

○介護保険三施設の比較

	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設
施設数	5,084	3,013	3,817
入所定員数	346,069人	269,524人	139,636人
平均入所定員数	68.1人	89.5人	36.6人
退所者の平均在院・在所日数	1,429.0日	230.1日	359.5日
受給者1人当たり費用額	31.6万円/月	32.5万円/月	43.4万円/月
設備基準	居室（一人当たり10.65㎡以上） 医務室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上 （小規模生活単位型指定介護老人福祉施設）ユニット 居室（個室） （一人当たり13.2㎡以上） 共同生活室 便所 医務室 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上 ※廊下の一部の幅を拡張するなどによりすれ違いに支障がない場合は、片廊下1.5m以上、中廊下1.8m以上	療養室（一人当たり8㎡以上） 診察室 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上	病室（一人当たり6.4㎡以上） 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上
人員基準 （入所者100人当たり）	医師（非常勤可） 1人 看護職員 3人 介護職員 31人 介護支援専門員 1人 その他 生活相談員等	医師（常勤） 1人 看護職員 9人 介護職員 25人 理学療法士又は作業療法士 1人 介護支援専門員 1人 その他	医師（常勤） 3人 看護職員 17人 介護職員 17人 介護支援専門員 1人 その他 薬剤師、栄養士等

※施設数、入所数、平均入所定員数、退所者の平均在院・在所日数については、平成15年度介護サービス施設事業所調査。受給者1人当たり費用額は、介護給付費実態調査（平成17年5月審査分）

○介護保険三施設における入退所者の状況

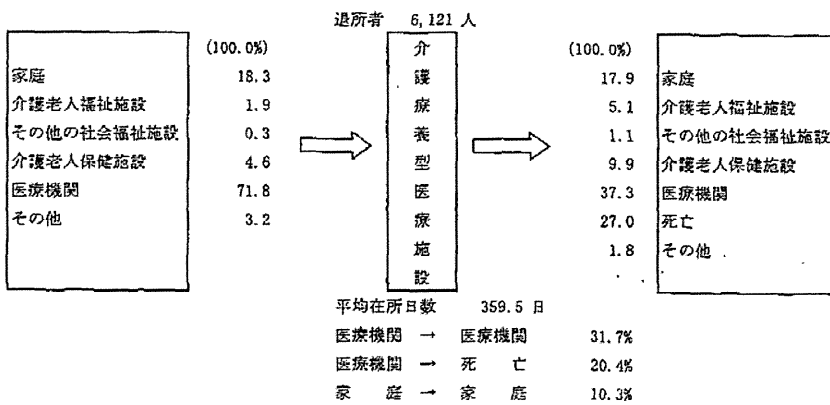
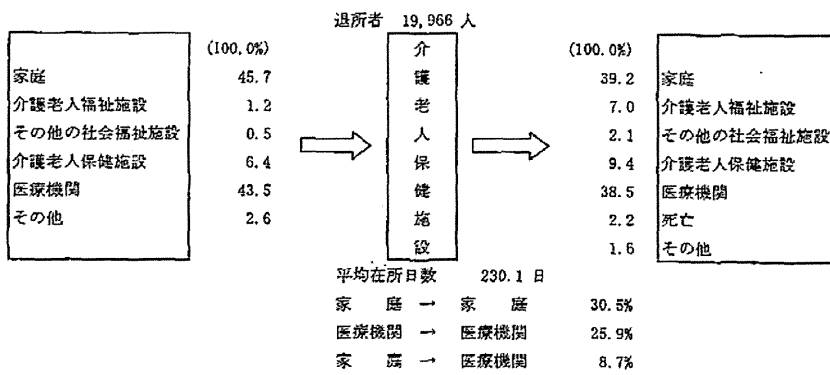
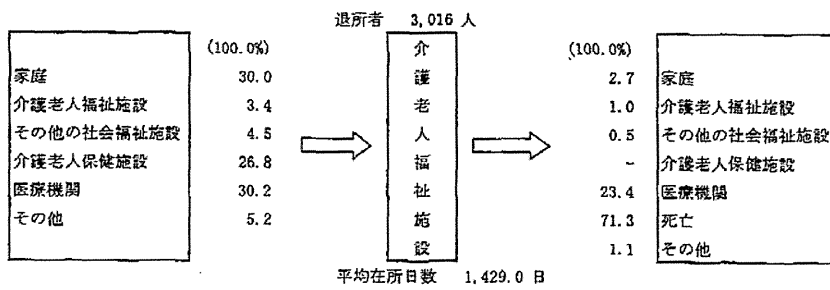
平成15年介護サービス・事業所調査

退所者の入退所の経路

平成15年9月

(入所前の場所)

(退所後の行き先)

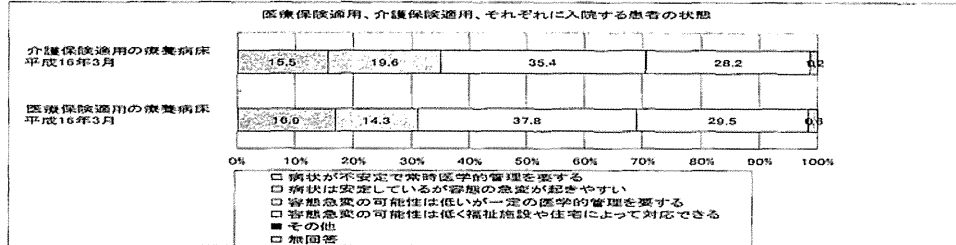


注：「その他」には不詳を含む。

○ 一方で、入院患者については、いずれの保険制度の適用病床についても、

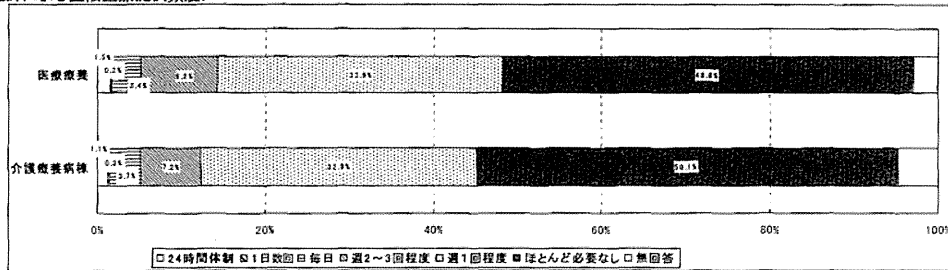
- ①入院患者の状態に変わりがなく、
- ②医療必要度の高い者はその中の一部であるといった指摘がある。

＜医療保険適用、介護保険適用、それぞれに入院する患者の状態＞



【医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査」(平成16年3月)】

＜医師による直接医療提供頻度＞



【中医協「慢性期入院医療実態調査」(平成17年11月11日中医協資料)】

療養病床の将来像について(案)

◎ これまで高齢の長期入院患者に対するサービスにおいて一定の役割を果たしてきた療養病床(医療型25万床、介護型13万床)について、在宅・施設の介護基盤が充実する中で、患者の状態に即した機能分担を推進する観点から、医療提供体制及び医療保険・介護保険の両面にわたって一体的に見直し、平成23年度末までに体系的な再編を進める。このため、平成18年度の医療制度改革や介護報酬・診療報酬改定において、以下の基本的な考え方に基づき、将来的な方向を示すことを検討する。

1 将来的な療養病床の位置付け

○ 将来的には(平成24年度以降)、療養病床は、「長期にわたり療養が必要な医療必要度の高い患者を受け入れる病床」との位置づけを明確化する。

(1)医療法上の取り扱い(医療法施行規則の改正)

- ・療養病床については、医療必要度の高い患者を対象とする施設としての位置づけを明確にする観点から、「看護4：1以上・看護補助4：1以上」の配置(※)を要件とする。
- ※現行は、「看護6：1以上、看護補助6：1以上」の配置が要件。
- ・平成23年度末までは経過措置として現行の配置を維持。

(2)介護保険・医療保険制度上の取り扱い(介護保険法等の改正)

①介護保険

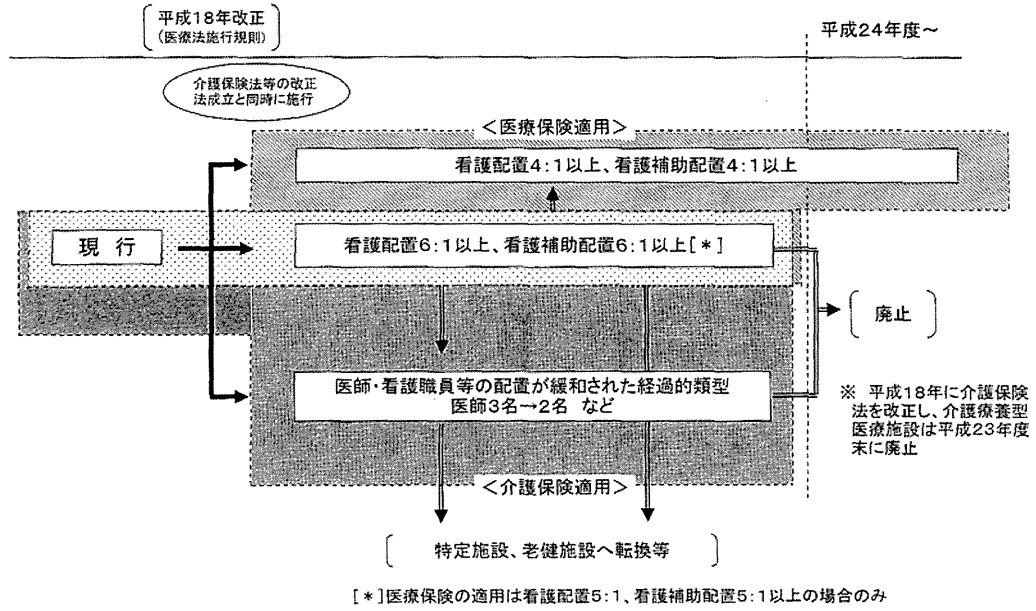
平成24年度以降は、介護報酬上の評価を廃止する。
ただし、平成23年度末までは、経過措置として現行の療養病床を評価する。

②医療保険

平成24年度以降は、診療報酬上は上記(1)の原則を満たす施設のみを評価する。
ただし、平成23年度末までは、経過措置として現行の療養病床も評価する。

[別紙]

医療法の配置標準等の見直しと保険の適用関係(案)



[備考]

No. 12	所 管	厚生労働省	日 付	平成 18 年 2 月 9 日
検 討 会 名	社会保障審議会 障害者部会			
資 料 名	社会保障審議会第 30 回障害者部会 議事録			
〔議題〕				
◆ 障害者自立支援法の施行準備状況について				
〔論 点〕				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 新サービスの基準・報酬の設定は、地域生活移行や就労支援といった課題への対応、重度障害者への支援の充実等を図り、質の高いサービスがより低廉なコストで、できる限り多くの方に提供されるよう、利用者の状態像やサービス機能に即す。(障害保健福祉部 伊原企画官) ・ 移行時支援措置の考え方：①地域生活を支えるサービス基盤の充実。②利用者の状態像やサービス機能に即した評価。③目標の達成度に応じた評価。指標を設け、指標を達成したかどうかで報酬面にそれを反映。④規制緩和を通じたサービス提供の拡充。⑤利用実態に応じた支払い方式への転換。⑥サービスの評価のあり方の見直し。⑦円滑な移行の推進。(伊原企画官) ・ 障害福祉計画の 3 つの基本的理念：地域の実状に応じた必要量を見込む。地域生活や一般就労への移行を進める。地域生活支援事業についても、地域の実状に応じて数値目標を設定。(伊原企画官) ・ グループホーム・ケアホームの病院敷地内への設置は、グループホームの基本理念に反する。(松友委員) ・ 利用者負担がサービス利用の抑制につながる可能性。(小板委員) ・ ノーマライゼーションが非施設化・脱施設化を伴うか。何がコミュニティケアなのか。障害を持っている方等々の多様なニーズにどう対応すべきか。脱施設化を急激に進めることの問題点に注意。(町野委員) ・ 複雑化するサービス情報公開の必要性。(高橋(紘)委員) 				

〔備考〕

グループホームに関する課題と対応の方向

【課題】

1. サービスの質と責任関係が不明確

- 重度の判定基準が不明確
- 障害程度に応じた人員配置が義務付けられていない(世話人のみ)
- 外部からのホームヘルプ利用が認められている

2. 多数の長期間入所・入院者が存在

- グループホームと他サービスがばらばらに提供されている
- グループホームの整備量が不十分

3. 住居を単位とする小規模な事業運営

- 4人といった小規模単位でも運営できることを前提

【対応の方向】

- 障害程度区分により、ケアホーム対象者を明確化
- 障害程度区分に応じた人員配置を義務付け
 - * 著しく重度の障害者に配慮
 - * 夜間支援体制を評価
- ケアホーム事業者の責任による介護の提供
 - * 重度障害により日中活動を利用できない期間を評価

- 居住の場であるグループホーム、ケアホームと日中活動を組み合わせ、生活全体を支援
 - * サービス管理責任者の配置
- グループホーム、ケアホームの量的整備を推進
 - * 「地域移行型ホーム」の検討
- グループホームからの自立を視野に入れた支援
 - * 自立生活への移行支援を評価

- 夜間等の支援体制を確保できる標準的な事業規模へ移行
 - * 小規模事業への経過措置
 - * 大規模住居の減算

グループホーム、ケアホームのあり方について
 ー設置場所等に関連する検討ー

検討の視点

対応の方向

○ グループホーム、ケアホームの居住の場としての意義は何か。
 → 地域生活とは何か。

○ 地域に住む人と自然に交わる
 ○ 住居から離れた日中活動の場へ通う

○ 多数の長期間入所・入院者が存在する中、地域生活への移行をどのように具体的に進めていくか。

○ グループホーム、ケアホームの量的整備の推進
 ・ 新規整備の他、入所施設等からの転換
 ・ 地域住民の理解の深化
 ○ 長期入所・入院からの段階的移行の推進

No. 13	所 管	厚生労働省 保険局	日 付	平成 18 年 6 月 7 日
検 討 会 名	中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会			
資 料 名	中央社会保険医療協議会 第 83 回診療報酬基本問題小委員会議事録			

〔議題〕

- ◆ 医療機関のコスト調査分科会からの報告について
- ◆ 手術に関する施設基準に係る今後の検討の進め方について
- ◆ 「自宅以外の多様な居住の場」における在宅医療の推進について

〔論 点〕

- ・ 介護療養型医療施設を廃止するにあたり、療養病床は、医療の必要性高い患者が入院することに限定する方針。医療の必要性の低い患者はそれ以外で療養を行うことが想定される。それは、「自宅以外の多様な居住の場」と介護保険三施設である。
- ・ 「自宅以外の多様な居住の場」における在宅医療の確保の観点から、早急に措置を講ずるべきものとしては、①在宅時医学総合管理料を特定施設に在宅療養支援診療所の医師が訪問する場合は、末期の悪性腫瘍の患者以外でも算定できる取扱いとする。②外部サービス利用型特定施設（H18年4月新設）は、在宅時医学総合管理料、在宅患者訪問診療料が算定できる取扱いとする。③在宅時医学総合管理料と在宅末期医療総合診療料は、算定対象とする患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関は算定できなかったが、在宅療養支援診療所は算定できることとする。（療養病床の再編の過程において、同一の主体が、医療機関と有料老人ホーム等を開設することも想定。）また、療養病床を有料老人ホームに転換する病院は、在宅療養支援診療所と同様の医療体制を有する場合にも、在宅時医学総合管理料について算定可能として取り扱う。
- ・ 中長期的に検討していくものとしては、①病院が在宅医療の中心的な役割りを担うことも考えられることから、病院の届出を行うことも検討。②在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料は、医師または看護師が配置されている施設に入所している患者には算定できないことになっているが、常時対応困難な場合もあり在り方を検討すべき。③在宅末期医療総合診療料は、在宅療養支援診療所以外でも算定可能とすべき。

【参考資料】

	高齢者向け 優良賃貸住宅 [特定施設入居者生活介護の指定を受けない場合]	有料老人ホーム	軽費老人ホーム (ケアハウス)	特定施設入居者 生活介護	認知症高齢者 グループホーム	介護老人福祉施設 (特別養護 老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
基本的 性格	高齢者のための 住宅	高齢者のための 生活施設	高齢者のための 生活施設	要介護高齢者も生活 できる高齢者の ための生活施設	認知症高齢者の ための共同生活 住居	要介護高齢者の ための生活施設	要介護高齢者が在 宅復帰を目指すリ ハビリテーション施設	重医療・重介護 高齢者の長期療 養施設
主な 設置主体	限定なし	限定なし	・地方公共団体 ・社会福祉法人 ・社会福祉法の規 定により都道府 県知事の許可を 受けた者	限定なし	限定なし	・地方公共団体 ・社会福祉法人	・地方公共団体 ・医療法人 ・社会福祉法人	・療養病床等を 有する病院又は 診療所
主な人員 配置基準	——	施設長 生活相談員 介護職員 看護職員 栄養士 機能訓練指導員	単独設置・入居 者100人の場合 事務員1人 生活相談員1人 介護職員3人 栄養士1人	要介護者である 入居者100人の 場合 管理者1人 生活相談員1人 介護職員・看護 職員の総数34人 (うち看護職員3 人以上) 機能訓練指導員1人 ケアマネ1人	入居者9人の1 ユニットの場合 管理者1人 日中 介護職員3人 夜間 夜勤職員1人 ケアマネ1人	入所者100人の 場合 医師1人 (非常勤可) 生活相談員1人 介護職員・看護 職員の総数34人 (うち看護職員3 人以上) 栄養士1人 機能訓練指導員1人 ケアマネ1名	入所者100人の 場合 医師1人 (常勤) 薬剤師1人 介護職員・看護 職員の総数34人 (うち看護職員 10人程度) PT又はOT1人 栄養士1人 ケアマネ1人	入所者100人の 場合 医師3人 (うち常勤1人) 薬剤師1人 看護職員17人 介護職員17人 PT・OT通当致 栄養士1人 ケアマネ1人

	高齢者向け 優良賃貸住宅 [特定施設入居者生活介護の指定を受けない場合]	有料老人ホーム	軽費老人ホーム (ケアハウス)	特定施設入居者 生活介護	認知症高齢者 グループホーム	介護老人福祉施設 (特別養護 老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
施設 等の 主な 基準	戸数 5戸以上	——	原則20人以上	——	1ユニット当たり 5人以上9人以下 で2ユニットまで	——	——	——
住戸 (室) 規模	25㎡/戸以上 (グループ居住の 場合18㎡/戸 以上)	介護居室の場合 13㎡/室以上	21.6㎡/室以上 (ユニット型の場 合15.63㎡以上)	個室でプライバ シーの保護に配 慮し、介護を行 える適当な広さ	7.43㎡以上	1室4人以下で 1人当たり 10.65㎡以上 (ユニット型の場 合、個室で13.2 ㎡以上)	1室4人以下で 1人当たり8㎡ 以上 (ユニット型の場 合、個室で13.2 ㎡以上)	1室4人以下で 1人当たり6.4 ㎡以上 (ユニット型の場 合、個室で13.2 ㎡以上)
医療サー ビスの提 供方法	緊急時に対応で きる体制を整備 して外部の医療 機関により対応 (診療報酬)	協力医療機関を 定めて対応 (診療報酬)	疾病時には医療 機関に連絡 (診療報酬)	協力医療機関を 定めて対応 (診療報酬)	協力医療機関を 定めて対応 (診療報酬)	健康管理や療養上 の指導は配置医師 が対応(介護報酬) + 配置医師で対応で きない場合には外 部の医療機関によ り対応(診療報酬)	比較的安定してい る病状に対する医 療は配置医師が対 応(介護報酬) + 配置医師で対応で きない場合には外 部の医療機関によ り対応(診療報酬)	配置医師による 医療提供 (介護報酬)
介護サー ビスの提 供方法	外部の事業者が介護サービスを提供			施設が介護サービスを提供(介護報酬)				

	高齢者向け 優良賃貸住宅 [特定施設入居者生活介護の指定を受けない場合]	有料老人ホーム	軽費老人ホーム (ケアハウス)	特定施設入居者 生活介護	認知症高齢者 グループホーム	介護老人福祉施 設(特別養護 老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
施設数 箇所数	579 団地 (H17.3)	1,418 施設 (H17.7)	1,651 施設 (H16.10)	1,645 施設 (H18.3)	7,778 箇所 (H18.3)	5,664 施設 (H18.3)	3,340 施設 (H18.3)	3,064 施設 (H18.3)
[参考] 病床数 定員数 戸数	2,4005 戸 (H17.3)	95,454 人 (H17.7)	65,167 人 (H16.10)	—	76,998 人 (5,449 箇所) (H16.10)	363,747 人 (5,291 施設) (H16.10)	282,513 人 (3,131 施設) (H16.10)	138,942 床 83,717 施設 (H16.10)

※高齢者向け優良賃貸住宅の箇所数・戸数：国土交通省調べ

※有料老人ホームの施設数・定員数：厚生労働省老健局振興課調べ

※軽費老人ホーム(ケアハウス)の施設数・定員数：平成16年社会福祉施設等調査報告

※特定施設入居者生活介護、認知症高齢者グループホーム、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の施設数(請求事業所数)：介護給付費
実態調査月報(平成18年3月調査分)

※認知症高齢者グループホーム、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の病床数・定員数：平成16年介護サービス施設・事業所調査

中医協 診-3-1
18.6.7

「自宅以外の多様な居住の場」における在宅医療の推進について

- 今国会に提出されている健康保険法等の一部を改正する法律案においては、平成24年度に介護療養型医療施設を廃止することが盛り込まれており、
 - ・ 療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、
 - ・ 医療の必要性の低い患者については、病院ではなく、自宅のほか、「自宅以外の多様な居住の場」又は介護老人保健施設等で受け止めることで対応する方向性が示されているところ。
- 今後、療養病床の再編成の過程において、医療の必要性の低い患者への対応として、「自宅以外の多様な居住の場」の整備がさらに進む中で、そこで居住する方々に対して必要な在宅医療を確保することが求められていくこととなる。
 - 一 平成18年度診療報酬改定施行後の様々な問題提起を踏まえつつ、「自宅以外の多様な居住の場」における在宅医療の推進のための更なる措置の在り方について、「早急に措置を講ずるもの」と「中長期的に検討していくもの」とに分けて、整理することとしてはどうか。

1 早急に措置を講ずるもの

以下の事項については、「自宅以外の多様な居住の場」における在宅医療の確保の観点から、早急な対応が必要であると考えられることから、平成18年7月1日より、以下のとおり取り扱うこととしてはどうか。

- ① 在宅時医学総合管理料(「在医総管」)については、特定施設に入居している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問を行う場合に算定できるよう、算定範囲を拡大したところであるが、特定施設における在宅医療を推進する観点を踏まえ、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問を行う場合には、末期の悪性腫瘍の患者以外の患者であっても、在宅時医学総合管理料(「在医総管」)を算定できる取扱いとする。

② 平成18年4月に新設された外部サービス利用型の特定施設については、必要に応じて外部の介護サービスを利用するという意味では、従来の特定施設よりむしろ自宅に近いものと考えられることを踏まえ、外部サービス利用型の特定施設の入居者については、在宅時医学総合管理料（「在医総管」）及び在宅患者訪問診療料が算定できる取扱いとする。

③ 在宅時医学総合管理料（「在医総管」）及び在宅末期医療総合診療料（「在医総」）については、平成18年4月以降、算定対象とする患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においては算定できないこととされたが、今後、療養病床の再編成の過程において、医療の必要性の低い患者を受け止める形態の一つとして、同一の主体が医療機関と有料老人ホーム等を開設することも考えられることから、在宅療養支援診療所であれば、特別の関係にある場合にあっては算定することができることとする。また、療養病床を有料老人ホームに転換する等の措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の医療体制を有する場合にも、在宅時医学総合管理料（「在医総管」）について算定可能として取り扱うこととする。

* 在宅時医学総合管理料（「在医総管」）又は在宅末期医療総合診療料（「在医総」）を算定する医療機関の開設者が、算定対象とする患者が入所する有料老人ホーム又は認知症対応型グループホームの開設者が同一の場合等には、「特別の関係」があるとされる。

2 中長期的に検討していくもの

④ 平成18年度診療報酬改定において新設された在宅療養支援診療所については、地域医療の実情によっては病院が在宅医療の中心的な役割を担うことも考えられることから、病院においても届出を行えるようにすることを検討すべきとの指摘もある。これをどう考えるか。

⑤ 在宅患者訪問診療料及び在宅時医学総合管理料（「在医総管」）については、「医師又は看護師等が配置されている施設に入所している患者については算定の対象としない」こととされているが、施設の医師が常時の対応を行うことができなかつたり、また、そもそも施設に医師が配置されていなかったりする場合には、入所したまま看護師等のみにより必要な医療を確保することが困難な例もあることから、このような基本的考え方そのものの在り方について検討すべきとの指摘もある。これをどう考えるか。

2

⑥ 在宅末期医療総合診療料（「在医総」）については、平成18年4月以降、在宅療養支援診療所においてのみ算定できることとされたが、在宅時医学総合管理料（「在医総管」）が在宅療養支援診療所以外でも算定可能であることを踏まえ、在宅療養支援診療所以外でも算定可能とすることを検討すべきとの指摘もある。これをどう考えるか。

[備考]

No. 14	所 管	厚生労働省	日 付	平成 18 年 9 月 19 日 閣議決定
検 討 会 名	住生活安定向上施策推進会議			
資 料 名	安心住空間創出プロジェクト概要			
〔議題〕				
◆ 高齢社会における安心住空間とは				
〔論 点〕				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅や地域に住み続けたい高齢者の希望に応え、高齢者にとって安心な住環境を整備するために、住居・見守り・食事・医療・介護の5つの「安心」を確保するとともに、多世代の「交流」を通じて新たなコミュニティ形成を目指すことが必要。 ・ 都市部では新たなサービス拠点の用地や施設の確保が困難であるため、都市部の大規模な公的賃貸住宅団地（公営住宅、都市再生機構等の団地）のストックを活用してサービス拠点を確保することにより、安心住空間を創出。 ・ 国土交通省（住宅施策）と厚生労働省（保健・福祉施策）の連携。 ・ 公的賃貸住宅団地を活用した安心住空間創出のための枠組み：介護対応住戸や高齢者向け賃貸住宅、グループホーム等への住み替え支援、民間事業者等によるグループホーム、小規模多機能施設等の設置、民間事業者等による高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等の設置など。 				
〔備 考〕				
http://www.mhlw.go.jp/general/seido/toukatsu/suishin/dl/02.pdf http://www.mhlw.go.jp/general/seido/toukatsu/suishin/				

No. 15	所 管	厚生労働省	日 付	平成 18 年 12 月 15 日
検 討 会 名	社会保障審議会介護給付費分科会			
資 料 名	第 2 回介護施設等の在り方に関する委員会議事録			
〔議題〕				
◆ 我が国における高齢者住まい等の状況について				
◆ 諸外国の施設・住まい等の状況について				
〔論 点〕				
<ul style="list-style-type: none"> ・ グループホームを介護保険施設等を含めているが、一方では居住系サービスという分類もしている。これから介護保険施設の在り方を検討するなかで、分類を整理しておいた方が良い。(中田委員) ・ 日本では住宅整備が後れているにもかかわらず、参酌標準という枠の中に施設という形で居住系サービスまで制限をしている。1つの国の政策を進める上での整備が非常に不十分であり、この整理はきちんとすべき。(天本委員) ・ 高齢者の住宅の状況は基本的には、持ち家が多く、スペースも結構ある。そういう持ち家の人たちを含めて、できればターミナルになったときにもずっと住み続けていたいと希望もあるが、本当のターミナルになったら、やはり困ることが家族の負担等で出てくる。(村本委員) ・ 介護療養型医療施設の重度の方を老人保健施設に移すというのは、非常に逆行した対応である。また、介護保険施設への移行を誘導しているが、現行の老健施設で重い人たちを受けられるとは思えない。国のセーフティーネットとして、一番重い、弱い立場の人をどうするかきちんと社会保障として議論し、データに基づくべき。(天本委員) ・ 療養病床の病床数や介護保険給付額の地域差について考える必要。(池田委員) ・ 今の療養病床と老健施設が一緒にやるには、機能の違いや人員配置の問題からかなり根本的に医療の部分の見直しや考え方の変更が必要。(漆原委員) ・ 例えば、特別養護老人ホームは看護職が 24 時間常駐しているとは限らず、介護者が医療行為を行っている可能性がある。本当に医療ニーズに対する対応、国民が介護を必要としたときに適切な対応ができていないか、介護職員の医療行為との関わりについて議論すべき。(田中(雅)委員) ・ オランダやイスラエル、ドイツ、ルクセンブルクなど介護保険の国の比較も参考になるのでは。保険料の比較など財源論も必要。(池田委員) ・ 療養病床廃止・転換について、老健以外にも有料老人ホームや、ケアハウス等の特定施設、特養も受け皿として注目されているが、国が進めている在宅療養支援診療所の状況、設置数、配置されている医師数、時間的な対応、夜間 24 時間対応等も検討が必要。(中田委員) 				
〔備 考〕				
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1215-13c02.pdf http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/txt/s1215-4.txt ※高齢者用居住施設についての記述は、各国の状況についての資料に記載。				

No. 16	所 管	厚生労働省老健局	日 付	平成 19 年 9 月 28 日
検 討 会 名	社会保障審議会介護保険給付費分科会 第 6 回介護施設等の在り方に関する委員会			
資 料 名	第 6 回介護施設等の在り方に関する委員会議事録			
<p>〔議題〕</p> <p>◆ 介護施設の在り方について、これまでの議論のまとめ</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療と介護というものは根本的に違う使命があり、一体的に介護保険の給付の中に入れ込むのは無理がある。介護施設の中で、本来受けられるはずの医療に制限が入るべきではない。例えば居宅と言われて、多様な住宅でも自由に医療が受けられるのに、介護施設に入るということで要介護度ごとに医療までが制限される仕組みは見直すべき。(天本委員) <p>これまでの議論のまとめ</p> <p>○介護施設のありかたについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設機能は、住まい・食事・介護・医療・見守りに分解できる。これらの機能をどのように確保していくべきか。 住まいの名称如何にかかわらず、介護サービス・医療サービスの使いやすさは差がないようにすべきである。 施設であっても、地域ケアの一環として、必要に応じて外部サービスを導入することにしてはどうか。 特別養護老人ホームとはケア付き住宅なのか、低所得者のための福祉施設なのかなど、施設ごとの位置付けを踏まえた検討が必要である。 ユニットケアの理念・効果・人員体制などを検証すべきである。 介護施設等における食費、居住費に関する補足給付の在り方について、グループホーム等における生活保護支給との整合性を踏まえて見直しが必要である。 各介護施設における医療提供システムと医療サービスの実態を比較検証すべきである。 <p>○高齢者の住まいについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 我が国の住宅政策の方向性の変化をにらみつつ、見守り機能を含めて高齢者の多様な住まいの在り方について考えていく必要がある。 高齢者の住まいの将来像に合わせたケアシステムを検討すべきである。 リバースモーゲージ、持ち家賃貸などによる住み替え支援など、住宅ストックを活用した高齢者の住まい方を誘導する仕組みを考えるべきである。 <p>○介護サービスのありかたについて</p> <ul style="list-style-type: none"> これからは「自己完結型」のケアではなく、様々な地域資源を組み合わせる「地域内完結型」のケアに向かうべきである。 手続き制度の簡素化を図るべきである。 <p>○医療との関係について</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者の生活の場である介護施設等において、ターミナル・ケアの在り方や最後の療養の場所について議論すべきである。 				

- ・ 在宅療養を支えるため、病院・診療所や訪問看護系サービスが広く対応できる仕組みが必要である。
- ・ 特別養護老人ホーム等における医療処置の必要性が高い方へのケアはどのようにすべきか。
- ・ 介護職の医療行為の在り方や介護施設の職員配置の在り方について検討すべきである。
- ・ 住まい、施設であっても医療サービスの利用において同じように地域医療を活用できるように制度変更していくべきである。
- ・ 介護施設においてもサービス構造に応じて効率的、重層的保険給付体系としていくべきである。

〔備考〕

委員会議事次第

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/s0928-8.html>

○フランスにおける高齢者向け施設介護サービスの提供施設

① 高齢者アパート (logement foyer)

自立生活を営める高齢者を対象にした中層又は戸建ての集約的な居住形態で、入居者の入る各個室の他に、共有スペースとしての食堂や共用室等が設けられている。入居者の加齢等によって要介護度が高まっており、医療部門の併設が多くなっている。

② 高齢者ホーム (maison de retraite)

高齢者アパートよりもやや要介護度の重い高齢者を対象としており、生活支援・介護等のサービスを提供する居住施設である。

③ 民間ケア付き住宅 (residences)

民間営利事業者（介護会社や不動産会社）が経営するケア付きマンションは「レジデンス」と呼ばれており、個別自立手当の給付対象でないことが多い。ただし、入居者は高所得層であり自己負担している。サービス内容は緊急通報や、食事、洗濯、清掃サービスなどであり、施設内に看護師・介護職員を配置している。

医療経済研究機構

-41-

④ グループホーム (cantou)

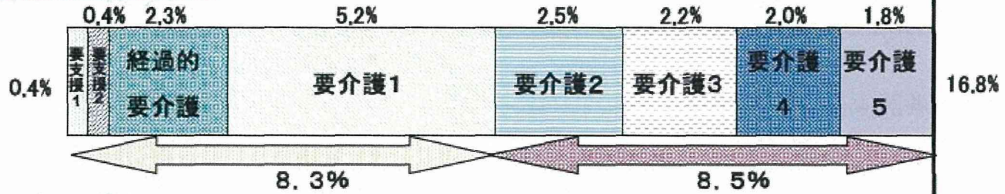
「カントウ」と呼ばれる施設であり、わが国のグループホームと同様、認知症高齢者を少人数で受け入れて専門職員と一緒に住み込み、入居者の残存能力を最大限に活かしながら、在宅にいるのと同じような生活を送るサポートをしている。

○各国の高齢者の居住状況

65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

出典)平成18年5月 介護保険事業状況報告

○要介護度別認定者割合



○各国の高齢者の居住状況 (定員の比率) | (全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合)

日本 (2005)	4.4%	※1 (0.9%)	介護保険3施設等	※2 (3.5%)
スウェーデン (2005) ※3	6.5%	※制度上の区分は明確ではなく、 類型間の差異は小さい。		
		サービスハウス等 (2.3%)	ナーシングホーム、グループホーム等 (4.2%)	
デンマーク (2006) ※4	10.7%	プライエボリー・エルダボリー等 (8.1%)		プライエム等 (2.5%)
英国 (2001) ※5	11.7%	シェルタードハウジング (8.0%)		ケアホーム (3.7%)
米国 (2000) ※6	6.2%	アシステッドリビング等 (2.2%)	ナーシング・ホーム (4.0%)	

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)
 ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
 ※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
 ※5 Elderly Accommodation Counsel(2004)「the older population」
 ※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

No. 17	所 管	厚生労働省	日 付	平成 19 年 10 月 26 日
検 討 会 名	中央社会保険医療協議会 第 104 回診療報酬基本問題小委員会			
資 料 名	議事録 資料 2			

〔議題〕

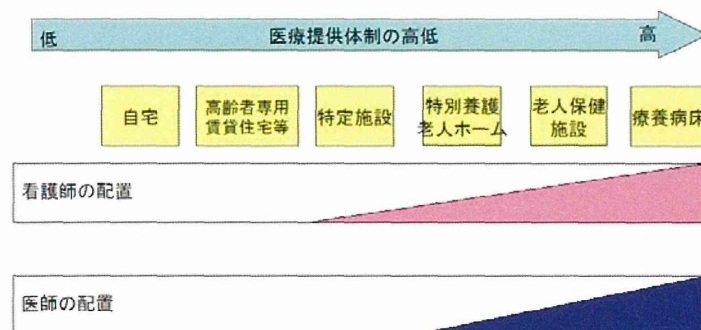
- ◆ 後期高齢者医療について
- ◆ 在宅医療等について

〔論 点〕

○居住系施設等における医療について議論した部分

- ・ 既存施設の医療提供体制の高低を確認。(医療課長 p. 9)
- ・ 居住系の施設がこれからますます必要になっていくが、それに対するサービスをどのようにしていくかということが問題認識である。(医療課長, p. 10)
- ・ 居住系施設を含むさまざまな施設等を利用している高齢者に、医療を外からどのように提供していくかが問題である。(〃, p. 6)。
- ・ 高齢者が多く生活する施設の往診は手間がかからないので、適正な評価をすべき。(医療課長)
- ・ 終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインについての評価が必要ではないか。(医療課長, p. 14)
- ・ 高齢者が多く生活する施設とは、1) 高齢者専用賃貸住宅、2) グループホーム、3) 特定施設の 3 つの類型を想定している。介護保険施設はこの外にある。(医療課長)

居住系施設等において医療される医療サービスのイメージ



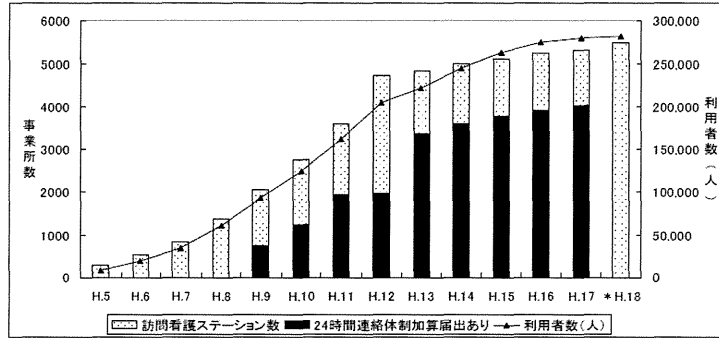
居住系施設等の概要

基本的性格 (定義)	高齢者専用賃貸住宅	認知症対応型 共同生活介護事業所 (グループホーム)	特定施設		特別養護老人ホーム
			外部サービス利用型		
主な人員配置基準	高齢者のための住宅	入居者9人の1ユニットの場合 管理者1人 日中 介護職員3人 夜間 看護職員1人 科面作成担当者 (管理者との業務可)	管理者1人 生活相談員1人 看護・介護職員3人 機能訓練指導員1人 科面作成担当者1人	管理者1人 生活相談員1人 利用者・介護職員10:1 科面作成担当者1人	入居者100人の場合 医師1人(非常勤可) 生活指導員1人 介護職員・看護職員の総数34人 (うち看護職員3人以上) 栄養士1人 機能訓練指導員1人 科面作成担当者1人
戸数・受給者数	4,063戸 (H18.5)	95.5千人 (H17.8)	50.4千人 (H17.8)		384.1千人 (H17.8)
受給者数推移 (H15.8→H16.8→H17.8) 単位:千人		42.2 → 70.1 → 95.5	25.2 → 35.9 → 50.4		348.5 → 363.3 → 384.1
平均要介護度*1		2.38	2.34		3.74
受給者数(千人)					
要介護1		24.9	15.6		24.0
要介護2		28.6	8.7		39.5
要介護3		25.7	8.4		73.6
要介護4		12.8	7.9		121.2
要介護5		3.5	5.3		125.7
平均要介護度推移 (H15.8→H16.8→ H17.8)		(2.25 → 2.36 → 2.38)	(2.43 → 2.42 → 2.34)		(3.60 → 3.71 → 3.74)
1施設当たり 患者数*2	11.1	12.1	23.1		47.8

*1: 平成17年8月審査分の要介護度別受給者数より算出
*2: 1施設当たり在宅医療患者数、0及び無回答を含まない平均値

訪問看護ステーション数及び利用者数の推移

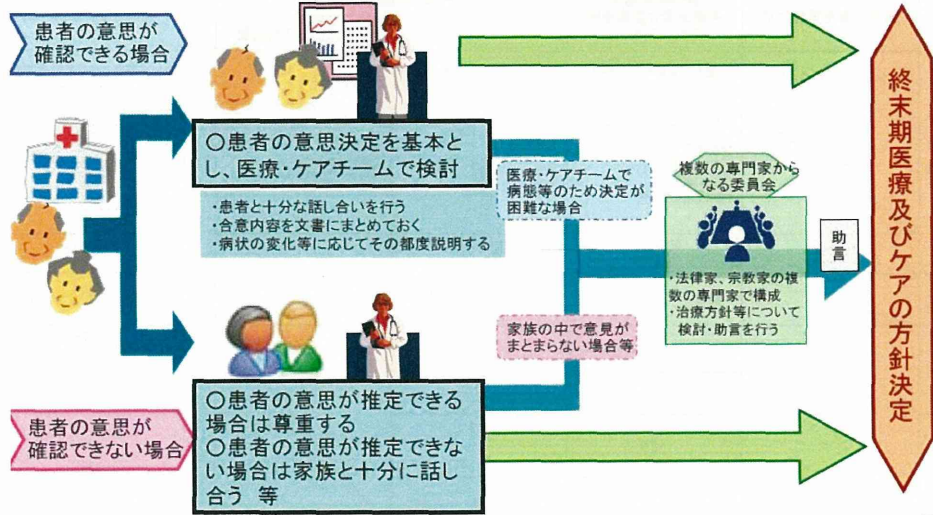
訪問看護ステーションは全国で5,480カ所。利用者数(実人員)は約28万人で
漸増傾向。24時間連絡体制をとる訪問看護ステーションは約75%。



	H.5	H.6	H.7	H.8	H.9	H.10	H.11	H.12	H.13	H.14	H.15	H.16	H.17	H.18
訪問看護ステーション数	277	516	822	1,374	2,048 (731)	2,756 (1,237)	3,570 (1,942)	4,730 (1,967)	4,825 (3,352)	4,991 (3,595)	5,091 (3,749)	5,224 (3,893)	5,309 (4,024)	5,480 (注報値)
利用者数(人)	8,262	16,769	34,093	60,015	92,622	124,310	161,910	203,573	221,005	244,475	262,925	274,567	279,914	281,718
看護職員数	260	176	249	7,921	11,576	15,155	18,773	22,305	25,915	23,771	26,072	26,434	27,266	-

(出典: 平成11年までは訪問看護統計調査、平成12年からは介護サービス施設・事業所調査)
訪問看護ステーション数の欄の括弧内は、ステーションのうち24時間連絡体制加算を掲げているものの数である。(※平成18年分は未集計)
平成18年度の訪問看護ステーション数は速報値であり今後変更があり得る。利用者数は、介護保険、医療保険を含み、1ヶ月の実績である。
看護職員就業数については、厚生省報告例(平成6.8.10年)衛生行政報告例(平成12、14、16年)及び雑計(平成5.7.9.11.13.15)により計上した。 6

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
 における手続きの流れ(イメージ図)



(14)

[備考]

No. 18	所 管	厚生労働省	日 付	平成 20 年 5 月 9 日
検 討 会 名	第 3 回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会			
資 料 名	第 3 回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会議事録			
〔議題〕				
◆ 精神保健医療体制について				
◆ 精神疾患に関する理解の深化について				
〔論 点〕				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病床と居住施設の国際比較について、日本は病床がほとんどを占めている。(長尾構成員) ・ 介護付き有料老人ホームにおいて、行動障害が重くなると多くが精神科病院に行く。どのぐらいの行動障害になったら病院がいいのか、福祉施設の方でケアした方がいいのか。特養や有料老人ホーム、老健、グループホーム、そういった高齢者の福祉の施設、居宅系のサービス、そういうところの実力、ケア技術の向というのも一方で考えなければいけない。(安田構成員) 				
〔備 考〕				

No. 19	所 管	厚生労働省老健局	日 付	平成 20 年 9 月 17 日
検 討 会 名	第 3 回「安心と希望の介護ビジョン」			
資 料 名	第 3 回「安心と希望の介護ビジョン」 議事録			
〔議題〕				
◆ 安心と希望の介護ビジョンについて (有識者からのヒアリング)				
〔論 点〕				
○小山参考人 (高齢者総合ケアセンターこぶし園施設長)				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 集約型の施設に入った場合それまで暮らしてきた人生が継続できない、住宅とは呼べないお粗末な環境がある。今後目指す方向性は p. 1 の通り。 ・ p. 4 は認知症になった人がともに移り住む仕組みが必要。 ・ p. 5 自分のつくりあげたものが自分の人生である。その中にいかに粘り強く残るかということと、移った場合に速やかにもとの生活に戻る保障をつくらなければならないことをあらわしている。 ・ p. 6 小規模多機能型とセットで地域をみる仕組みを提供している。 ・ p. 10 在宅で一人暮らしをする際の不安解消方策は重要である。 ・ p. 14 は、特別養護老人ホームと小規模多機能型居宅介護が一括して地域単位ごとに提供できることが必要。(他のサービスは不要となる。) 米国サンフランシスコでスタートした高齢者包括ケアプログラム (ペース) に非常に近いものである。 				

○園田参考人（明治大学 建築学）

- ・ 2015年の高齢者介護に打ち出された方針の中で、特に大都市の近郊部の中間所得層を対象に「新しい住まい」が整備される必要がある。（先進諸国と比べても手薄い。）65歳以上人口の5%、世帯数でいうと約100万世帯分が必要である。（120万人から150万人分が手がついていない状況。）（p.4）
- ・ 「高齢者住宅」を位置づけることが必要である。第1に、大都市近郊郊外に居住している高齢者リタイア世帯は、早めの引越しをして生活の便利なところに住み替えるという提案。第2は、1990年代に市町村単位で人里離れたところに介護施設を設置したがそれを町中にもどすことが必要である。これが高齢者住宅の存在意義である。
- ・ 高齢者住宅としてどういうものを考えてくのか。第1にアパートメント型のプライバシーが守られてサービスも利用できる「シニア・ハイツ」タイプ。第2は、女性の独居をターゲットにした、おしゃれでコミュニケーションがとりやすい「シニア・リビング」。第3として、「シニア・ホーム」である。これらが継続して提供されることが重要。また新しいビジネスモデルをつくることも必要。



（参考）2006年見直しの基本方針

**2015年の高齢者介護
高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて**

