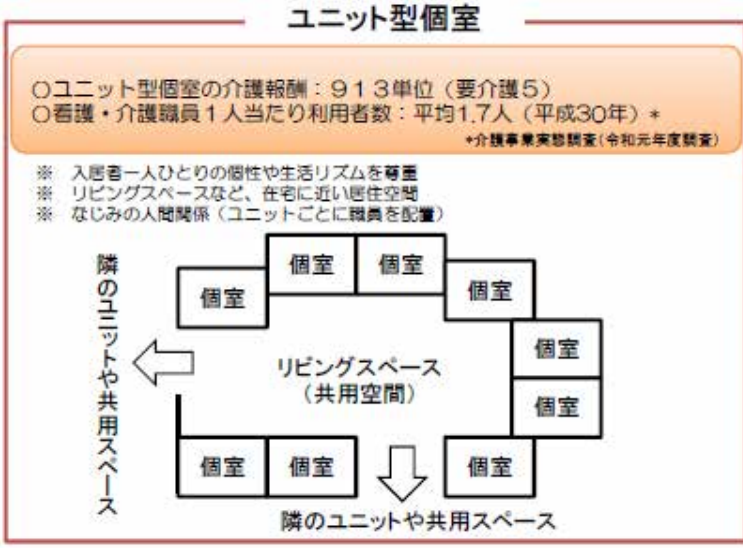


現状と課題

ユニット型特養において、1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」とされており、生産性向上の阻害要因になりうる状況。



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介護。

《**ユニット定員上限**》令和3年度報酬改定にて、以下改定。
 改定前：「おおむね10人以下としなければならない」
 改定後：「原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないものとする」
 ⇒ 11～15人の定員を認めるかは自治体によって判断が区々

規制見直し案

「おおむね10人以下」とすべき合理的な根拠はないものと思われ、「介護の質」と「介護の効率」の双方の最適化を図るために、**ユニット定員上限を「おおむね15人以下」に見直してはどうか。**

- ★**ユニット定員は「15名」が理想的**
- 日常お世話をする入居者人数（ケアの単位）が大きい方が効率のよい職員配置が可能
 - 一方で、介護職員の負担過多による介護の質への影響等も勘案する必要
 - ⇒ 「15人定員」が介護の質と介護の効率のベストバランス

（参考）ユニット定員による職員配置の検討例
 ※若竹大寿会による業務改善後の試算

入居者	介護単位×ユニット数	職員配置想定
120名	10人×12ユニット	2.4:1
	15人×8ユニット	2.9:1

(※) なお、有料老人ホームはユニット規制がないため介護量に応じて効率的な職員配置が可能

7. 規制見直し案 ①ユニット型施設（夜間巡視とユニット人員配置）

現状と課題

夜間巡視は負担感が大きく、その回数・方法について明確な規制はないが、おおむね2時間ごとに職員が訪室による巡視を実施する施設がほとんど。

なお、ユニット型特養において、夜間は「2ユニットごとに1人以上」の職員を配置する規制あり。

訪室による夜間巡視の問題点

入居者にとって

- ・巡視により目を覚ましてしまうことで熟睡の妨げになる、あるいはトイレに行きたくなって転倒事故を起こしてしまう等

介護職員にとって

- ・夜勤中ほぼ歩き回り、途中排泄介助や起きている方の対応などで他の業務を行う間もないほど、大きな負担になる

《ユニットごとの配置基準》

○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。

○夜間及び深夜については、2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。

規制見直し案

訪室による夜間巡視をICT機器（センサー、カメラ巡視等）による巡視に置き換えることが可能である旨、ガイドライン等により明確化してはどうか。

また、ICT機器を導入したユニット型特養における夜間の人員配置基準を緩和してはどうか。

★夜間巡視をICT機器による巡視に置き換えることで、安全を確保したうえで夜勤配置を効率化することが可能

- －ユニット型ではない従来型（多床室）特養については、ICT導入時の夜間配置基準の見直しがなされている
- －ユニット型特養においても、同様の基準見直しを望む

（参考）令和3年度介護報酬改定（対象：従来型特養）

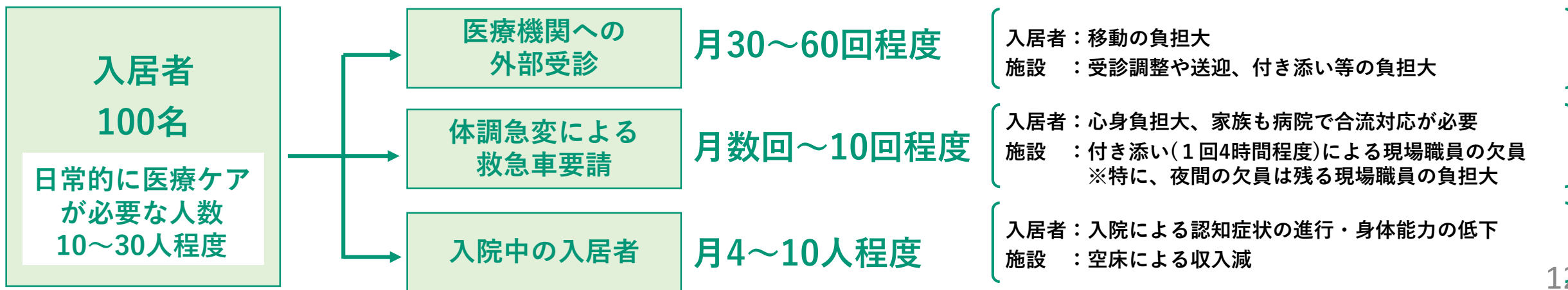
見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置基準の見直し

		改定前	改定後
配置人員数	利用者数25以下	1人以上	1人以上
	利用者数26～60	2人以上	1.6人以上
	利用者数61～80	3人以上	2.4人以上
	利用者数81～100	4人以上	3.2人以上
	利用者数101以上	4に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上	3.2に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに0.8を加えて得た数以上

現状と課題

- 特養においては、入居者の健康管理及び療養上の指導の目的で医師の配置が必要であり、多くの場合は特養から委嘱を受けた嘱託医（非常勤／当会では週1回2時間勤務／多くは内科医）が入居者に対して医療サービスを提供している。
- しかしながら、この嘱託医に求められている役割はあくまで健康管理であり治療を目的としていないため、委嘱費は通常低額であり、訪問診療に準じたサービスを提供しようとする医師の委嘱費に見合わないため、特養の嘱託医が提供する医療サービスは限定的なものとならざるをえない。
- 他方で、特養の入居者に対しては訪問診療の診療報酬を算定することができない（※）結果、専門医療やオンライン診療含め、特養への訪問診療は積極的には行われていないため、外部受診に頼らざるをえない状況。
 （※）ア：当該患者が末期の悪性腫瘍である場合、イ：当該患者を当該特養において看取った場合 に限り、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定できる。
- 以上、特養においては医療サービスが希薄化している。特養は介護度や医療依存度が高い方が多く入所されており、日常的に受診治療や入院治療が発生することを踏まえると、適時に適切な医療サービスが提供される必要がある。

《特養における医療対応（イメージ）》 ※入居者100名規模のケース



7. 規制見直し案 ②医療アクセス

規制見直し案

特養への①訪問診療・訪問看護について、診療報酬上の適切な評価を実施することや、②施設配置医師の介護保険基本サービスでの機能及び算定額基準を明確化することにより、医療アクセスを向上させることができないか。また、③救急車の職員添乗ルールを定めてはどうか。

★①②によって得られる効果

介護保険で評価される施設配置医の機能と、医療保険で評価される訪問診療の機能の明確化

施設内での積極的な診療が可能となり、外部医療機関受診回数や入院者数が少なくとも3割程度削減できる可能性

入居者にとって

医療機関との行き来による負担や認知症状の進行、身体能力低下リスクを軽減できる

施設にとって

受診対応のための職員加配や、入院による経営リスクが軽減できる

参考データ

職員数と入所者の現在治療中の疾患
(特養126施設、老健85施設)

	特養	老健
平均職員数（医師）	0.3人	1.2人
平均職員数（看護）	4.5人	10.4人
平均職員数（介護）	35.2人	31.3人
認知症	42.2%	35.4%
高血圧症	35.3%	38.4%
脳血管疾患	28.4%	31.0%
心疾患	18.9%	19.8%
糖尿病	11.9%	11.6%
廃用性症候群	7.5%	8.4%
麻痺	6.5%	4.3%
パーキンソン病関連疾患	5.6%	3.9%
骨折	4.6%	10.1%
うつ・躁うつ	4.6%	4.2%
気管支喘息	3.3%	2.5%
てんかん	3.2%	2.9%
慢性腎機能障害・腎不全	3.1%	3.8%
肺炎	2.2%	1.5%
悪性新生物	2.0%	2.4%
肺気腫・慢性閉塞性肺疾患	0.9%	1.0%
疾患は特になし	3.9%	5.3%
その他	20.4%	16.9%
無回答	5.8%	2.3%

生活の場である特養と、療養・リハビリの場である老健の役割と機能は異なりますが、「介護の手間」は特養がより大きい傾向

○平均介護度
特養 3.95
老健 3.20

※令和元年介護サービス施設・事業所調査より

「医療の必要度」はほぼ同程度

○老健は常勤医師配置があり、他科受診以外の外部受診は原則ない
○特養は短期入所中の定期往診も難しいため外部受診となる

出典：平成25年度老人保健健康増進等事業 医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書 公益社団法人全日本病院協会

- 現場の職員は本当に一生懸命。すこしでも役に立ちたい、笑顔にさせたいという思い。
- 社会保障を支えるため業務改善は必須、けれども業務改善のみでは現場は更に疲弊。
- 生活の質、介護の質に大きく影響する業務・技術と、ムダを明確にする。
- やらない・やれない部分を明確にし、やらない指示をだすことが現場トップの重要な責務。
- 「介護」「施設」への過剰な期待や常識を、社会的に見直し合意形成することが必要。
- 介護事業を守るため、報酬内のサービスとは何かについて制度上の担保が欲しい。

- 職員確保、職員育成、生産性向上、質の向上、リスクマネジメント・・・現場の課題は山積

少子高齢化の中で、一人あたりの介護費用を削減することは逃げることはできない日本の課題。そのことを現場職員を犠牲にせず、どうやったら作り出していけるのか。そのために業務改善、システム開発と次々と取り組んでいくことが若竹大寿会のチャレンジです。

スタッフが生き生きと取り組める「本来の介護」
誇りを持って働ける「専門性の高い介護」の実現を目指しています。