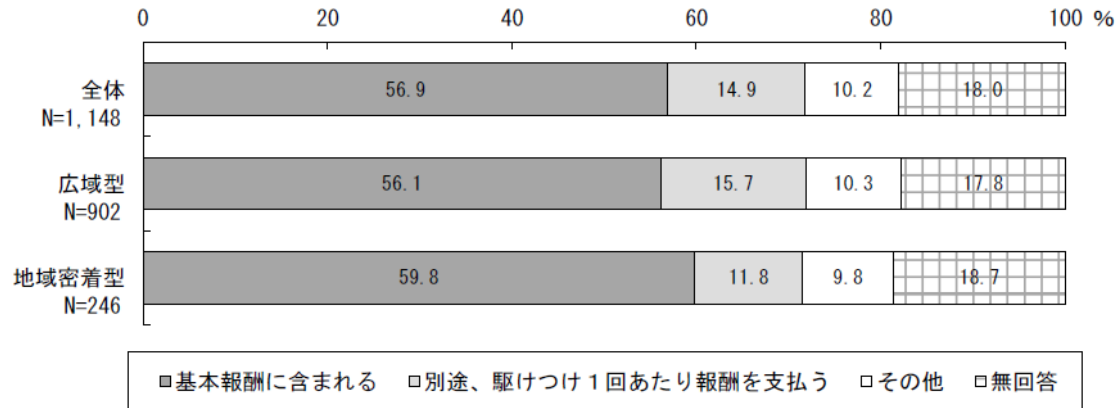




# 駆けつけ対応時の報酬体系・1回あたりの報酬額

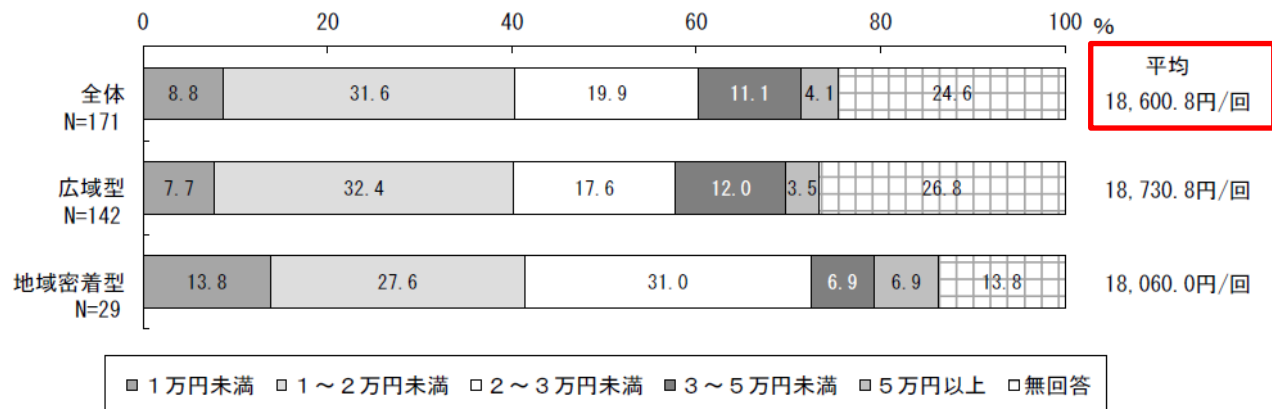
- 配置医師の駆けつけ対応時の報酬体系は、「基本報酬に含まれる」が56.9%、「別途、駆けつけ1回あたり報酬を支払う」が14.9%であった。
- 駆けつけ1回あたりの報酬額を設定している施設における駆けつけ1回あたり報酬額にはばらつきがあり、平均では約18,600円であった。

図表 駆けつけ対応時の報酬体系



図表 駆けつけ1回あたりの報酬額

(駆けつけ1回あたり報酬の施設のみ)

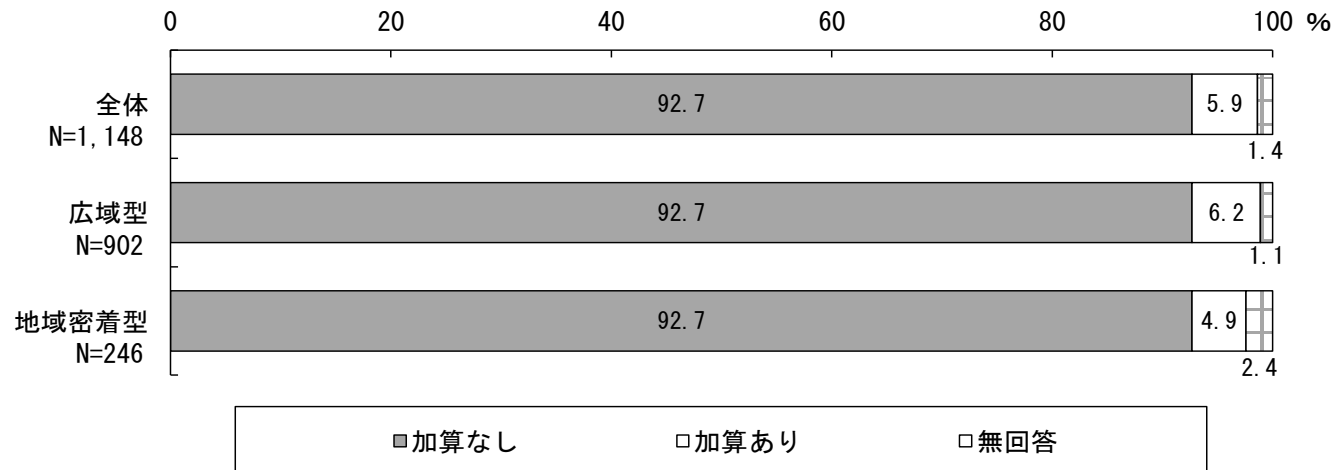




# 配置医師緊急時対応加算

配置医師緊急時対応加算	
単位数	○早朝・夜間の場合 650単位/回 深夜の場合 1300単位/回
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設において、配置医師が施設の求めに応じ、早朝（午前6時～午前8時）、夜間（午後6時から午後10時）、又は深夜（午後10時～午前6時）に介護老人福祉施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に加算する。</li> <li>・看護体制加算（Ⅱ）を算定していない場合は、算定しない。</li> </ul>
厚生労働大臣が定める施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と当該介護老人福祉施設の間で、具体的な取決めがなされていること。</li> <li>・複数名の配置医師を置いていること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24時間対応できる体制を確保していること。</li> </ul>

## ○ 配置医師緊急時対応加算の算定状況

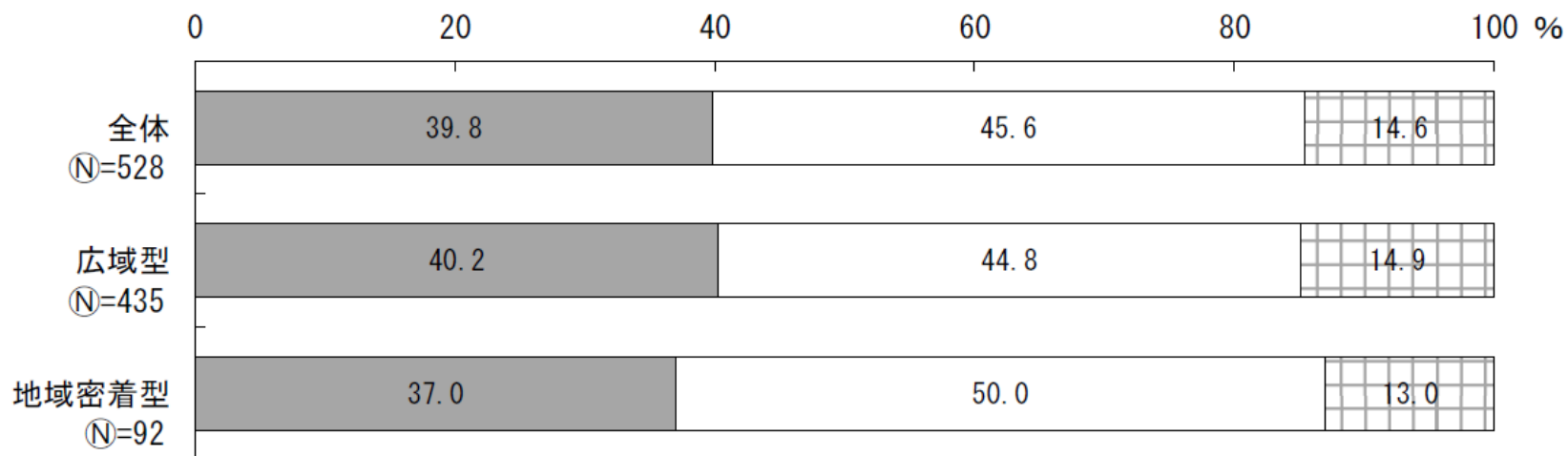


出典：令和4年度 老人保健健康増進等事業 「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究」

# 配置医師による「配置医師緊急時対応加算」の認知状況

○ 配置医師緊急時対応加算の認知状況は、「配置医師が入所者を往診すると特養が加算を算定できると知らなかった」が39.8%、「加算があることを知っている」が45.6%であり、およそ4割の配置医師が、特養が配置医師緊急時対応加算を算定できることを知らない。

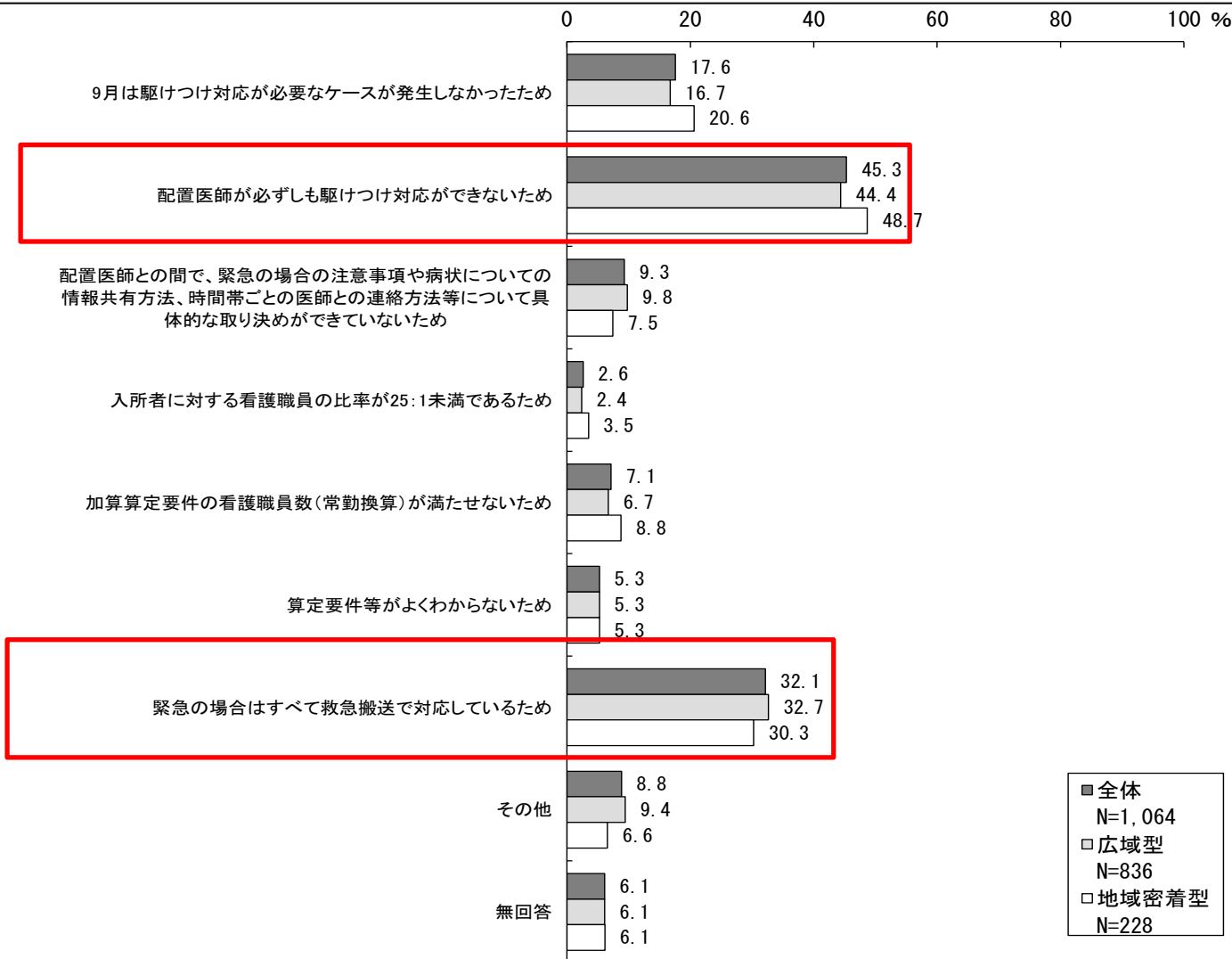
※配置医師調査において、配置医師緊急時対応加算の認知状況について「配置医師が入所者を往診すると特養が加算を算定できると知らなかった」または「加算があることを知っている」と回答。



- 配置医師が入所者を往診すると特養が加算を算定できると知らなかった
- 加算があることを知っている
- 無回答

# 配置医師緊急時対応加算を算定していない理由

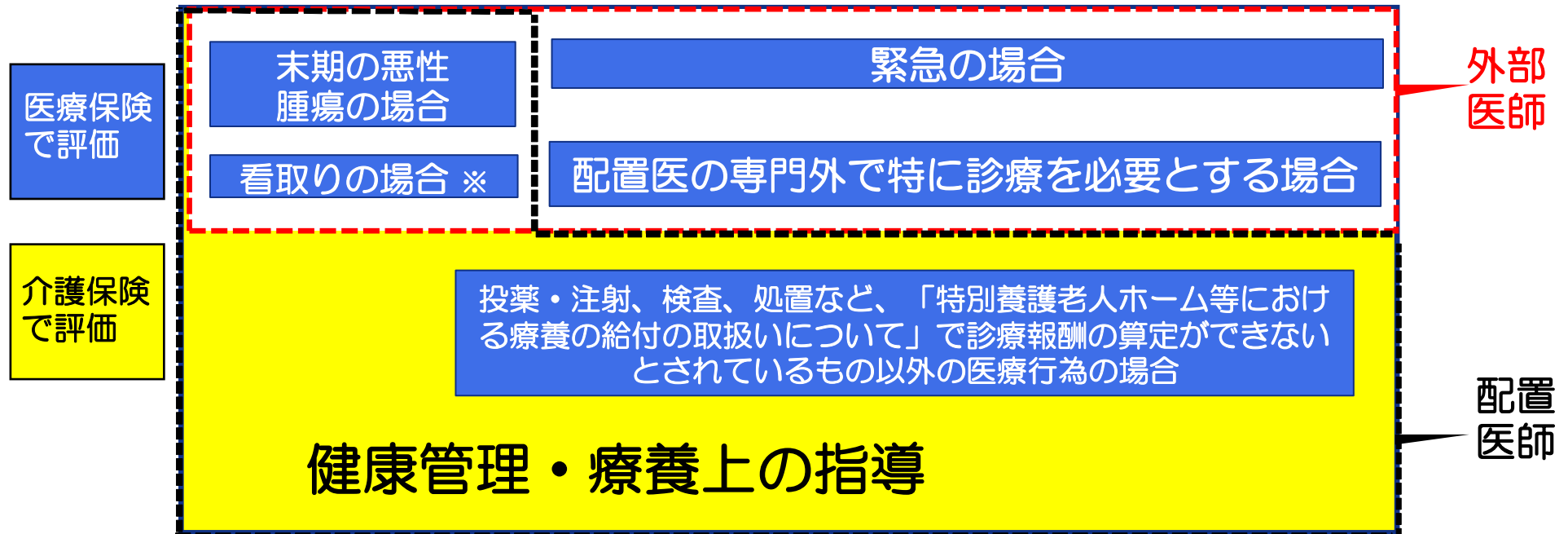
- 配置医師緊急時対応加算を算定していない理由は、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」が45.3%で最も多く、次いで「緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため」が32.1%と続いている。



# 介護老人福祉施設における医療の提供について

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、基準上、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、この配置医師が行う健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されるため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできない。
- 一方で、配置医師以外の医師（外部医師）については、（１）緊急の場合、（２）配置医師の専門外の傷病の場合に、「初・再診料、往診料」等を算定できる。また、（３）末期の悪性腫瘍の場合、（４）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限っては、「在宅患者訪問診療料」等も算定できる。
- こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「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号厚生労働省保険局医療課長通知。令和4年3月25日一部改正）で規定している。

医療保険・介護保険の役割のイメージ

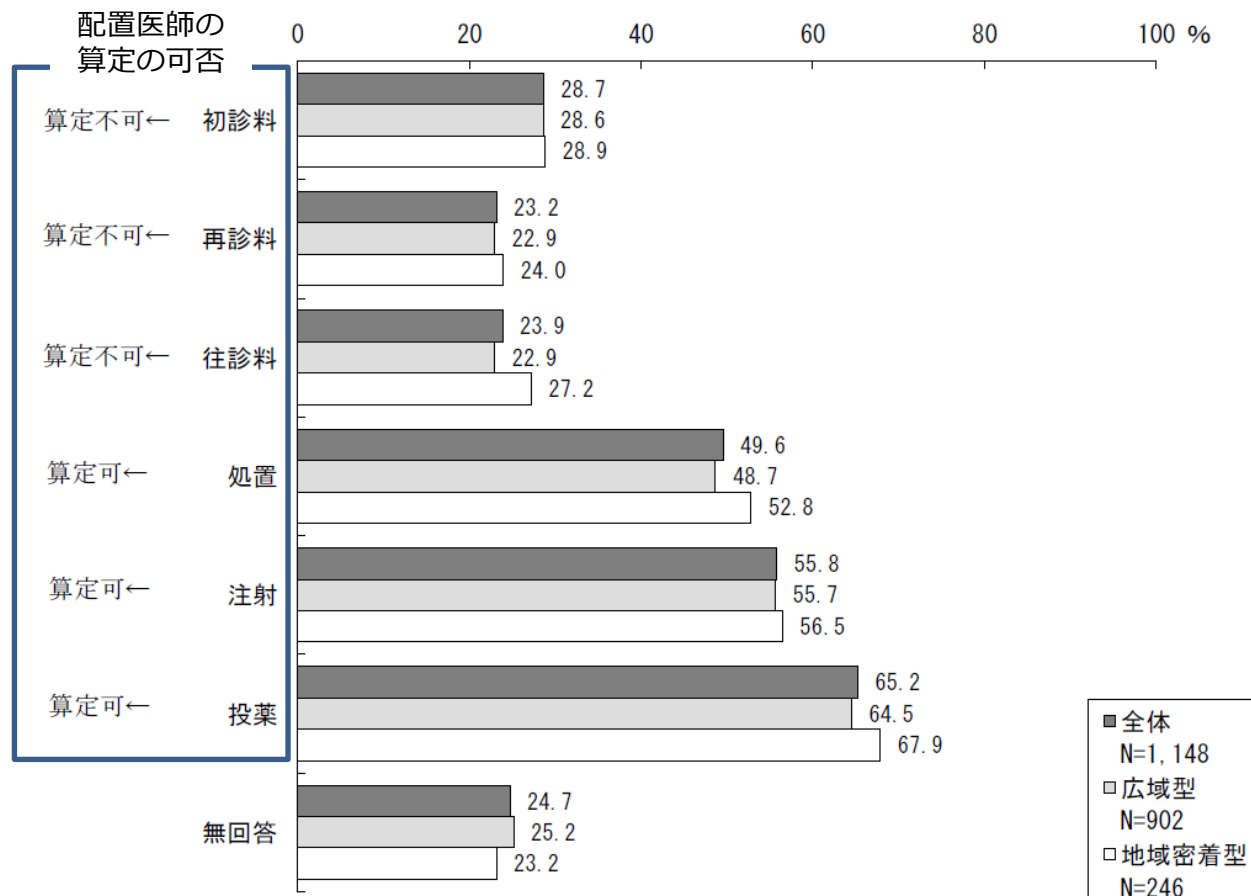


※ 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。

# 配置医師が算定できる診療報酬の認知（給付調整に関する施設の認識）

- 配置医師が算定できる診療報酬と算定できない診療報酬について施設の認識を調査したところ、算定できない診療報酬である「初診料」「再診料」「往診料」について、約2割～3割程度の施設が算定できると誤認していた。
- また、配置医師が算定できる診療報酬である「処置」「注射」「投薬」について、「投薬」について算定できるとの認識が65.2%と最も高かったが、「注射」「処置」については、約半数程度の施設が算定できる認識がないことがわかった。

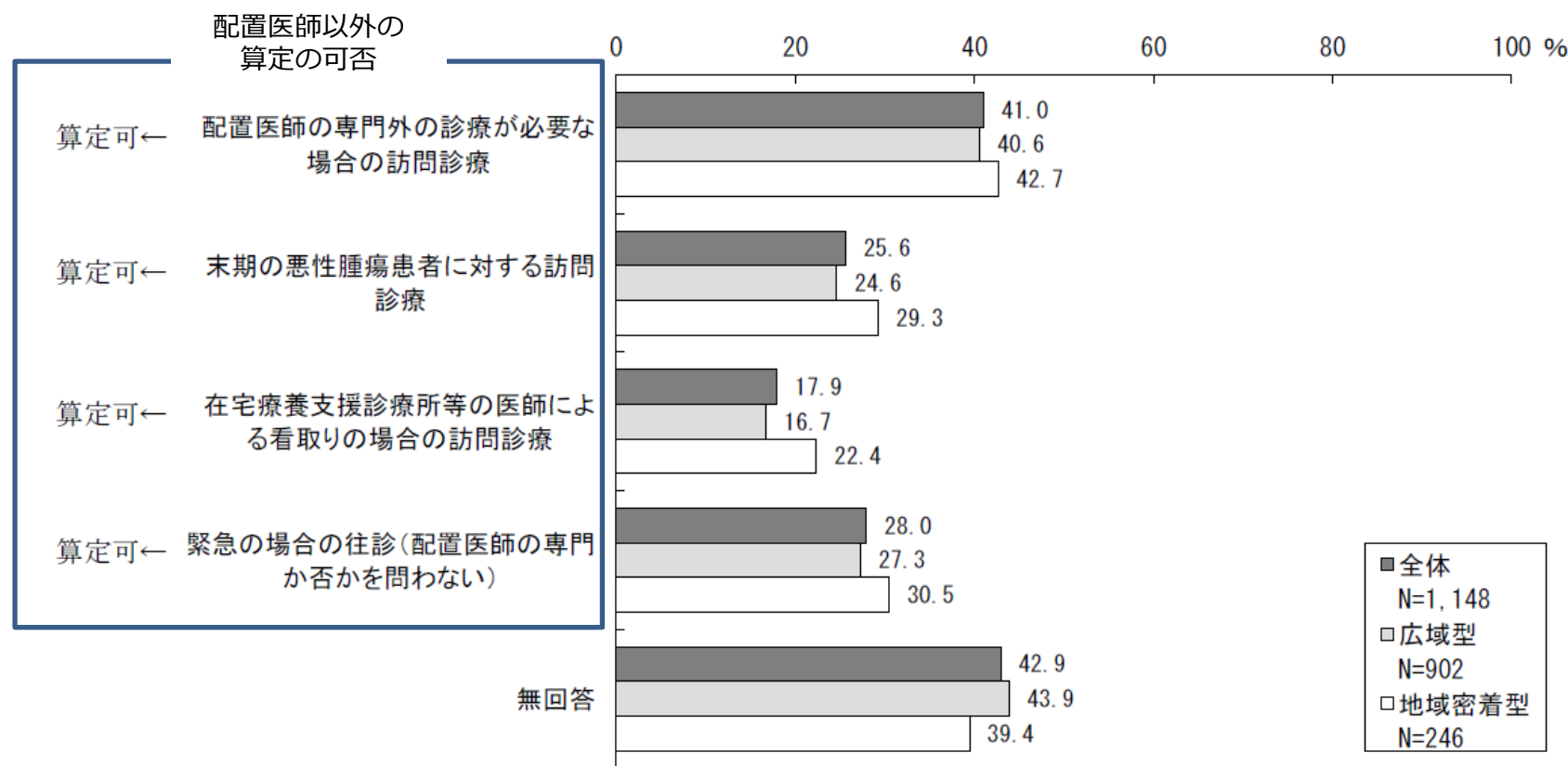
※施設調査において、診療報酬に関する施設の認識として「配置医師による入所者に対する診療行為に関し、診療報酬が算定できる」と認識している行為についてあてはまるもの全てを選択式で回答



# 配置医師以外が算定できる診療報酬の認知（給付調整に関する施設の認識）

○ 配置医師以外の医師が入所者に対して行う診療行為に関し、実際には診療報酬を算定できる「配置医師の専門外の診療が必要な場合の訪問診療」について「算定できる」と正しく認識している施設は41.0%にとどまっていた。特に「在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合の訪問診療」については、正しく認識している施設が少なく、17.9%にとどまっていた。

※施設調査において、診療報酬に関する施設の認識として「配置医師以外による入所者に対する診療行為に関し、診療報酬が算定できると認識している行為についてあてはまるもの全てを選択式で回答

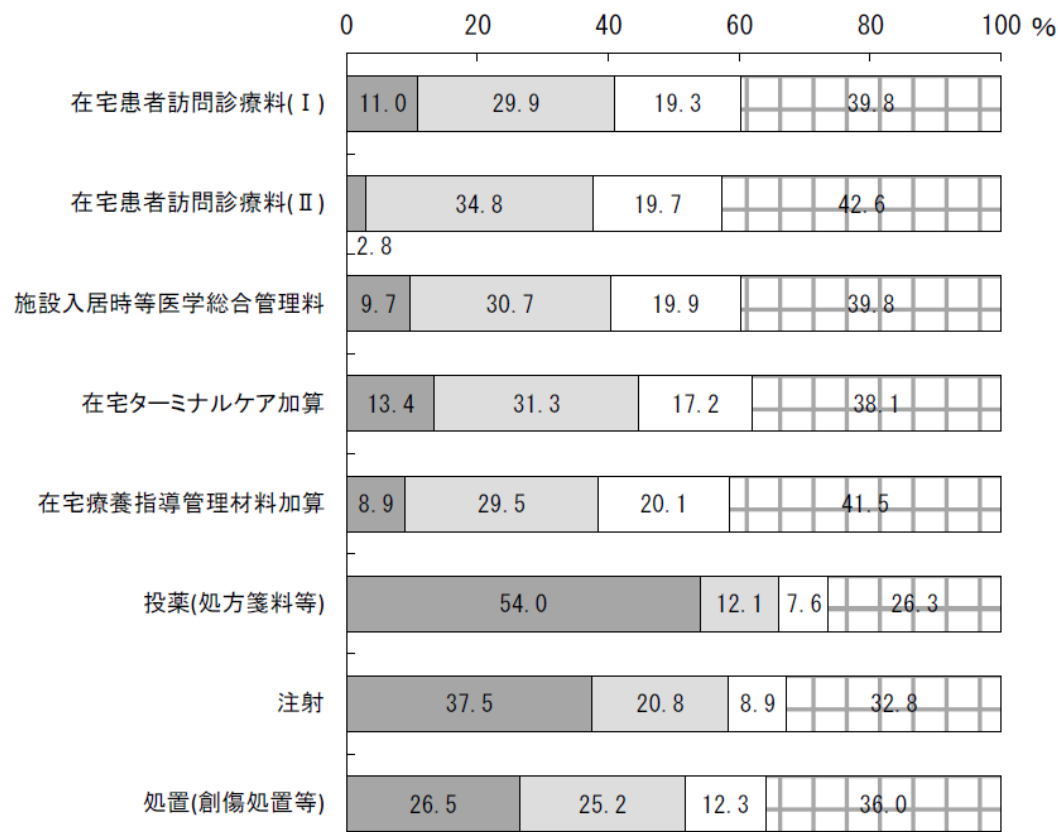


# 配置医師が特養入所者に対し算定できる診療報酬の算定状況

○ 配置医師が「算定できることを知らなかった」診療報酬は、「在宅療養指導管理材料加算」が20.1%と最も多く、「施設入居時等医学総合管理料」が19.9%と続いている。「投薬（処方箋料等）」については、「算定できることを知らなかった」が7.6%と低く、「実際に算定したことがある」と答えた割合は54.0%であった。

※配置医師調査において、特養入所者に対し算定できる診療報酬の算定状況について「算定したことがある」「算定できることは知っているが算定したことはない」「算定できることを知らなかった」のいずれかを回答。

全体 N=528



算定したことがある  
 算定できることは知っているが、算定したことはない  
 算定できることを知らなかった  
 無回答

## 論点② 透析が必要な入所者の送迎・付き添いの評価

### 論点②

- 介護老人福祉施設における通院介助・付き添いは、日常生活上の健康管理として基本報酬により評価しているが、特に、人工透析患者など一定以上頻回に通院が必要な入所者を抱える場合は、送迎コストや送迎時に施設内の職員体制が手薄になるなどの負担が恒常的に生じることから、関係団体から送迎にかかる評価を求める意見がある。
- また、「透析が必要な入所者の日常的な観察・送迎」を要する者について、7割以上の施設で「入所を断る」方針とされており、こうした受入れ方針の設定には、定期的な送迎にかかる負担が背景にあると考えられる。
- 透析が必要な患者であっても介護老人福祉施設への入所が可能となるよう、施設での受入れ負担を軽減する観点から、どのような方策が考えられるか。

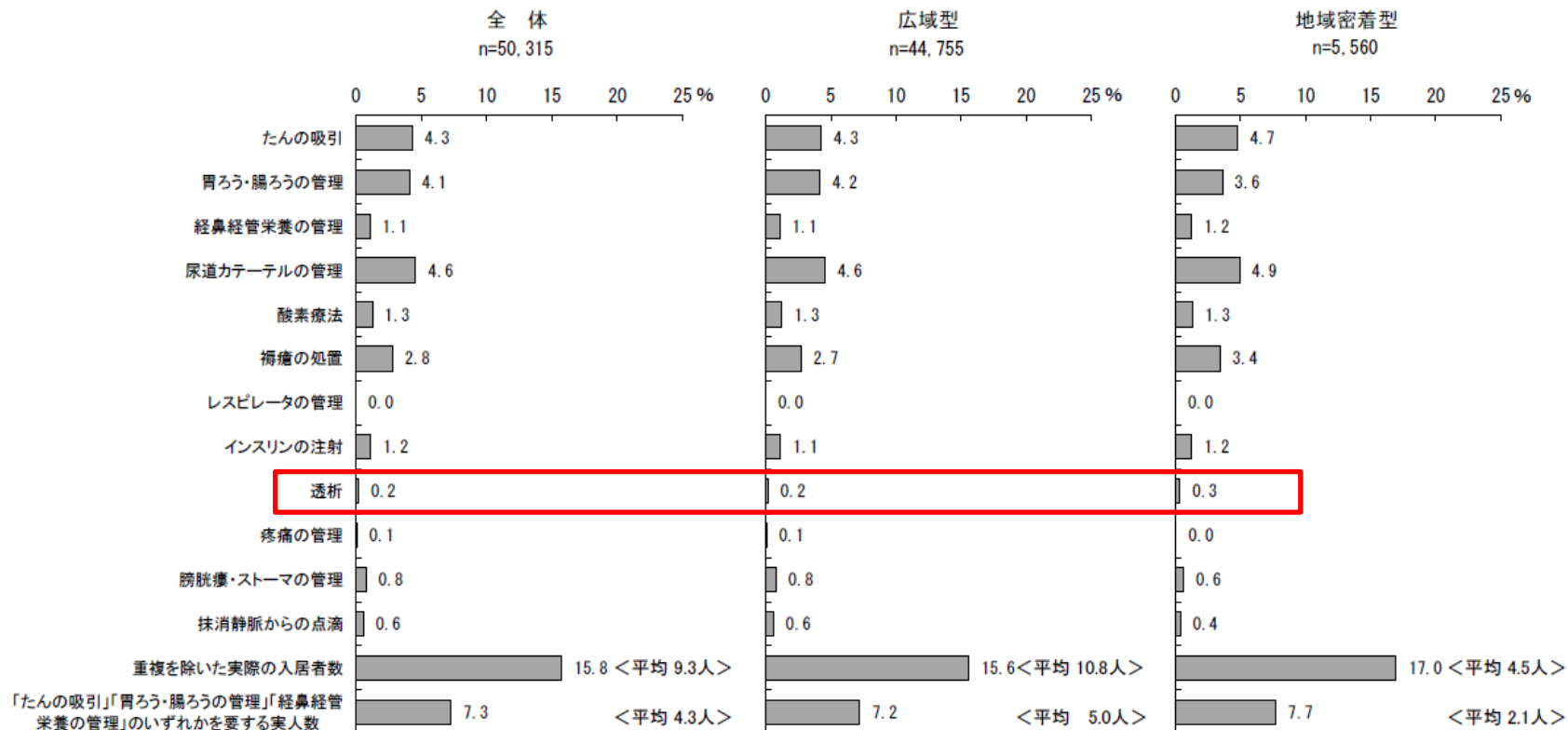
### 対応案

- 一定以上頻回に行われる通院介助・付き添い等を評価する観点や、透析が必要な者の受入れにかかる負担を軽減する観点から、①定期的かつ継続的な透析を必要とする入所者であって、②家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事由がある者について、③施設職員が月一定回数以上の送迎を行った場合について、報酬上新たに評価することとしてはどうか。



# 医療処置を有する入所者数

- 医療処置を要する入所者数（重複を除いた実人数）は、1施設あたり平均9.3人、入居者総数に占める割合は15.8%である。
- 処置の内容別にみると、「尿道カテーテルの管理」を要する入所者が最も多く4.6%、次いで「たんの吸引」を要する入所者が4.3%と続き、透析処置を有する入所者は0.2%である。



注)  $\Sigma$  (当該医療処置を要する入居者数)  $\div$   $\Sigma$  (入所者総数) で割合を算出。

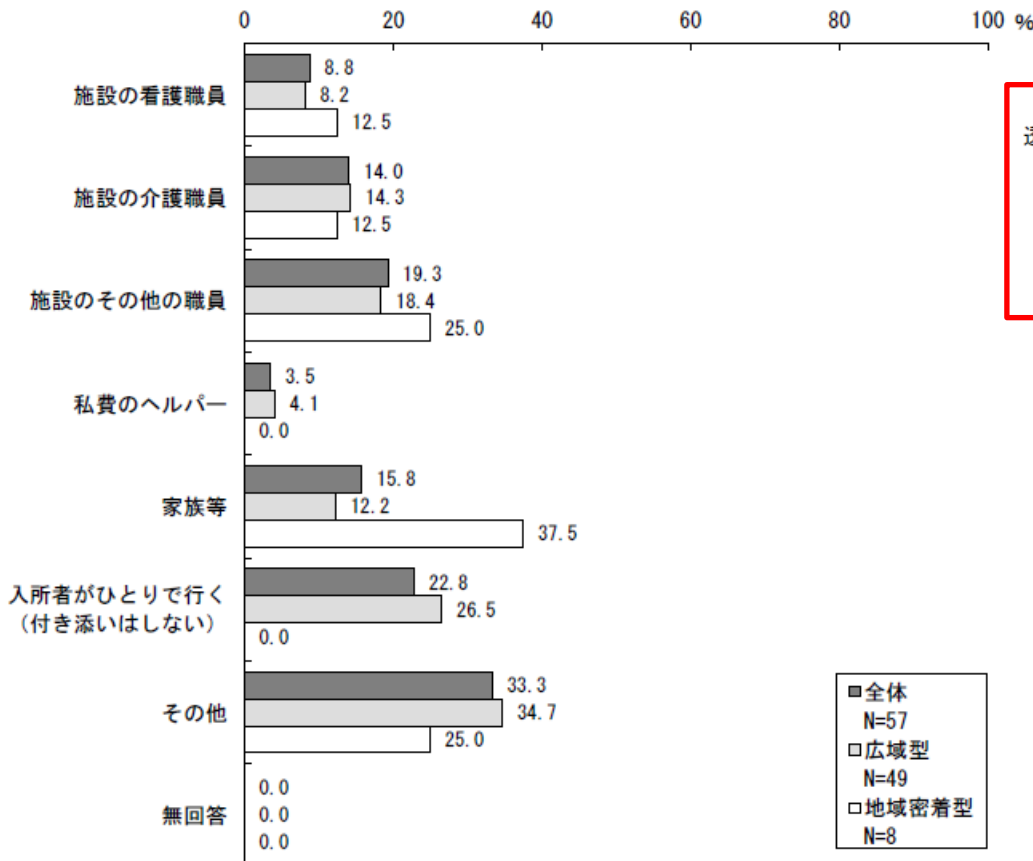
<>内は1施設あたり人数。上記数値作成に用いた回答施設数で分子 ( $\Sigma$  (当該医療処置を要する入居者数)) を除して算出。

このとき、n数を統一するため、すべての医療処置を要する人数および入居者数にエラー・無回答のない回答から作成。

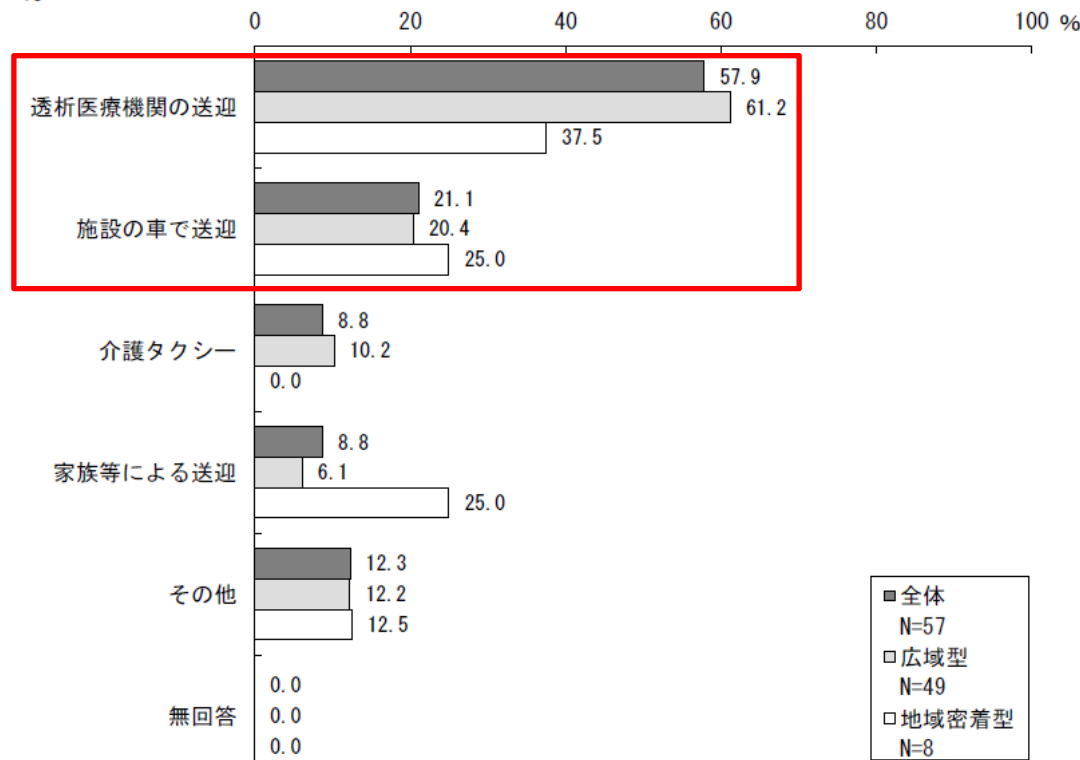
# 透析患者の付き添い・送迎者、送迎の方法

- 透析患者の付き添い・送迎者は、施設の職員のほか、「家族等」による付き添いや、「入居者がひとりで行く（付き添いはしない）」との回答があった。
- 透析患者の送迎の方法としては、「透析医療機関の送迎」が57.9%と最も多く、「施設の車で送迎」が21.1%と続いている。

透析患者の付き添い・送迎者（複数回答）

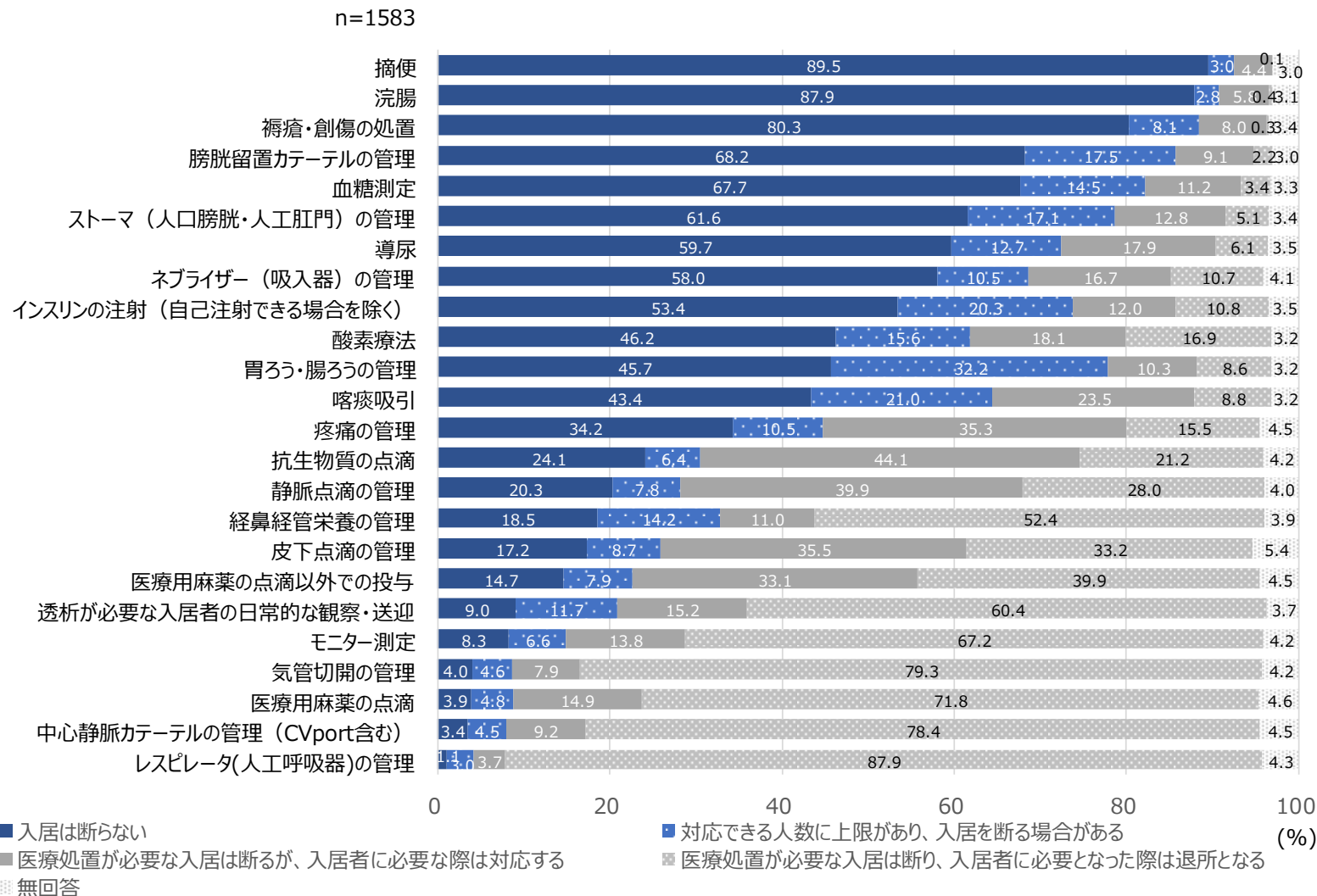


透析患者の送迎の方法（複数回答）



# 介護老人福祉施設における医療処置の提供方針（医療処置別の入所者の受入れ方針）

○ 「摘便」、「浣腸」、「褥瘡・創傷の処置」においては8割以上の施設が、「入所は断らない」としている一方、「透析が必要な入所者の日常的な観察・送迎」では、7割以上の施設が「入所を断る」としている。



# 論点③ 小規模介護老人福祉施設等の基本報酬の見直し

## 論点③

- 小規模介護福祉施設等の基本報酬については、報酬体系の簡素化や報酬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が、令和3年度報酬改定において、その収支差率について地域差が見られたことから、統合に向けて引き続き検討していくべきとされ、現在も広域型の介護老人福祉施設等と比べて高い基本報酬が設定されている。
- 令和4年度老人保健健康増進事業によれば、小規模介護老人福祉施設の経営状況は立地によって違いが見られ、離島又は過疎地域に所在する施設は経常増減差額が低い傾向となっていることがわかった。また、定員規模別の収支差率を見ると、規模の大きい事業所の収支差率が高い傾向が確認できるが、一部の小規模介護老人福祉施設は、広域型の介護老人福祉施設と併設されており、実態上は大規模施設として運営が行われているケースも存在する。
- 小規模介護老人福祉施設の所在地を調べた結果、離島・過疎地域（※）に所在する施設が約4割、離島・過疎地域以外に所在する施設が約6割であった。また、離島・過疎地域以外に所在する小規模介護老人福祉施設のうち、約64%（小規模介護老人福祉施設全体のうち約39%）は、広域型の介護老人福祉施設と併設されていることがわかった。
  - ※ 離島振興法による離島振興対策実施地域及び過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法による過疎地域をいう。
- 小規模介護福祉施設等の基本報酬について、通常の基本報酬との統合に向けて引き続き検討していくべきとされているが、どのように対応することが適切か。

## 対応案

- 離島・過疎地域以外に所在する小規模介護老人福祉施設であって、広域型の介護老人福祉施設と一体的に運営されている場合には、1年間の経過措置を設けたうえで、通常の基本報酬に統合することとしてはどうか。
- 併せて、経過的に地域密着型施設よりも高い報酬が設定されている経過的な地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（定員26～29名）（※）についても、離島・過疎地域に所在する場合を除き、1年間の経過措置を設けたうえで、地域密着型施設の基本報酬に統合することとしてはどうか。
  - ※ 平成18年度報酬改定において、3年間の経過措置の後、地域密着型施設の報酬に統合することとされたが、3年後の平成21年度報酬改定以降も、経過措置は維持されたままとなっている。現在の請求事業所は約10件。
- 離島・過疎地域に所在する小規模介護老人福祉施設及び離島・過疎地域以外に所在し、他の広域型の介護老人福祉施設と一体的に運営されていない小規模介護老人福祉施設については、令和6年度報酬改定においては、通常の基本報酬への統合は行わないこととし、引き続き統合に向けて経営実態を把握することとしてはどうか。

# 小規模特養の状況と立地別の経営状況

- 小規模特養の請求事業所数は約500事業所であり、うち約4割は離島・過疎地域に所在している。
- 小規模特養の経営状況は立地によって違いが見られる。

## ○ 小規模特養の請求事業所数

請求事業所数 (令和5年6月審査分)	498
-----------------------	-----

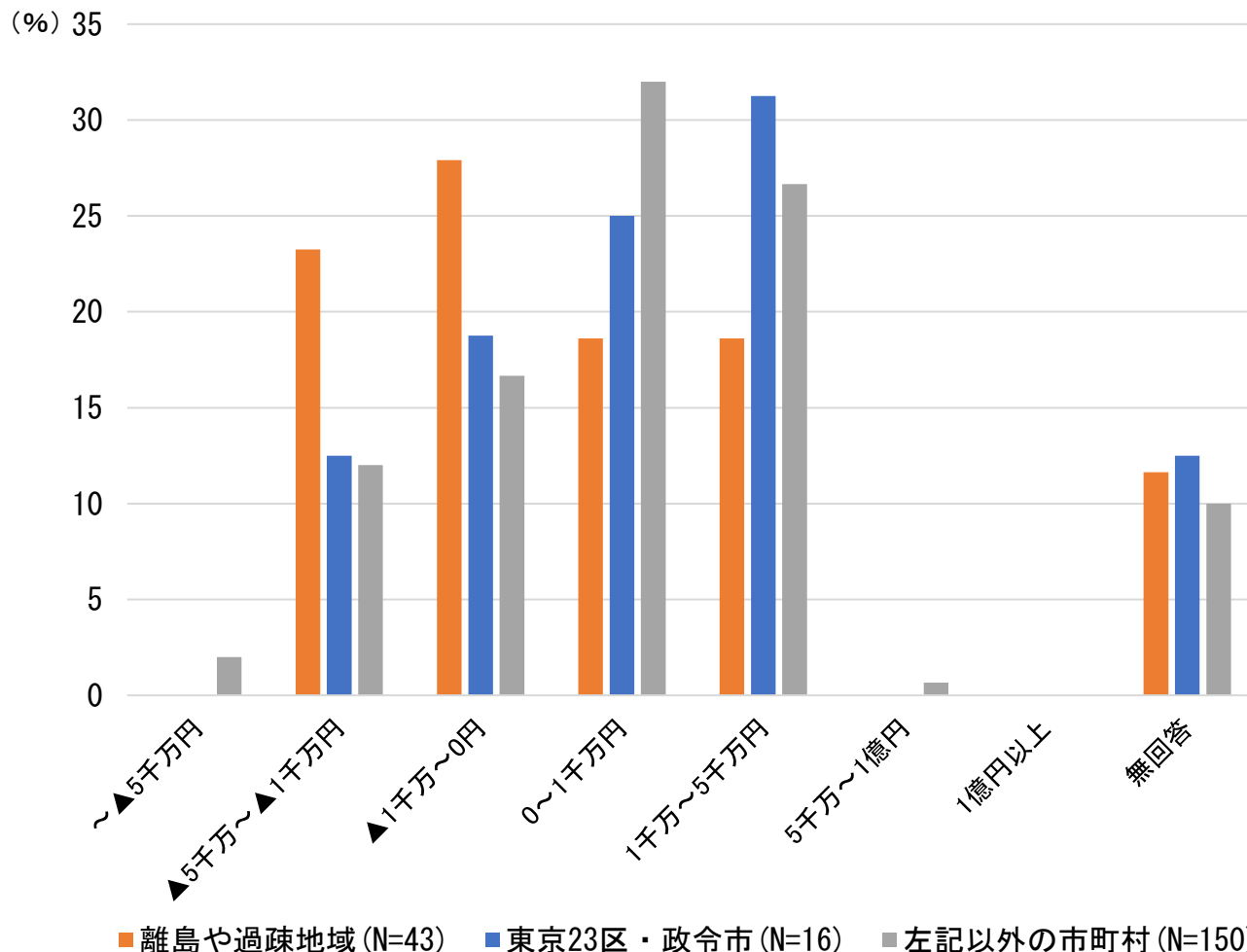
出典: 介護保険総合データベースの  
任意集計(令和5年5月サービス提供分)

## (参考) 立地別施設数

小規模特養施設数	498	100%
(うち過疎地域所在)	195	39.2%
(うち離島地域所在)	20	4.0%
(その他)	302	60.6%

出典: 厚生労働省老健局高齢者支援課調べ

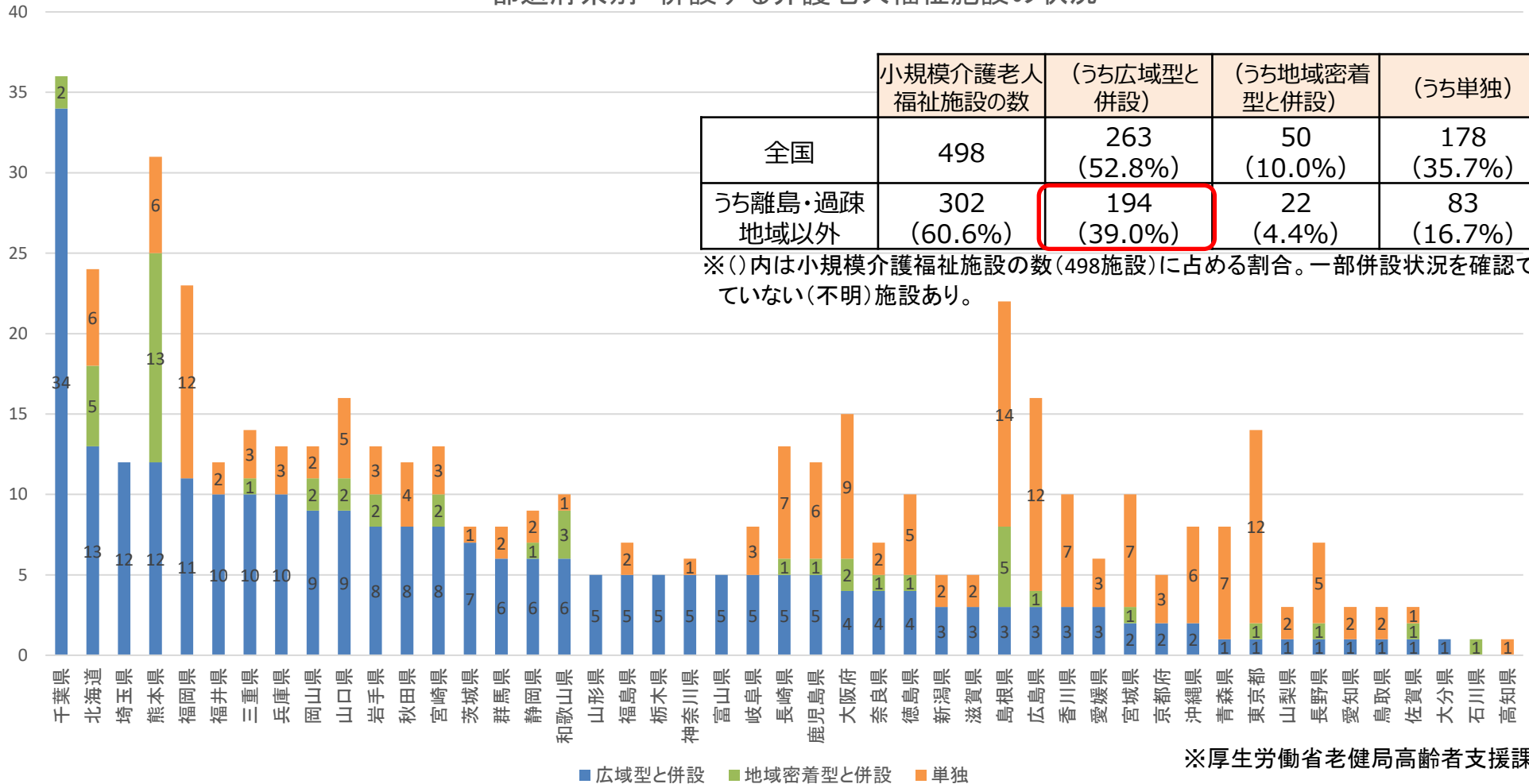
## ○ 令和3年度決算における経常増減差額の金額別割合 (立地別)



# 都道府県別にみた併設する介護老人福祉施設の状況

- 定員30人以上の広域型介護老人福祉施設（小規模介護福祉施設を含む）と併設している小規模介護福祉施設の数、千葉県で最も多く、36施設中34施設が広域型介護老人福祉施設と併設している。
- 広域型介護老人福祉施設と併設している小規模介護福祉施設のうち、離島・過疎地域以外に所在しているものは194施設（全体の39.0%）。

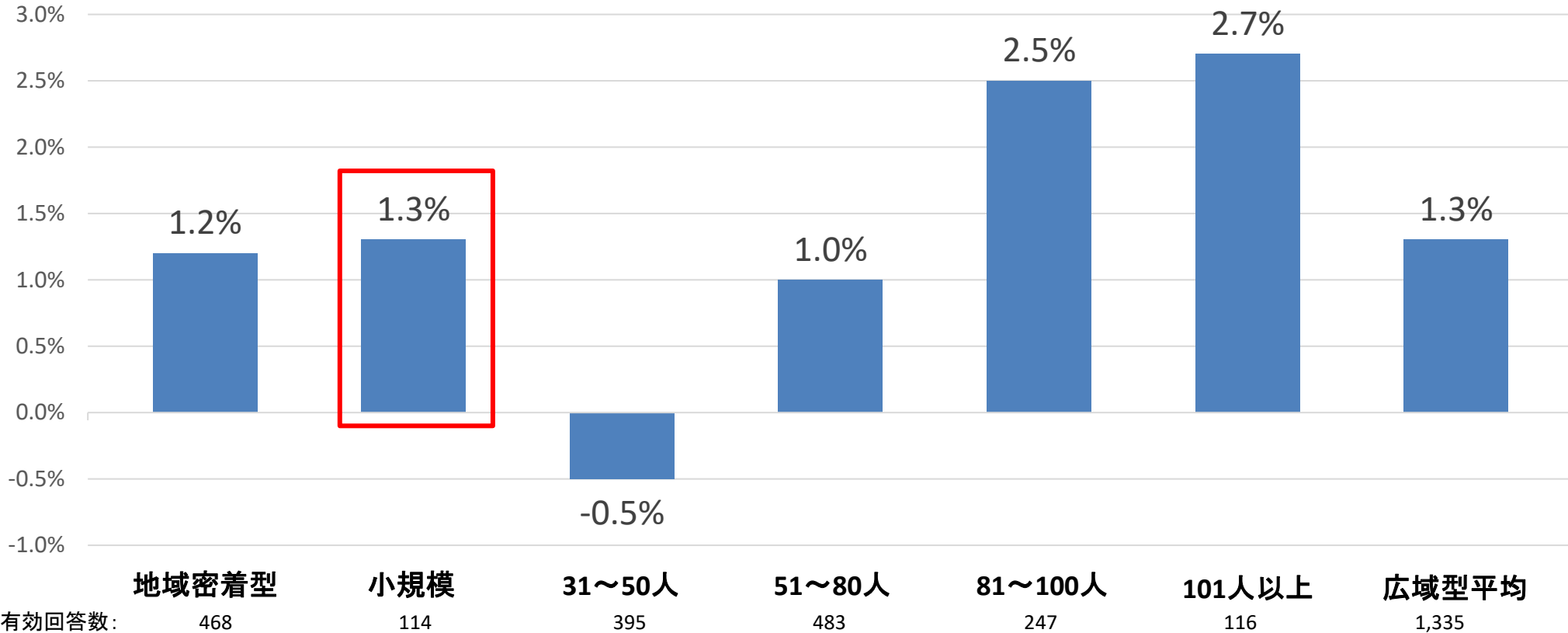
都道府県別 併設する介護老人福祉施設の状況



※厚生労働省老健局高齢者支援課調べ

## 介護老人福祉施設の定員規模別の収支差率（令和3年度決算）

○ 令和4年度介護事業経営概況調査によると、収支差率の平均は、地域密着型特養（定員29人以下）が1.2%、定員31～50人の広域型特養が-0.5%であるところ、小規模特養（定員30人）は1.3%となっている。

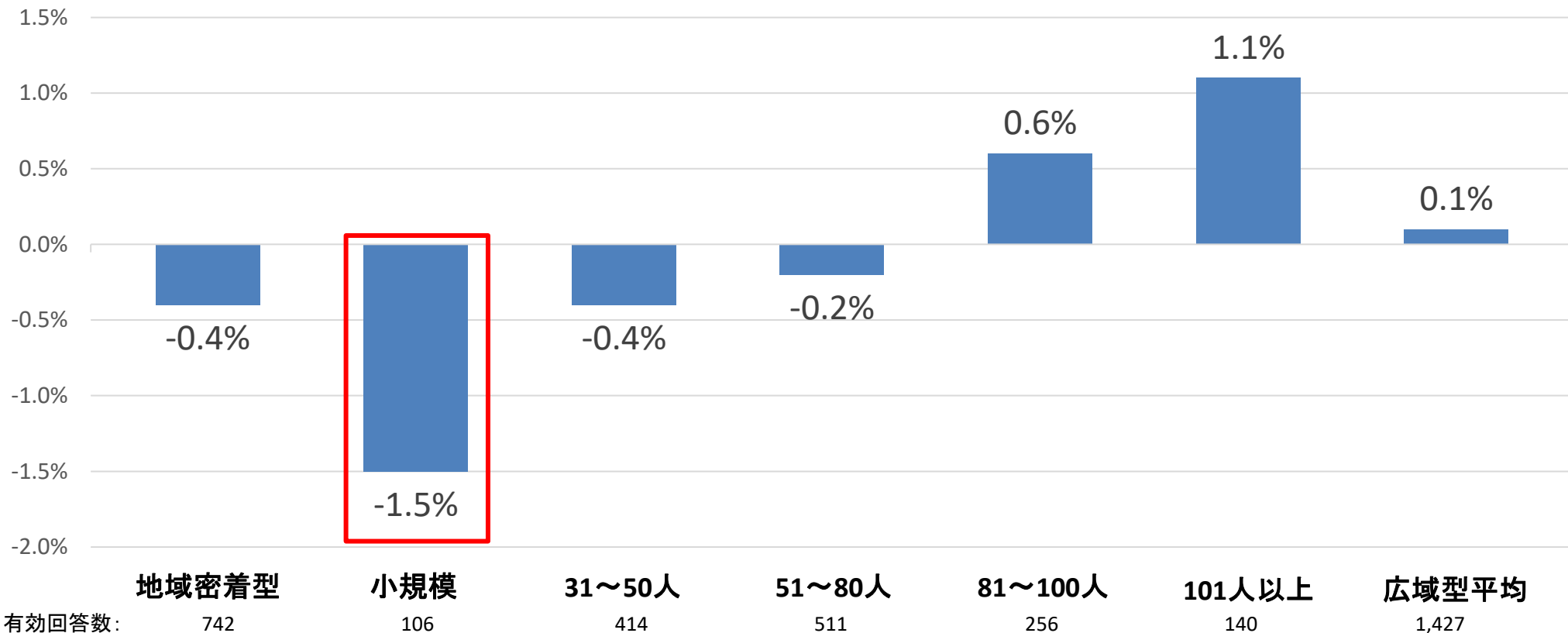


有効回答数	地域密着型 (定員29人以下)	小規模 (定員30人)	広域型 (定員31人以上)
468	114	395	483
860	942	847	



# 介護老人福祉施設の定員規模別の収支差率（令和4年度決算）

○ 令和5年度介護事業経営実態調査結果によると、収支差率の平均は、地域密着型特養（定員29人以下）が-0.4%、小規模特養（定員30人）は-1.5%、定員31~50人の広域型特養が-0.4%となっている。



有効回答数	742	106	414	511	256	140	1,427
	地域密着 (定員29人以下)	小規模 (定員30人)	広域型 (定員31人以上)				
基本報酬	860	942	847				



## 論点④ 小規模介護老人福祉施設の配置基準の緩和

### 論点④

- 定員30名の小規模介護福祉施設は、その設置経緯から、離島や過疎地域等に所在する施設が多く、職員の確保が課題とされており、関係団体からは、管理栄養士や看護師等の人員配置基準について特例措置を求める意見がある。
- 定員29名以下の地域密着型介護老人福祉施設においては、短期入所生活介護等の他サービスと併設する場合、処遇等が適切に行われる場合に限り、当該他サービスにおいて生活相談員等の職員を置かないことができることとされている。
- 離島や過疎地域に所在する小規模介護老人福祉施設における効率的な人員配置を可能とするために、どのような方策が考えられるか。

### 対応案

- 離島・過疎地域に設置されている定員30名の介護老人福祉施設について、処遇等が適切に行われる場合に限り、地域密着型介護老人福祉施設と同様に、短期入所生活介護事業所等を併設する場合に生活相談員等を置かないことができることとしてはどうか。

#### (参考) 地域密着型介護老人福祉施設の例

指定地域密着型介護老人福祉施設にその他サービス(次の①～③)が併設される場合については、処遇等が適切に行われる場合に限り、当該その他サービスにそれぞれ次の職員を置かないことができることとされている。

- ① 短期入所生活介護 : 医師、生活相談員、栄養士、機能訓練指導員
- ② 通所介護・認知症対応型通所介護 : 生活相談員、機能訓練指導員
- ③ 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護 : 介護支援専門員

## 論点⑤

- ユニット型介護老人福祉施設の運営基準において、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が求められているが、当面の間の取扱いとして、ユニットリーダー研修を受講した従業者を各施設に2名以上配置するほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ケアに責任を持つ従業者を決めることで足りる取扱いとしている。
- ※ 新型コロナウイルス感染症の影響により、ユニットリーダー研修における実地研修の実施が困難となったため、当面の間、講義・演習を受講済みであって実地研修は未修了の者について、実地研修が可能となった際は速やかに受講することを条件に、人員基準上、暫定的にユニットリーダー研修修了者として取り扱って差し支えないものとしている。なお、実地研修未修了者は令和4年度末時点で約9,000名となっている。
- 改定検証調査（速報値）によれば、ユニットリーダー研修の受講者数は特養のユニット型（ $n=1,114$ ）で5,589名（平均5.0人/施設）であった。ユニットリーダー研修の受講の課題として「実地研修施設までの距離が遠い」と回答した施設は特養のユニット型で68.5%、「受講費用の負担感が大きい」と回答した施設は特養のユニット型で55.8%であった。  
また、ユニットケア施設管理者研修の受講者数は特養のユニット型（ $n=1,114$ ）で706名（平均0.6人/施設）であった。
- ユニットケア施設管理者研修については、運営基準上特段の規定は設けられていないが、関係団体からは、ユニットリーダー研修の受講促進やユニットケアの質向上に向けては、施設管理者のユニットケアに関する理解を深める必要性があるとの意見がある。
- また、ユニット型施設においては、「馴染みの関係」を重視して個別ケアを行う観点から、昼間は1ユニットに1人配置とされているが、新規採用職員の指導に当たる場合や、夜間に担当する他ユニットの入居者の生活歴を把握する目的で、必要に応じてユニット間のケア体制を柔軟化する必要があるとの意見があった。
- ユニットケア研修等について、ユニットケアの質向上・普及促進のために、どのような対応が考えられるか。

## 対応案

- ユニットリーダー研修の受講促進、ユニットリーダーの配置基準の再検討に向けては、まずは新型コロナウイルス感染症の影響により実地研修が未修了となっている者の早期の研修修了を図るため、複数の研修実施団体に委託できることを研修実施主体である都道府県に対して周知する等、実地研修施設の確保のための環境整備について検討することとしてはどうか。（※1）
  - 各ユニット型施設において、ユニットケアの質向上に向けた体制を確保する観点から、ユニット型施設の管理者について、ユニットケア施設管理者研修の受講を努力義務とすることとしてはどうか。（※1）
  - 施設サービスについて、引き続き入居者との「馴染みの関係」を維持しつつ、柔軟なサービス提供によりより良いケアを提供する観点から、必要に応じて、職員の主たる所属ユニットを明らかにした上で、ユニット間の勤務が可能であることを明確化してはどうか。（※2）
- ※1 介護老人保健施設、介護医療院、短期入所生活介護及び短期入所療養介護についても同様としてはどうか。
- ※2 短期入所生活介護及び短期入所療養介護についてもユニット間の勤務に制限はないが、ユニット間の勤務が可能であることを明確化してはどうか。

# (3) 個室ユニット型施設の整備・運営状況に関する調査研究事業

## (カ) ユニットケア研修の実施状況

### 3. 結果概要

【ユニットリーダー研修の受講状況、受講効果、受講の課題（特養票：問20、23、24・老健票・介医院票：問18、21、22）】

- ユニットリーダー研修の受講者数は特養（ユニット型）が5,589名（平均5.0人/施設）、老健が435名（平均4.3人/施設）であり、うち実地研修の未受講者数は特養（ユニット型）で1,212名（平均1.1人/施設）、老健で59名（平均0.6人/施設）であった。
- 受講効果として「個別ケア、生活支援技術（食事、排泄、入浴、睡眠等）の実践」にととても/やや効果を感じたと回答した割合が69.7%であった。
- 受講の課題として「実地研修施設までの距離が遠い」と回答した施設は特養（ユニット型）が68.5%、老健が59.8%であり、「受講費用の負担感が大きい」と回答した施設は特養（ユニット型）が55.8%、老健が60.8%であった。

図表22 ユニットリーダー研修の受講状況

	特養（ユニット型） (n=1,114)	特養（従来型） (n=605)	老健 (n=101)
ユニット数	8,222(7.4)		612(6.1)
ユニットリーダー研修の受講者数	5,589(5.0)	412(0.7)	435(4.3)
うち、実地研修の未受講者数	1,212(1.1)	95(0.2)	59(0.6)
ユニットケア施設管理者研修の受講者数	706(0.6)	78(0.1)	50(0.5)

単位：ユニット数はユニット、その他は人。( )内は1施設あたり平均

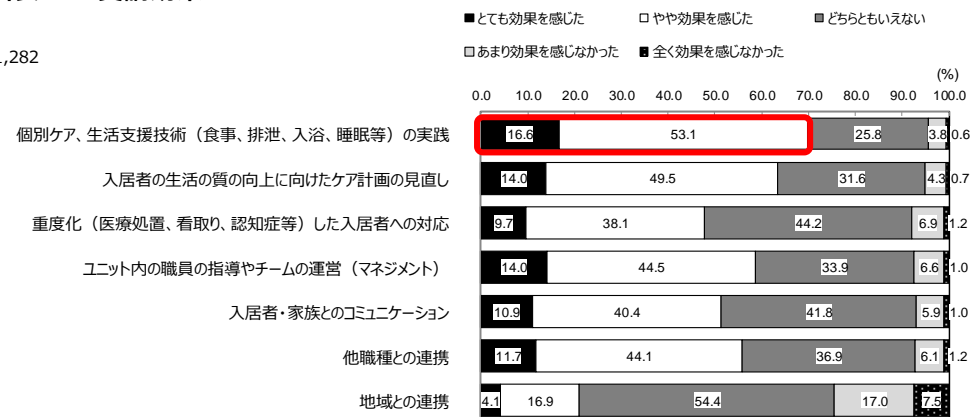
図表24 受講の課題（複数回答）

	特養（ユニット型） (n=1121)	特養（従来型） (n=701)	老健 (n=102)
実地研修施設までの距離が遠い	68.5	23.4	59.8
受講費用の負担感が大きい	55.8	22.7	60.8
ユニットリーダーの役職以外も広く受講することが望ましいが受講する業務上・金銭上の余裕がない	48.2	21.5	50.0
感染対策等の影響で実地研修を受講できていない	38.9	14.1	36.3
オンライン研修の受講環境を用意できない	1.5	1.1	3.9
その他	5.6	16.5	7.8
課題は特になし	5.8	44.8	4.9

単位 (%)

図表23 受講効果

n=1,282



# ユニット型施設における勤務体制の確保等に係る運営基準

## 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）抄

（勤務体制の確保等）

第四十七条 ユニット型指定介護老人福祉施設は、入居者に対し、適切な指定介護福祉施設サービスを提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

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。

3～5 （略）

## 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3月17日老企第43号）抄

10 勤務体制の確保等

(1) 基準省令第四十七条第二項は、基準省令第四十二条第一項の指定介護福祉施設サービスの取扱方針を受けて、従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならないことを規定したものである。

これは、従業者が、一人一人の入居者について、個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためには、いわゆる「馴染みの関係」が求められることによるものである。

(2) ユニット型指定介護老人福祉施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者(以下「研修受講者」という。)を各施設に二名以上配置する(ただし、二ユニット以下の施設の場合には、一名でよいこととする。)ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ(研修受講者でなくても構わない。)従業者を決めてもらうことで足りるものとする。

この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。

また、ユニットリーダーについて必要とされる研修受講者の数には、当面は、ユニットリーダー以外の研修受講者であって、研修を受講していないユニットリーダーに対して研修で得た知識等を伝達するとともに、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めて差し支えない。

(略) また、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの従業者について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。

(3) （略）

# 「ユニットケア施設管理者研修」及び「ユニットリーダー研修」研修カリキュラム

## ユニットケア施設管理者研修(講義・演習900分)

## ユニットケアリーダー研修(講義・演習870分、実地研修3日、実務2～4週)

テーマ	時間	形式	内容	講師
オリエンテーション	15分	講義	管理者研修の目的、施設管理者として習得すべき能力、及び研修の概要を説明し、以降の研修受講に向けた心構えをつくる。	研修主催者等
ユニットケアを取り巻く社会的背景と展望	45分	講義	ユニットケアを取り巻く社会的背景やその変化を踏まえ、高齢者介護施設に求められる役割について理解する。	行政等
ユニットケアの理念と特徴	150分	講義 演習	入居者に対する理解を深め、ユニットケアの理念及び意義について理解する。	ユニットケアを 実践している施設 の管理者・有識者等
ユニットケア施設の組織体制とマネジメント	60分	講義	ユニットケアを提供する施設の組織体制及び管理者、ユニットリーダー等の役割について理解する。	
組織のマネジメント	60分	講義 演習	【ケアのマネジメント】 個別ケアを実施し、ケアの質を高めるためのケアのマネジメントの重要性を理解し、管理者がケアの質を担保するための視点を提供する。	
	60分	講義 演習	【ユニットのマネジメント】 ユニットリーダーが行うユニットのマネジメントの状況を把握した上で、管理者の役割について理解する。	
ユニットケア導入・運営計画演習	300分	演習	【施設のマネジメント】 施設管理者として必要な組織マネジメントの理論を理解するとともに、人材育成、リスクマネジメント及び多職種連携を促進させる仕組み作りを行うことの重要性、必要性を理解する。	
			事前課題及び本講義、演習の内容を受けて、自施設での運営計画(現状の課題に対する改善計画)を立てる。	

※ 上記時間以上の研修を実施すること

※ e-Learning等を活用する場合には、上記の時間数と同等の研修内容が担保されるよう留意すること

テーマ	時間	形式	内容	指導者	
オリエンテーション	15分	講義	ユニットリーダー研修の目的、ユニットリーダーとして習得すべき知識及び技能研修の概要を説明し、以降の研修受講に向けた心構えをつくる。	研修主催者等	
ユニットケアを取り巻く社会的背景と展望	45分	講義	ユニットケアを取り巻く社会的背景について確認し、これからの高齢者介護施設や介護人材に求められる役割について理解する。	左記内容の有識者(行政担当者等)	
ユニットリーダーの役割	90分	講義 演習	ユニットリーダーに求められる役割と知識・技能について理解する。 ①組織のマネジメント ②ユニットリーダーの役割 ③リーダーシップの基礎とリーダーの機能 ④キャリアとキャリア形成	別紙1に定める ユニットリー ダー研修の講 師の要件を満 たす者	
ユニットケアの理念と特徴	高齢者とその生活の理解	60分	講義 演習		①高齢者に対する全人的理解、高齢者の尊厳の保持 ②入居者を取り巻く環境のとらえ方 ③高齢期の理解
	ユニットケアの理念と特徴	90分	講義 演習		①ユニットケアの理念 ②ユニットケアの仕組み ③ケアの空間と融合 ④安心快適な環境づくり
	ユニットケアにおける個別ケアと自立支援	90分	講義 演習		①ユニットケアにおける自律した日常生活の支援 ②自立支援と社会的関係の構築 ③権利擁護
ケアのマネジメント	210分	講義 演習	介護専門職として必要なユニットケアの質管理(ケアのマネジメント)に関する知識及び技能を習得する。		
ユニットのマネジメント	210分	講義 演習	チームリーダーとして必要なユニット運営(ユニットのマネジメント)に関する知識及び技能を習得する。		
統合と実践	60分	講義 演習	実践において、学習した知識及び技能を統合させ、ユニットリーダーとしてユニットケアを展開し、ユニットを運営することを学習する。 ・実践課題の設定 ・施設における実践課題の実施計画作成		
	2～4週	実務	自施設における実践課題の実施	-	
	3日間以上	実地研修	①ケアのマネジメントとユニットのマネジメントの考え方と実践方法の理解 ②これまでのケアのマネジメント・ユニットのマネジメントの振り返りと今後の取組の方針	実地研修施設の職員(ユニットリーダー経験者及び施設管理者)	
1日間	プレゼンテーション	実践課題での取り組みについてプレゼンテーションを行う。	別紙1に定めるユニットリーダー研修の講師の要件を満たす者		

※ 上記時間以上の研修を実施すること

※ e-Learning等を活用する場合には、上記の時間数と同等の研修内容が担保されるよう留意すること

1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案



3. 参考資料



# 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の概要

【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。

## 《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：847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\*

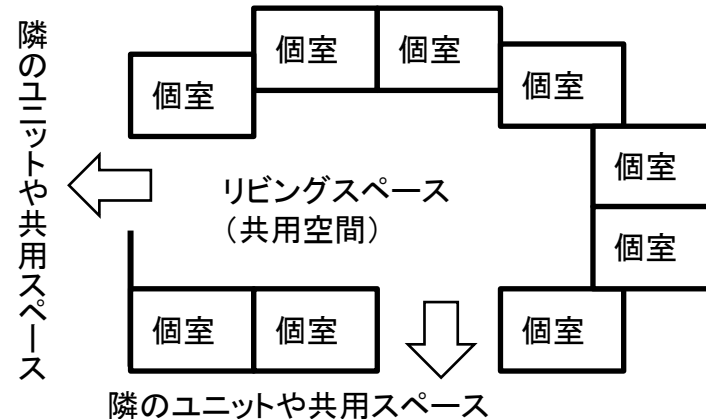


## ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬：929単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均1.8人\*

\*令和2年介護事業経営実態調査

- ※ 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

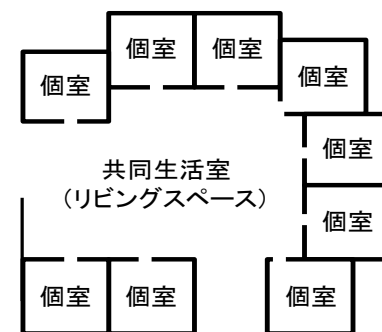
医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上
介護職員 又は看護職員	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上 看護職員1以上（入所者の数に応じて定められている）
栄養士 又は管理栄養士	1以上
機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）

### ○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こと

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原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの
- ・ 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

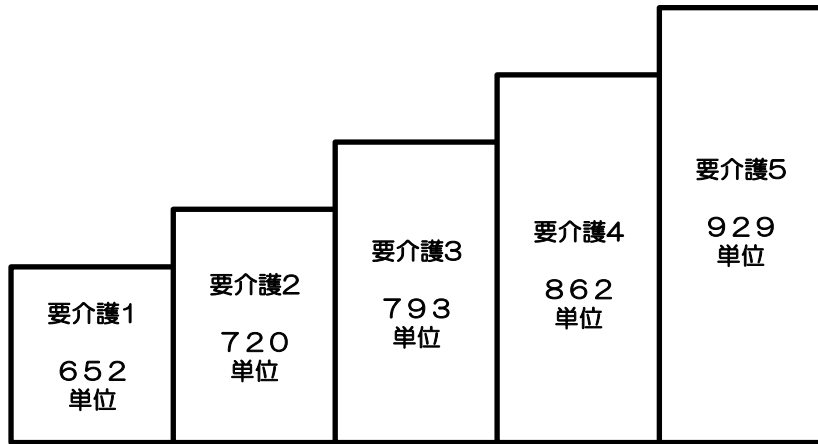




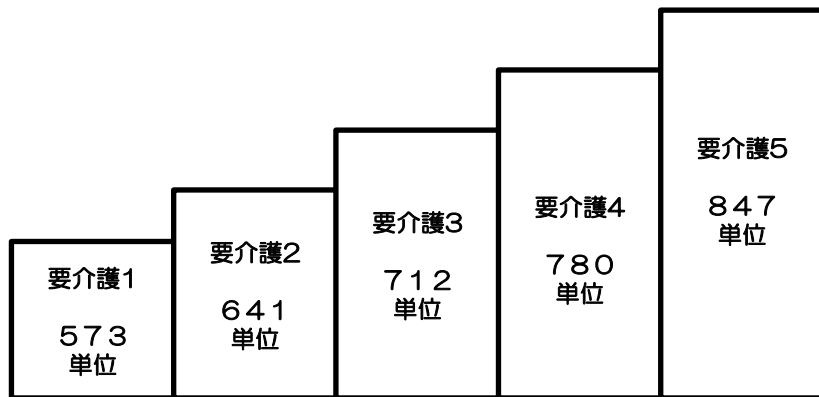
# 介護老人福祉施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

入所者の要介護度に応じた基本サービス費  
(ユニット型施設の場合)



入所者の要介護度に応じた基本サービス費  
(従来型施設の場合)



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

入所日から30日以内の期間(過去3か月間  
入所経験ない場合)【初期加算】  
(30単位/日)

看護職員の手厚い配置【看護体制強化加算】  
(4~13単位/日)

入所者の看取りへの対応や医師の緊急時の対応  
【看取り介護加算(I)】

- ・死亡日以前31日~45日: 72単位/日
- ・死亡日以前4~30日: 144単位/日
- ・死亡日前日、前々日: 680単位/日
- ・死亡日: 1280単位/日

夜勤職員の手厚い配置【夜勤職員配置加算】  
(13~33単位/日)

居宅での生活が困難な重度の要介護者や認知症である者等の受入とそれに伴う介護福祉士資格を有する職員の手厚い配置  
【日常生活継続支援加算】  
ユニット型: 46単位/日、従来型: 36単位/日

【配置医師緊急対応加算】

- ・早朝、夜間: 650単位/回
- ・深夜: 1300単位/回

栄養管理・口腔衛生管理の強化  
【栄養マネジメント強化加算】  
(11単位/日)

【口腔衛生管理加算】  
(I): 90単位/月 (II): 110単位/月

個別機能訓練やリハビリテーションの実施  
【個別機能訓練連携加算】

(I): 12単位/日 (II): 20単位/日

【生活機能向上連携加算】

(I): 100単位/月 (II): 200単位/月

【ADL維持等加算】

(I): 30単位/月 (II): 60単位/月

入所者の尊厳の保持や自立支援に係るケアの質の向上に対する継続的な管理  
【自立支援促進加算】  
(300単位/月)

認知症の者や障害を持つ者の受け入れ  
【認知症専門ケア加算】

(I): 3単位/日 (II): 4単位/日

【若年性認知症入所者受入加算】

(120単位/日)

【障害者生活支援体制加算】

(I): 26単位/日 (II): 41単位/日

科学的介護情報システム(LIFE)の活用  
【科学的介護推進体制加算】

(I): 40単位/月 (II): 50単位/月

安全対策体制の強化【安全対策体制加算】

(20単位/入所初日のみ)

介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置  
【サービス提供体制強化加算】

- ・介護福祉士8割以上: 22単位
- ・介護福祉士6割以上: 18単位
- ・介護福祉士5割以上: 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×0.9 (V) 加算Ⅲ×0.8

※ (IV)(V)は令和3年度中の経過措置

【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%)

夜勤体制による減算  
(▲3%)

身体拘束についての記録を行っていない (▲10%)

# 介護老人福祉施設の算定状況①

	単位数 (令和3年度4月改定)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)	件数(単位:千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
		総数	16984714	総数	16961	総数	8399
介護福祉施設サービス		16984714	100.00%	16961	100.00%	8399	100.00%
介護福祉施設	573~842単位	7351895	43.29%	9438.8	55.65%	4711	56.09%
経過の小規模介護福祉施設	675~942単位	163942	0.97%	186.4	1.10%	213	2.54%
ユニット型介護福祉施設	652~929単位	6048615	35.61%	7083.8	41.77%	3293	39.21%
経過のユニット型小規模介護福祉施設	747~1,015単位	234833	1.38%	248.4	1.46%	288	3.43%
身体拘束廃止未実施減算	一所定単位×10/100	-864	-0.01%	10.7	0.06%	7	0.08%
安全管理体制未実施減算	-5単位	-64	0.00%	12.8	0.08%	8	0.10%
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	+36単位/日	270591	1.59%	7516.4	44.32%	3759	44.76%
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	+46単位/日	246093	1.45%	5349.8	31.54%	2544	30.29%
看護体制加算(Ⅰ)イ	+6単位/日	17125	0.10%	2854.9	16.83%	2061	24.54%
看護体制加算(Ⅰ)ロ	+4単位/日	50177	0.30%	12544.3	73.96%	5420	64.53%
看護体制加算(Ⅱ)イ	+13単位/日	25448	0.15%	1957.5	11.54%	1399	16.66%
看護体制加算(Ⅱ)ロ	+8単位/日	67776	0.40%	8472	49.95%	3615	43.04%
夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ	+22単位/日	26952	0.16%	1225.1	7.22%	874	10.41%
夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	+13単位/日	52135	0.31%	4010.3	23.64%	1779	21.18%
夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	+27単位/日	18340	0.11%	679.3	4.01%	512	6.10%
夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	+18単位/日	77909	0.46%	4328.3	25.52%	1840	21.91%
夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ	+28単位/日	14421	0.08%	515	3.04%	360	4.29%
夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ	+16単位/日	40774	0.24%	2548.4	15.03%	1046	12.45%
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	+33単位/日	6844	0.04%	207.4	1.22%	155	1.85%
夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ	+21単位/日	25749	0.15%	1226.1	7.23%	501	5.96%
準ユニットケア加算	+5単位/日	394	0.00%	78.7	0.46%	50	0.60%
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	+100単位/日	10	0.00%	0.1	0.00%	2	0.02%
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	+200単位/日	4079	0.02%	34.5	0.20%	562	6.69%
個別機能訓練加算(Ⅰ)	+12単位/日	118346	0.70%	9862.2	58.15%	4605	54.83%
個別機能訓練加算(Ⅱ)	+20単位/日	3366	0.02%	168.3	0.99%	2313	27.54%
ADL維持等加算(Ⅰ)	+30単位/日	455	0.00%	15.2	0.09%	227	2.70%
ADL維持等加算(Ⅱ)	+60単位/日	1960	0.01%	32.7	0.19%	428	5.10%
若年性認知症入所者受入加算	+120単位/日	1065	0.01%	8.9	0.05%	226	2.69%
常勤医師配置加算	+25単位/日	10608	0.06%	424.3	2.50%	165	1.96%
精神科医療費指導加算	+5単位/日	26294	0.15%	5258.9	31.01%	2222	26.46%
障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	+26単位/日	2157	0.01%	83	0.49%	31	0.37%
障害者生活支援体制加算(Ⅱ)	+41単位/日	710	0.00%	17.3	0.10%	8	0.10%
外泊時費用	+246単位/日	30546	0.18%	124.2	0.73%	6903	82.19%
外泊時在宅サービス利用費用	+560単位/日	3	0.00%	0	0.00%	1	0.01%
初期加算	+30単位/日	13882	0.08%	462.8	2.73%	7483	89.09%
再入所時栄養連携加算	+200単位/回	9	0.00%	0	0.00%	39	0.46%
退所前訪問相談援助加算	+460単位	2	0.00%	0	0.00%	4	0.05%
退所後訪問相談援助加算	+460単位	3	0.00%	0	0.00%	6	0.07%
退所時相談援助加算	+400単位	4	0.00%	0	0.00%	8	0.10%
退所前連携加算	+500単位	19	0.00%	0	0.00%	17	0.20%

(注1) 「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

(注2) 「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注3) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」令和4年11月審査(令和4年10月サービス提供)分より老健局高齢者支援課作成及び介護保険総合データベースの任意集計(令和4年10月サービス提供分)

# 介護老人福祉施設の算定状況②

	単位数 (令和3年度4月改定)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)	件数(単位:千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
		総数	16984714	総数	16961	総数	8399
介護福祉施設サービス		16984714	100.00%	16961	100.00%	8399	100.00%
栄養マネジメント強化加算	+11単位/日	53606	0.32%	4873.2	28.73%	2559	30.47%
経口移行加算	+28単位/日	111	0.00%	4	0.02%	111	1.32%
経口維持加算 (I)	+400単位/月	15999	0.09%	40	0.24%	2097	24.97%
経口維持加算 (II)	+100単位/月	2435	0.01%	24.4	0.14%	1197	14.25%
口腔衛生管理加算 (I)	+90単位/月	2383	0.01%	26.5	0.16%	771	9.18%
口腔衛生管理加算 (II)	+110単位/月	5566	0.03%	50.6	0.30%	1117	13.30%
療養食加算	+6単位/回	25662	0.15%	4277.1	25.22%	4698	55.94%
配置医師緊急時対応加算	早朝夜間の場合+650単位/回 深夜の場合+1300単位/回	433	0.00%	0.5	0.00%	291	3.46%
看取り介護加算 (I) (死亡日以前31日以上45日以下)	+72単位/日	1508	0.01%	20.9	0.12%	1088	12.95%
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	8225	0.05%	57.1	0.34%	1877	22.35%
看取り介護加算 (I) (死亡前日・前々日)	+680単位/日	4493	0.03%	6.6	0.04%	1998	23.79%
看取り介護加算 (I) (死亡日)	+1,280単位/日	4392	0.03%	3.4	0.02%	2019	24.04%
看取り介護加算 (II) (死亡日以前31日以上45日以下)	+72単位/日	558	0.00%	7.7	0.05%	386	4.60%
看取り介護加算 (II) (死亡日以前4日以上30日以下)	+144単位/日	2992	0.02%	20.8	0.12%	626	7.45%
看取り介護加算 (II) (死亡前日・前々日)	+780単位/日	1868	0.01%	2.4	0.01%	661	7.87%
看取り介護加算 (II) (死亡日)	+1,580単位/日	1964	0.01%	1.2	0.01%	664	7.91%
在宅復帰支援機能加算	+10単位/日	69	0.00%	6.9	0.04%	2	0.02%
在宅・入所相互利用加算	+40単位/日	9	0.00%	0.2	0.00%	6	0.07%
認知症専門ケア加算 (I)	+3単位/日	1653	0.01%	551.1	3.25%	414	4.93%
認知症専門ケア加算 (II)	+4単位/日	708	0.00%	177	1.04%	116	1.38%
認知症行動・心理症状緊急対応加算	+200単位/日	3	0.00%	0	0.00%	2	0.02%
褥瘡マネジメント加算 (I)	+3単位/月	179	0.00%	59.5	0.35%	1971	23.47%
褥瘡マネジメント加算 (II)	+13単位/月	1228	0.01%	94.4	0.56%	1499	17.85%
排せつ支援加算 (I)	+10単位/月	845	0.00%	84.5	0.50%	1255	14.94%
排せつ支援加算 (II)	+15単位/月	27	0.00%	1.8	0.01%	167	1.99%
排せつ支援加算 (III)	+20単位/月	6	0.00%	0.3	0.00%	60	0.71%
自立支援促進加算	+300単位/月	15074	0.09%	50.2	0.30%	732	8.72%
科学的介護推進体制加算 (I)	+40単位/月	4019	0.02%	100.5	0.59%	1574	18.74%
科学的介護推進体制加算 (II)	+50単位/月	12318	0.07%	246.4	1.45%	3518	41.89%
安全対策体制加算	+20単位/回	199	0.00%	10	0.06%	3842	45.74%
サービス提供体制強化加算 (I)	+22単位/日	12335	0.07%	560.7	3.31%	304	3.62%
サービス提供体制強化加算 (II)	+18単位/日	18809	0.11%	1045	6.16%	539	6.42%
サービス提供体制強化加算 (III)	+6単位/日	10086	0.06%	1681.1	9.91%	910	10.83%
介護職員処遇改善加算 (I)	×83/1,000	1185137	6.98%	538.4	3.17%	7823	93.14%
介護職員処遇改善加算 (II)	×60/1,000	32735	0.19%	21.3	0.13%	345	4.11%
介護職員処遇改善加算 (III)	×33/1,000	8715	0.05%	10.5	0.06%	181	2.16%
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	×27/1,000	322273	1.90%	446	2.63%	6395	76.14%
介護職員等特定処遇改善加算 (II)	×23/1,000	49673	0.29%	85.3	0.50%	1314	15.64%

(注1) 「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

(注2) 「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注3) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」令和4年11月審査(令和4年10月サービス提供)分より老健局高齢者支援課作成及び介護保険総合データベースの任意集計(令和4年10月サービス提供分)

# 地域密着型介護老人福祉施設の算定状況①

	単位数 (令和3年度4月改定)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)	件数(単位:千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
		総数	2064687	総数	1902.7	総数	2497
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		2064687	100.00%	1902.7	100.00%	2497	100.00%
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	582~860単位	119456	5.79%	151.1	7.94%	232	9.29%
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	661~942単位	1522769	73.75%	1743.4	91.63%	2264	90.67%
経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	676~943単位	4170	0.20%	4.8	0.25%	6	0.24%
経過のユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	748~1,016単位	2581	0.13%	2.7	0.14%	4	0.16%
身体拘束廃止未実施減算	-所定単位×10/100	-2	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
安全管理体制未実施減算	-5単位	0	0.00%	0.1	0.01%	1	0.04%
日常生活継続支援加算 (I)	+36単位/日	3254	0.16%	90.4	4.75%	140	5.61%
日常生活継続支援加算 (II)	+46単位/日	53803	2.61%	1169.6	61.47%	1495	59.87%
看護体制加算 (I)イ	+12単位/日	17716	0.86%	1476.3	77.59%	1908	76.41%
看護体制加算 (I)ロ	+4単位/日	17	0.00%	4.4	0.23%	6	0.24%
看護体制加算 (II)イ	+23単位/日	24016	1.16%	1044.2	54.88%	1324	53.02%
看護体制加算 (II)ロ	+8単位/日	12	0.00%	1.5	0.08%	2	0.08%
夜勤職員配置加算 (I)イ	+41単位/日	2190	0.11%	53.4	2.81%	85	3.40%
夜勤職員配置加算 (I)ロ	+46単位/日	9	0.00%	0.7	0.04%	1	0.04%
夜勤職員配置加算 (II)イ	+13単位/日	43822	2.12%	952.7	50.07%	1192	47.74%
夜勤職員配置加算 (II)ロ	+18単位/日	-	0.00%	-	0.00%	0	0.00%
夜勤職員配置加算 (III)イ	+56単位/日	779	0.04%	13.9	0.73%	20	0.80%
夜勤職員配置加算 (III)ロ	+61単位/日	-	0.00%	-	0.00%	0	0.00%
夜勤職員配置加算 (IV)イ	+16単位/日	10078	0.49%	165.2	8.68%	218	8.73%
夜勤職員配置加算 (IV)ロ	+21単位/日	-	0.00%	-	0.00%	0	0.00%
準ユニットケア加算	+5単位/日	19	0.00%	3.9	0.20%	9	0.36%
生活機能向上連携加算 (I)	+100単位/日	1	0.00%	0	0.00%	3	0.12%
生活機能向上連携加算 (II)	+200単位/日	712	0.03%	4.5	0.24%	191	7.65%
個別機能訓練加算 (I)	+12単位/日	6022	0.29%	501.8	26.37%	696	27.87%
個別機能訓練加算 (II)	+20単位/日	174	0.01%	8.7	0.46%	350	14.02%
ADL維持等加算 (I)	+30単位/日	33	0.00%	1.1	0.06%	42	1.68%
ADL維持等加算 (II)	+60単位/日	150	0.01%	2.5	0.13%	97	3.88%
若年性認知症入所者受入加算	+120単位/日	179	0.01%	1.5	0.08%	43	1.72%
常勤医師配置加算	+25単位/日	165	0.01%	6.6	0.35%	8	0.32%
精神科医療養指導加算	+5単位/日	1079	0.05%	215.8	11.34%	291	11.65%
障害者生活支援体制加算 (I)	+26単位/日	13	0.00%	0.5	0.03%	1	0.04%
障害者生活支援体制加算 (II)	+41単位/日	-	0.00%	-	0.00%	0	0.00%
外泊時費用	+246単位/日	3240	0.16%	13.2	0.69%	1415	56.67%
外泊時在宅サービス利用費用	+560単位/日	-	0.00%	-	0.00%	0	0.00%
初期加算	+30単位/日	1538	0.07%	51.3	2.70%	1691	67.72%
再入所時栄養連携加算	+200単位/回	1	0.00%	0	0.00%	6	0.24%
退所前訪問相談援助加算	+460単位	1	0.00%	0	0.00%	2	0.08%
退所後訪問相談援助加算	+460単位	-	0.00%	-	0.00%	0	0.00%
退所時相談援助加算	+400単位	0	0.00%	0	0.00%	1	0.04%
退所前連携加算	+500単位	1	0.00%	0	0.00%	2	0.08%

(注1) 「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

(注2) 「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注3) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」令和4年11月審査(令和4年10月サービス提供)分より老健局高齢者支援課作成及び介護保険総合データベースの任意集計(令和4年10月サービス提供分)

# 地域密着型介護老人福祉施設の算定状況②

	単位数 (令和3年度4月改定)	単位数 (単位:千単位)		件数(単位:千件)		請求事業所数	
		総数	割合 (単位数ベース)	総数	算定率 (件数ベース)	総数	算定率 (事業所ベース)
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		2064687	100.00%	1902.7	100.00%	2497	100.00%
栄養マネジメント強化加算	+11単位/日	7785	0.38%	707.7	37.19%	905	36.24%
経口移行加算	+28単位/日	12	0.00%	0.4	0.02%	12	0.48%
経口維持加算 (Ⅰ)	+400単位/月	1503	0.07%	3.8	0.20%	403	16.14%
経口維持加算 (Ⅱ)	+100単位/月	210	0.01%	2.1	0.11%	229	9.17%
口腔衛生管理加算 (Ⅰ)	+90単位/月	248	0.01%	2.8	0.15%	164	6.57%
口腔衛生管理加算 (Ⅱ)	+110単位/月	656	0.03%	6	0.32%	310	12.41%
療養食加算	+6単位/回	2237	0.11%	372.8	19.59%	932	37.32%
配置医師緊急時対応加算	早朝夜間の場合+650単位/回 深夜の場合+1300単位/回	34	0.00%	0	0.00%	30	1.20%
看取り介護加算 (Ⅰ) (死亡日以前31日以上45日以下)	+72単位/日	178	0.01%	2.5	0.13%	162	6.49%
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	909	0.04%	6.3	0.33%	280	11.21%
看取り介護加算 (Ⅰ) (死亡前日・前々日)	+680単位/日	481	0.02%	0.7	0.04%	300	12.01%
看取り介護加算 (Ⅰ) (死亡日)	+1,280単位/日	465	0.02%	0.4	0.02%	301	12.05%
看取り介護加算 (Ⅱ) (死亡日以前31日以上45日以下)	+72単位/日	58	0.00%	0.8	0.04%	50	2.00%
看取り介護加算 (Ⅱ) (死亡日以前4日以上30日以下)	+144単位/日	284	0.01%	2	0.11%	79	3.16%
看取り介護加算 (Ⅱ) (死亡前日・前々日)	+780単位/日	160	0.01%	0.2	0.01%	83	3.32%
看取り介護加算 (Ⅱ) (死亡日)	+1,580単位/日	169	0.01%	0.1	0.01%	84	3.36%
在宅復帰支援機能加算	+10単位/日	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
在宅・入所相互利用加算	+40単位/日	1	0.00%	0	0.00%	1	0.04%
小規模拠点集合型施設加算	+50単位/日	6	0.00%	0.1	0.01%	1	0.04%
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	+3単位/日	429	0.02%	143	7.52%	245	9.81%
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	+4単位/日	75	0.00%	18.8	0.99%	30	1.20%
認知症行動・心理症状緊急対応加算	+200単位/日	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)	+3単位/月	18	0.00%	6	0.32%	432	17.30%
褥瘡マネジメント加算 (Ⅱ)	+13単位/月	123	0.01%	9.5	0.50%	402	16.10%
排せつ支援加算 (Ⅰ)	+10単位/月	91	0.00%	9.1	0.48%	364	14.58%
排せつ支援加算 (Ⅱ)	+15単位/月	3	0.00%	0.2	0.01%	30	1.20%
排せつ支援加算 (Ⅲ)	+20単位/月	0	0.00%	0	0.00%	11	0.44%
自立支援促進加算	+300単位/月	1591	0.08%	5.3	0.28%	208	8.33%
科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)	+40単位/月	385	0.02%	9.6	0.50%	406	16.26%
科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)	+50単位/月	1329	0.06%	26.6	1.40%	1032	41.33%
安全対策体制加算	+20単位/回	18	0.00%	0.9	0.05%	596	23.87%
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	+22単位/日	1877	0.09%	85.3	4.48%	123	4.93%
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	+18単位/日	3114	0.15%	173	9.09%	232	9.29%
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	+6単位/日	1171	0.06%	195.2	10.26%	266	10.65%
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	×83/1,000	145028	7.02%	60.7	3.19%	2353	94.23%
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	×60/1,000	4130	0.20%	2.5	0.13%	100	4.00%
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	×33/1,000	797	0.04%	0.9	0.05%	36	1.44%
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)	×27/1,000	35820	1.73%	45.2	2.38%	1752	70.16%
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ)	×23/1,000	8172	0.40%	13.1	0.69%	507	20.30%

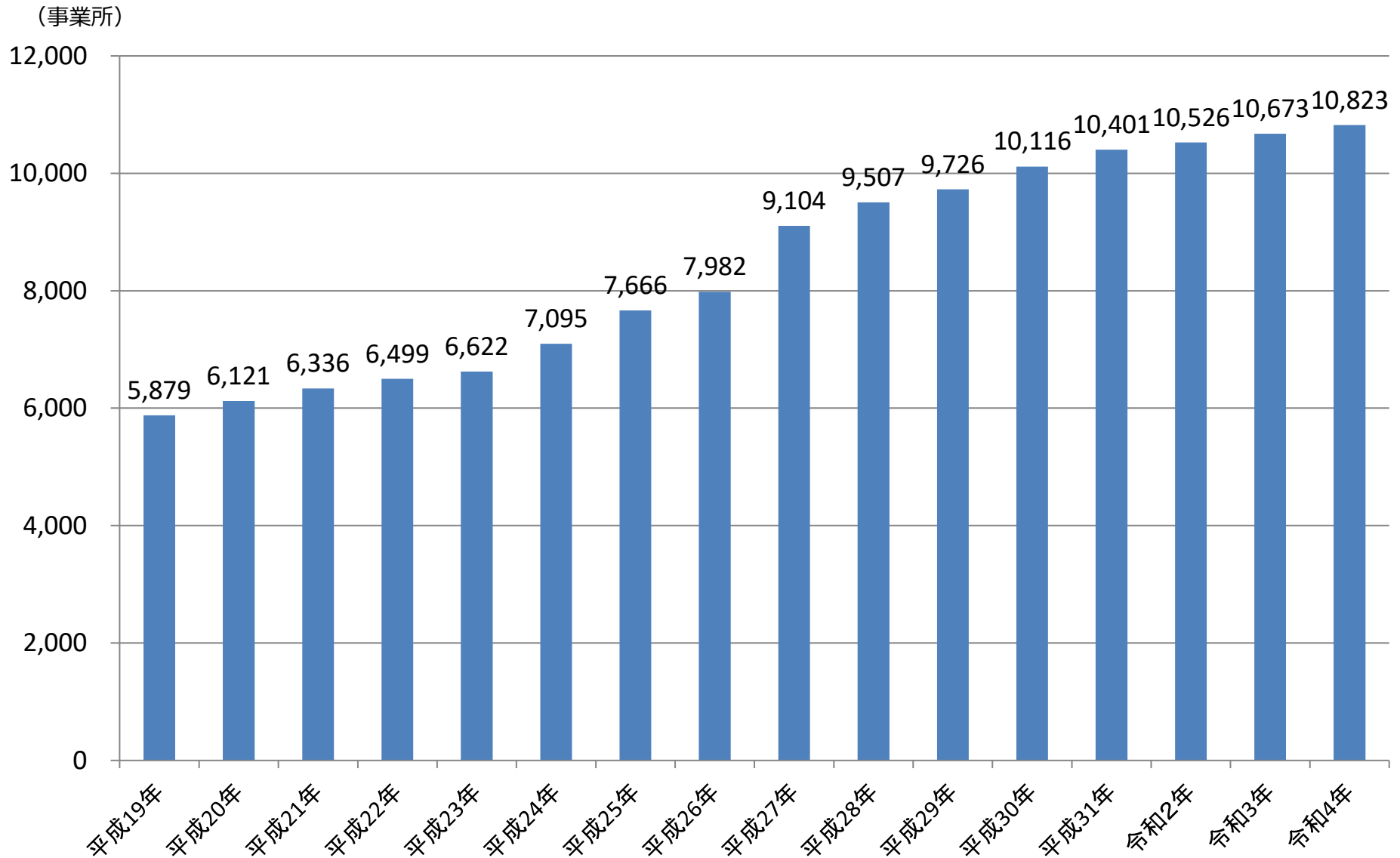
(注1) 「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

(注2) 「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注3) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」令和4年11月審査(令和4年10月サービス提供)分より老健局高齢者支援課作成及び介護保険総合データベースの任意集計(令和4年10月サービス提供分)

# 介護老人福祉施設の請求事業所数

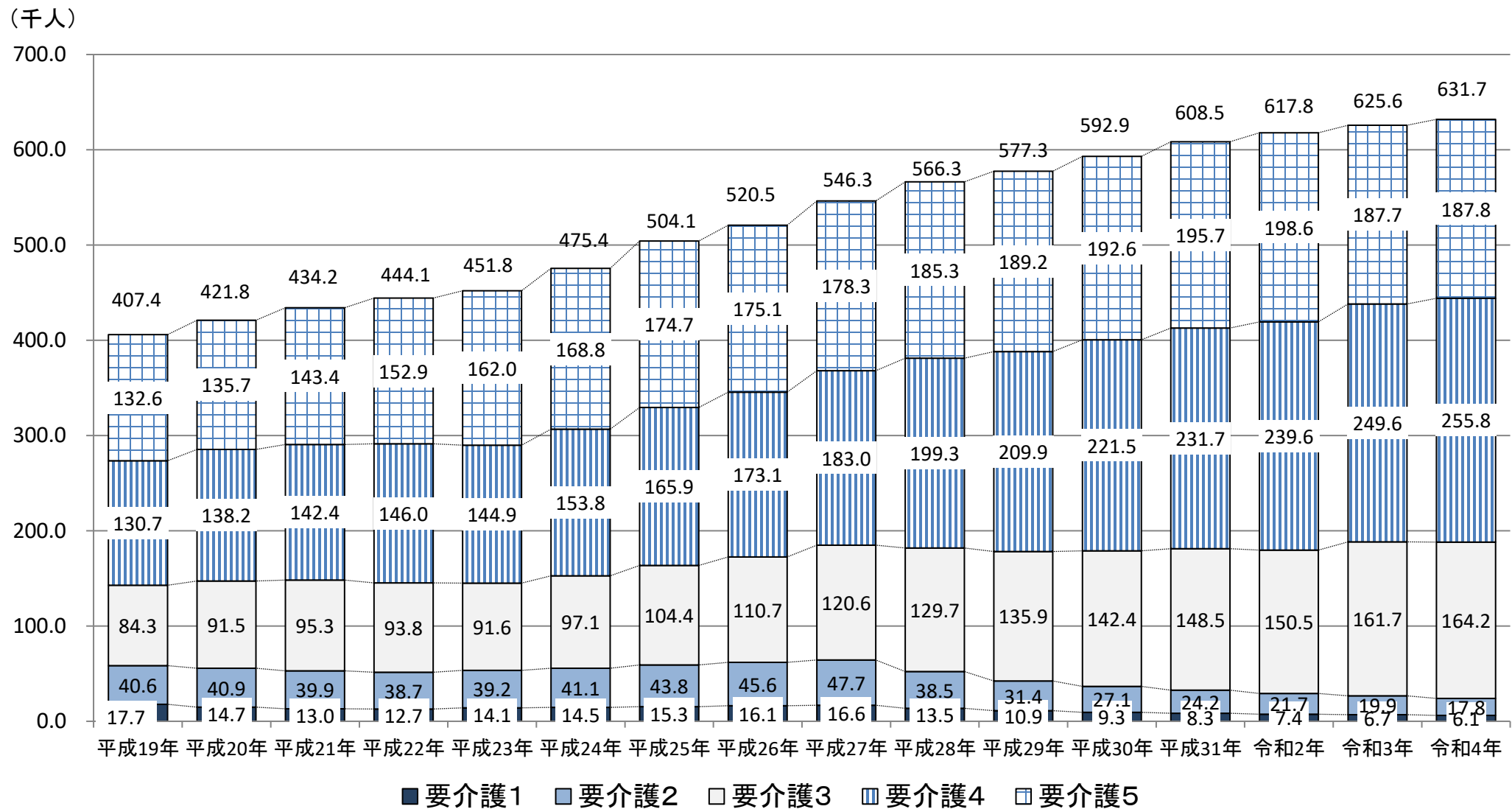


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。  
※地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)



# 介護老人福祉施設の受給者数



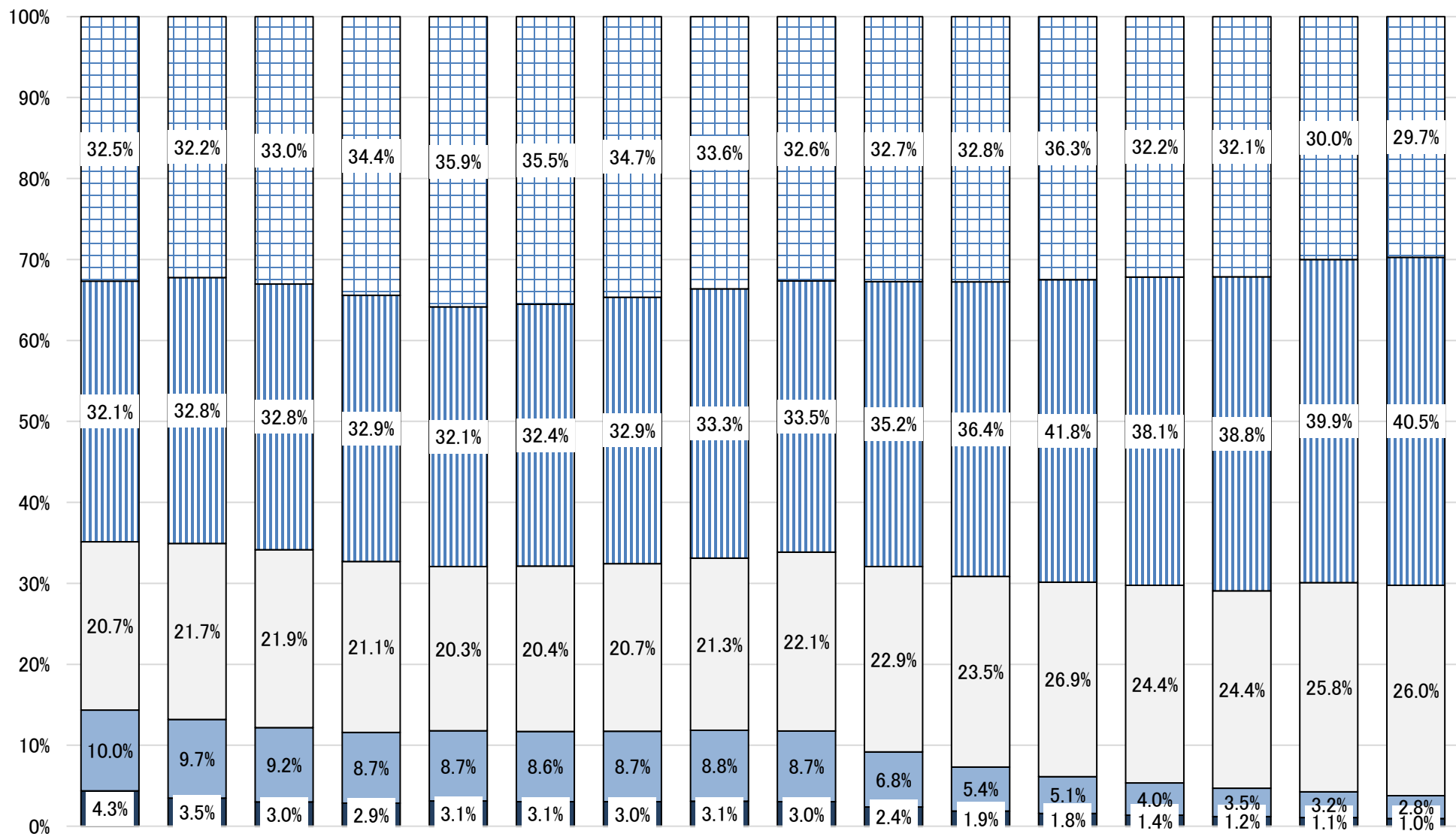
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

※地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

# 介護老人福祉施設の要介護度別利用者割合



平成19年 平成20年 平成21年 平成22年 平成23年 平成24年 平成25年 平成26年 平成27年 平成28年 平成29年 平成30年 平成31年 令和2年 令和3年 令和4年

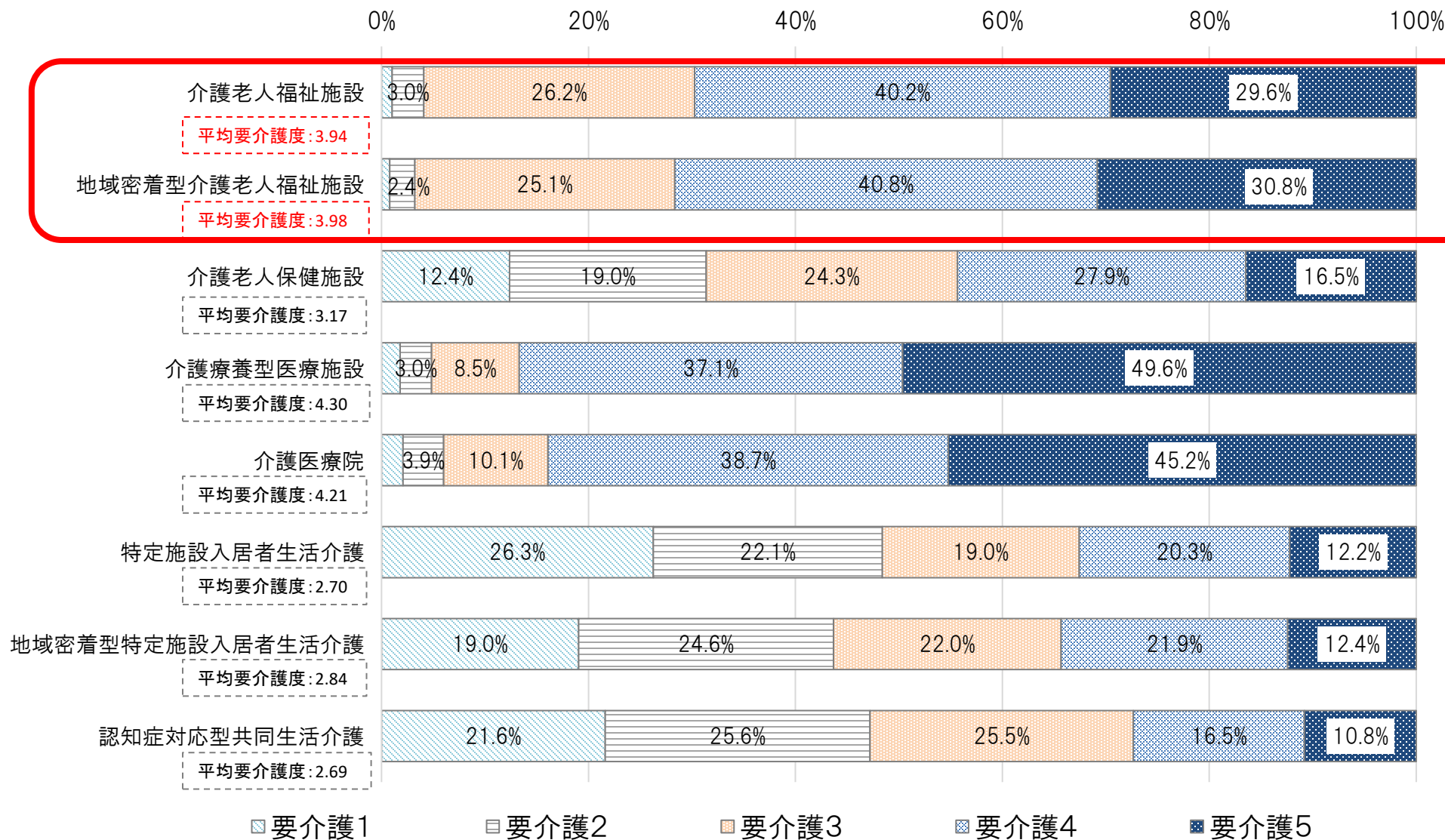
■要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5

※地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

出典：介護給付費等実態統計(旧：介護給付費等実態調査)(各年4月審査分)



# 施設系・居住系サービスの要介護度割合



【出典】令和3年介護給付費等実態統計(年次報告、累計)

# 介護老人福祉施設に関連する各種意見

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会）

抜粋

（個室ユニット型施設の入居定員の見直しに係る検証）

- 今後、現行の入居定員の基準を超える新たなユニットを整備する施設において、ケアの質が維持され、職員の過度な負担につながらぬよう、当該ユニットの整備・運営状況を定期的に把握しつつ、適切な運営や指導が行われているか検証し、必要な見直しなどの対応を検討するべきである。

（小規模介護福祉施設等の基本報酬）

- 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の基本報酬について、そ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引き続き検討していくべきである。

介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

抜粋

（施設入所者への医療提供）

- 特別養護老人ホームにおける医療ニーズへの適切な対応の在り方について、配置医師の実態等も踏まえつつ、引き続き、診療報酬や介護報酬上の取扱いも含めて、検討を進めることが適当である。

（施設サービス等の基盤整備）

- 個室ユニット型施設の整備の推進については、個室ユニットがプライバシーの確保や尊厳の保持といったケアそのものにおいて果たす役割のみならず、新型コロナウイルス感染症拡大下において果たした役割等も踏まえ、人材確保や費用面などの課題等も整理しながら、引き続き検討していくことが重要である。

# 介護老人福祉施設に関する各種意見

規制改革実施計画（令和4年6月7日閣議決定） 抜粋

特別養護老人ホームにおける施設内の医療サービス改善

a 厚生労働省は、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）における現行の配置医師（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）第2条第1項第1号の規定等により特養に配置された医師をいう。）による医療の提供に関して、現行制度では、特養入所者の施設内における医療ニーズ（特に、特養入居者の急変時及び看取り時に要する配置医師又はその他の医師による訪問診療や往診、オンライン診療）に十分応えられておらず、当該規定において配置医師が行うこととされる「健康管理及び療養上の指導」の範囲の明確化や配置医師制度等の見直しなど所要の措置を検討すべきではないかとの指摘を踏まえ、特養における医療ニーズへの対応の在り方を検討するために、配置医師の実態（在宅療養支援診療所に所属している医師か否か、雇用実態、提供する医療の内容等）、特養における入居者の医療ニーズの具体的内容、入居者に対して現に行われている医療対応などについて必要な調査を実施する。

b 厚生労働省は、当該調査結果を踏まえ、特養における必要な訪問診療、往診、オンライン診療について介護保険又は医療保険で適切に評価するなど、特養における医療ニーズへの適切な医療提供を可能とするための必要な措置について検討を行い、結論を得次第速やかに必要な措置を講ずる。その際、医療保険・介護保険制度への影響や患者負担への影響に留意するとともに、看取り期等の患者に対して本人が必要としない過剰な医療の提供がないよう留意する。

a：令和4年度措置

b：令和5年度結論・措置

## 【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療

### 主な課題

- (1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について
- 特養において提供可能な医療については、酸素療法(酸素吸入)を行うことが可能な施設が約 54%、静脈内注射(点滴含む)が約 32%、喀痰吸引(1日8回以上)が約 24%である。
  - 退所者のうち 69.0%が死亡によるものであることや、83.0%の特養が施設における看取りに対応していることから、「終の棲家」としての機能は一定程度果たしているといえる。
  - そうした中、特養における配置医師が行う健康管理や療養上の指導は、介護報酬において評価されているが、配置医師との契約形態等により、配置医師が不在時において、急変時の対応が難しい状況が発生しうるという指摘もある。実際に、配置医師が不在時に生じた急変等の対応方法としては「配置医師によるオンコール対応」は平日・日中：63.2%、平日・日中以外：38.2%、「配置医師以外の医療機関によるオンコール対応」は平日・日中：16.0%、平日・日中以外：30.3%、「上記は実施せず、救急搬送」は平日・日中：26.0% 平日・日中以外：38.2%となっている。
  - また、配置医師緊急時対応加算の算定率が 5.9%にとどまっていることや、看取りを受け入れられない場合がある理由として「対応が難しい医療処置があるため」と回答する施設が 48.8%あり、医療対応が必要な場合でも可能な限り施設で生活を送ることができるようにする観点から、更なる取組みが求められる。

### 検討の視点

- (1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について
- 必ずしも常勤でないものの医師の配置が義務づけられている特養における医療ニーズへの適切な対応のあり方について、どのように考えられるか。

# 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