

社会保障審議会介護給付費分科会(第57回)議事次第

日時：平成20年10月30日(木)

午後2時から午後5時まで

於：航空会館7階 大ホール

議 題

1. 平成21年度介護報酬改定について(居宅系サービス)

2. その他

介護保険サービスの動向に関する資料

サービス種類別に見た費用額累計(平成19年度)

介護予防サービス

	平成19年度 費用額・累計 (単位:百万円)	費用額累計(予防 サービス+介護 サービス)に占める 割合
総 数	341 473	5.28%
介護予防居宅サービス	302 504	4.67%
訪問通所	274 931	4.25%
介護予防訪問介護	87 337	1.35%
介護予防訪問入浴介護	151	0.00%
介護予防訪問看護	6 715	0.10%
介護予防訪問リハビリテーション	1 392	0.02%
介護予防通所介護	119 854	1.85%
介護予防通所リハビリテーション	52 265	0.81%
介護予防福祉用具貸与	7 216	0.11%
短期入所	3 754	0.06%
介護予防短期入所生活介護	3 015	0.05%
介護予防短期入所療養介護(老健)	689	0.01%
介護予防短期入所療養介護(病院等)	50	0.00%
介護予防居宅療養管理指導	1 838	0.03%
介護予防特定施設入居者生活介護	21 982	0.34%
介護予防支援	34 980	0.54%
介護予防地域密着型サービス	3 989	0.06%
介護予防認知症対応型通所介護	360	0.01%
介護予防小規模多機能型居宅介護	1 074	0.02%
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	2 554	0.04%
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)	1	0.00%

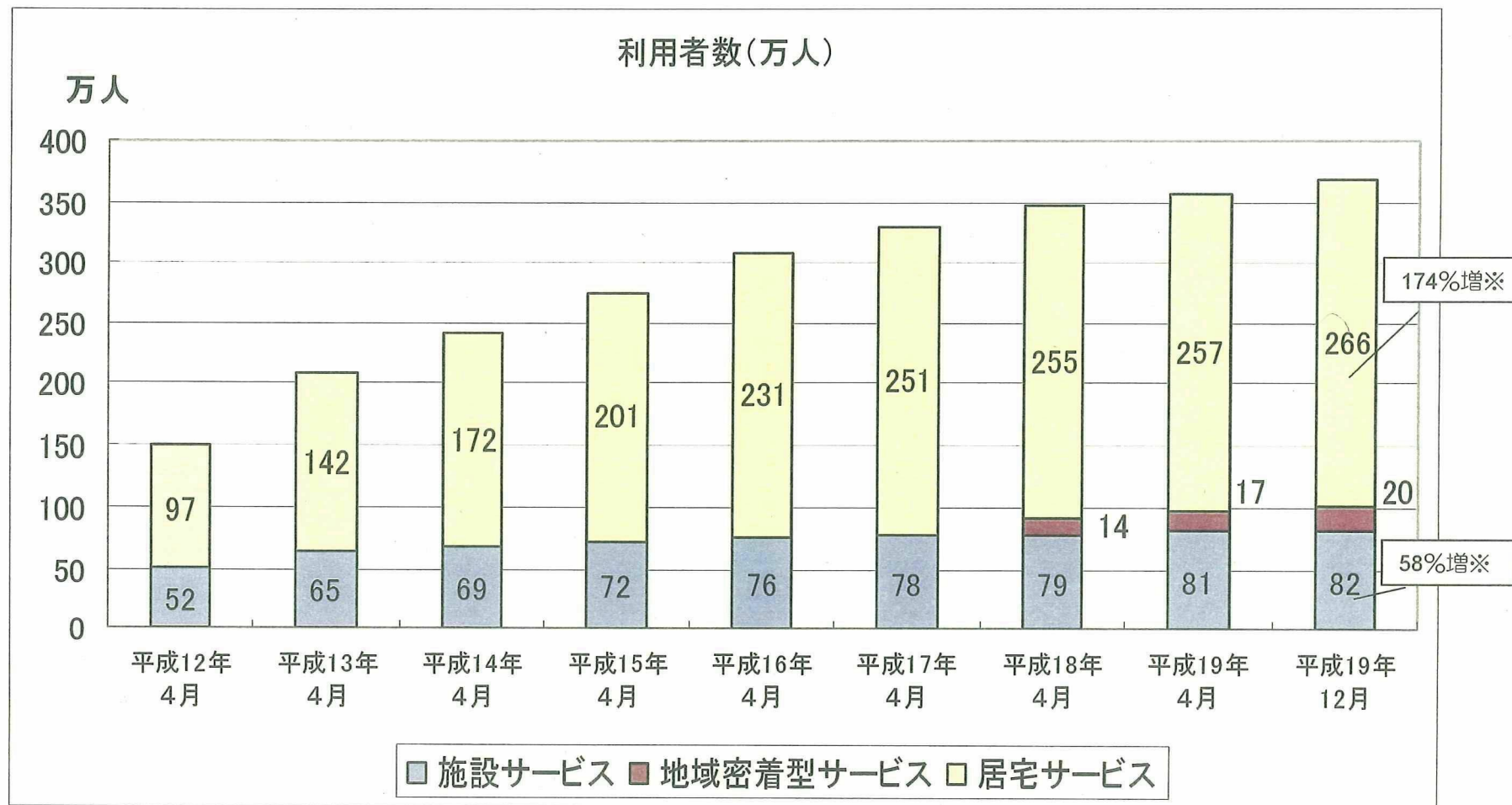
介護サービス

	平成19年度 費用額・累計 (単位:百万円)	費用額累計(予防 サービス+介護 サービス)に占める 割合
総 数	6 131 378	94.72%
居宅サービス	2 551 690	39.42%
訪問通所	2 015 449	31.14%
訪問介護	591 642	9.14%
訪問入浴介護	53 511	0.83%
訪問看護	119 924	1.85%
訪問リハビリテーション	12 574	0.19%
通所介護	759 391	11.73%
通所リハビリテーション	323 160	4.99%
福祉用具貸与	155 246	2.40%
短期入所	308 762	4.77%
短期入所生活介護	253 934	3.92%
短期入所療養介護(老健)	49 082	0.76%
短期入所療養介護(病院等)	5 746	0.09%
居宅療養管理指導	27 222	0.42%
特定施設入居者生活介護	200 256	3.09%
居宅介護支援	248 509	3.84%
地域密着型サービス	501 269	7.74%
夜間対応型訪問介護	357	0.01%
認知症対応型通所介護	56 864	0.88%
小規模多機能型居宅介護	28 399	0.44%
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	406 614	6.28%
認知症対応型共同生活介護(短期利用)	137	0.00%
地域密着型特定施設入居者生活介護	2 196	0.03%
地域密着型介護老人福祉施設サービス	6 701	0.10%
施設サービス	2 829 911	43.72%
介護福祉施設サービス	1 293 753	19.99%
介護保健施設サービス	1 017 705	15.72%
介護療養施設サービス	518 453	8.01%

(出典)平成19年度介護給付費実態調査結果(厚生労働省統計情報部)

介護保険の利用者数及び保険給付費の推移

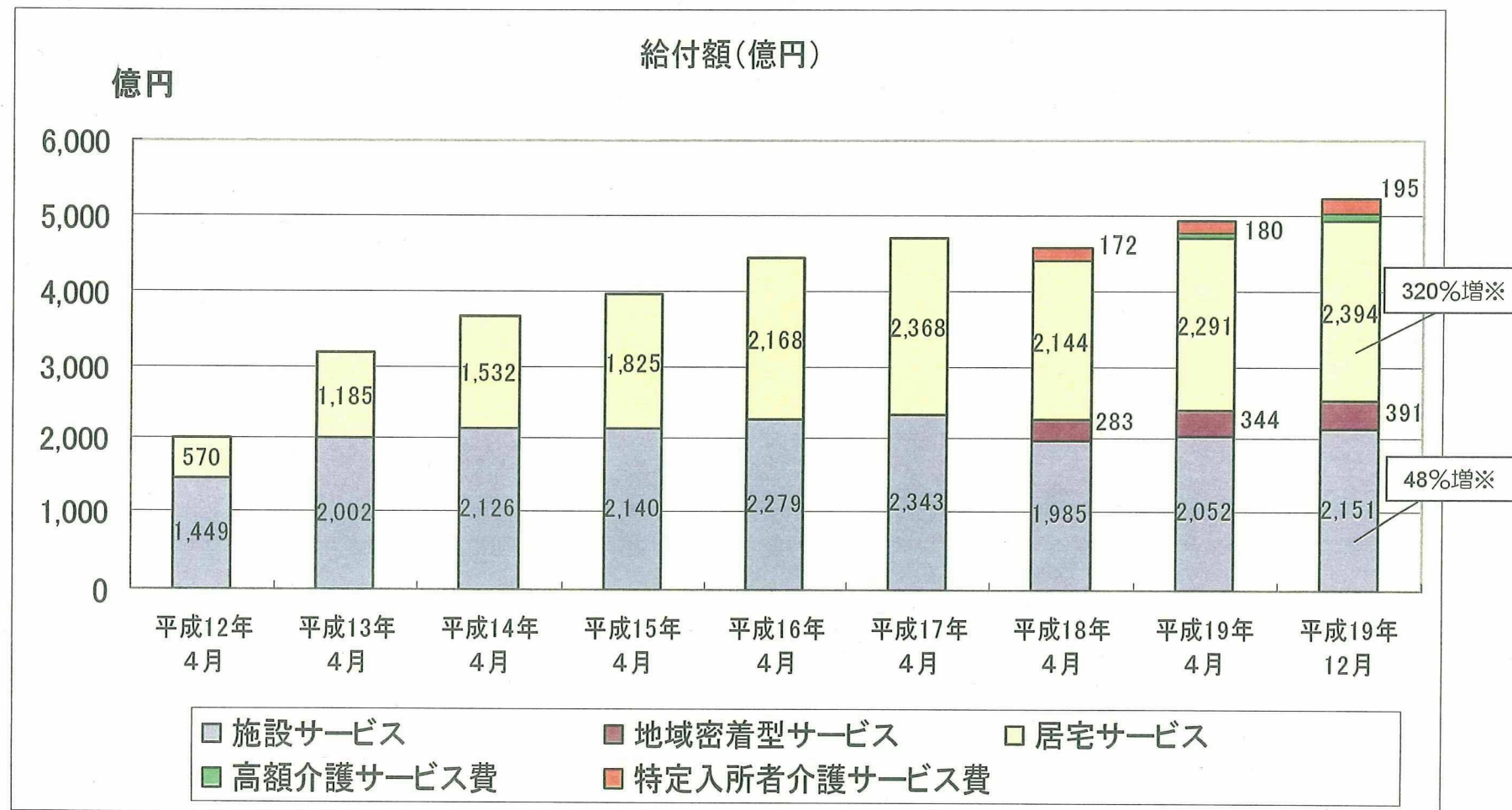
○ 利用者数は、制度発足時の約2.5倍に増加しており、居宅サービスの伸びが大きい。



(※)平成12年4月からの伸び率。

(出典)介護保険事業状況報告

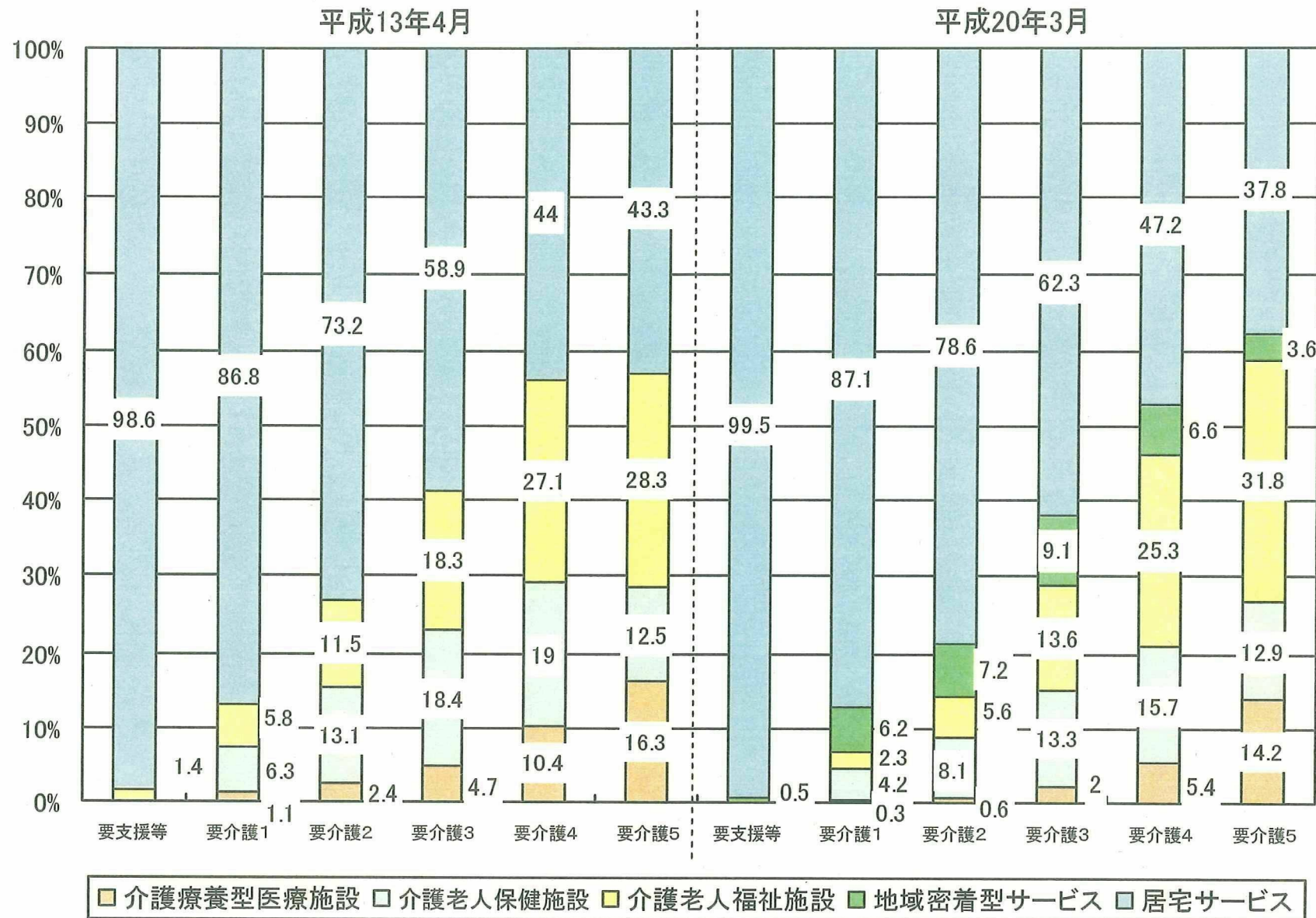
○ 1か月当たりの保険給付額は、年々増加し、発足時の約2.5倍に増加しており、居宅サービスの伸びが大きい。



(※) 平成12年4月からの伸び率。

(出典) 介護保険事業状況報告

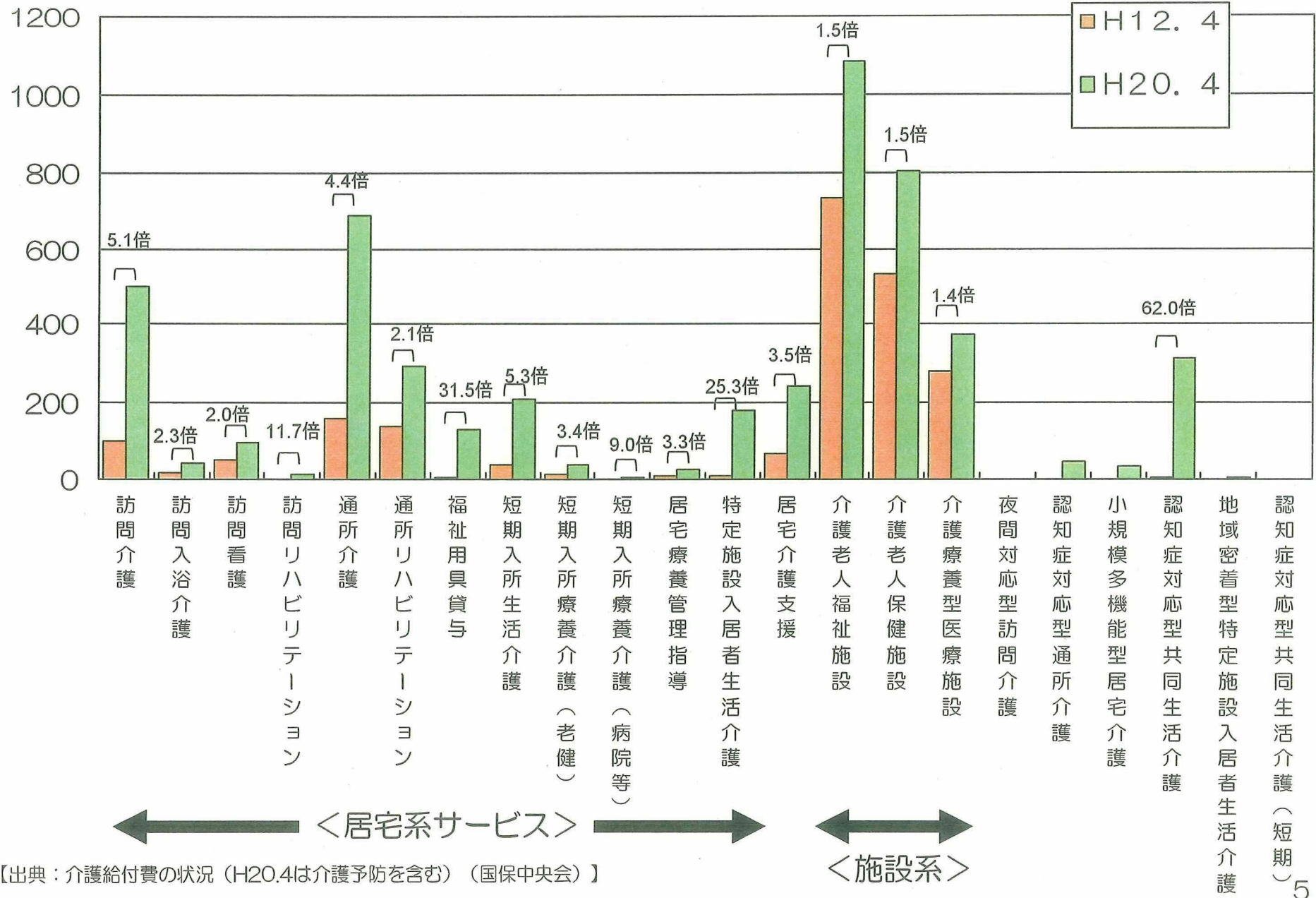
要介護度別サービス利用割合



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

介護保険サービス別の保険給付額の伸び

(単位:億円)



平成21年度介護報酬改定の視点（例）

※ 下線部は、第55回介護給付費分科会（10月3日開催）提出資料から追加した部分

○ 平成21年度介護報酬改定では、平成17年制度改正等についての検証・評価を行うとともに、高齢化が進展する中、介護保険の目的である「要介護状態となった高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」を可能とするため、例えば、次に掲げる視点（例）に基づき、検討を行うことが考えられる。

1 介護従事者の人材確保対策

○ 介護従事者の給与水準や地域格差に関する問題、経営が苦しい小規模事業所に対する対応など、介護従事者の離職を防ぐための方策について検討を行う必要があるのではないか。

→ 地域格差や小規模事業所への対応のほかに、介護従事者の処遇改善に資する措置としてどのような対応が可能か（例えば、手厚い人員配置への評価や介護福祉士等の有資格者の多い事業所への評価など）。

→ 平成20年介護事業経営実態調査の結果、他のサービスと比較して特に収支差率が低かった居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護などについて、どのような対応が可能か。

2 高齢者が自宅や多様な住まいで療養・介護できる環境の整備（医療と介護の連携）

○ 医療と介護の機能分化・連携に資する方策について検討を行う必要があるのではないか。

→ 医療と介護の機能分化・連携を推進するため、また、医療系サービスについて平成20年診療報酬改定との整合性を確保するため、どのような点に留意すべきか。

3 認知症高齢者の増加を踏まえた認知症対策の推進

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を受け、介護保険サービスについて認知症に対するケアの充実のための検討を行う必要があるのではないか。

4 平成18年介護報酬改定で新たに導入されたサービスの検証

- 平成18年度に新たに導入されたサービス(新予防給付、地域密着型サービス)について、実施状況、効果等を踏まえ、必要に応じ見直しについて検討を行う必要があるのではないか。

5 サービスの質の確保、効率化等

- 事務作業の時間を減らしサービスを効果的かつ効率的に提供するため、要件・基準等の見直し、事務負担の軽減(書類の簡素化など)等について検討を行う必要があるのではないか。
 - 例えば、訪問介護におけるサービス提供責任者に対する評価のあり方について検討するとともに、質の高い介護サービスを提供する事業所を評価する特定事業所加算、介護予防通所サービスについて利用者の要介護状態の維持・改善を評価する事業所評価加算について、算定状況、効果等を踏まえ、必要に応じて見直しを検討する必要があるのではないか。

訪問介護について

I 訪問介護の現状と課題

【訪問介護の利用状況①】

- 訪問介護(予防含む)の費用額(平成19年度)は6,790億円であり、介護サービス全体の費用額の約1割を占めている。
- 費用額・受給者数(予防含む)は、平成18年度以降は緩やかに減少している。
- 請求事業所数は、増加を続けていたが、平成19年以降は、緩やかな減少傾向にある。
- 1事業所当たり費用額・受給者数(予防含む)は、減少傾向で推移しているが、このところ減少幅は縮小している。

訪問介護(予防含む)年間費用額・月平均受給者数



1事業所当たり訪問介護(予防含む)月平均費用額・月平均受給者数

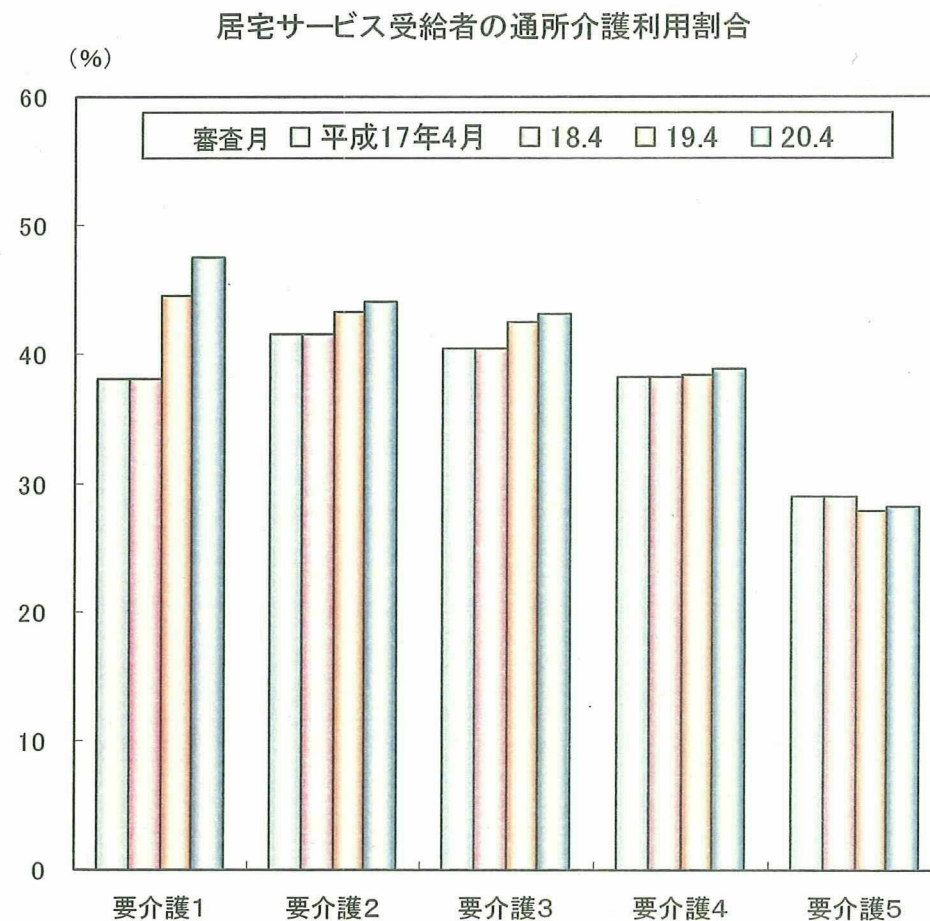
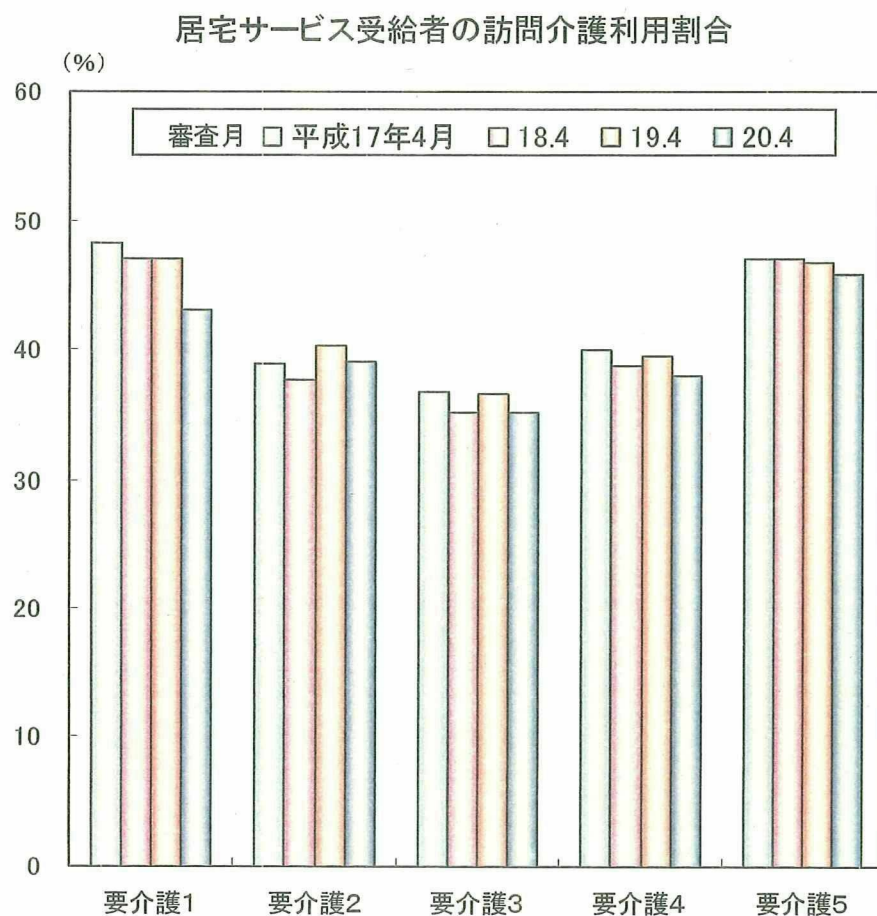


訪問介護事請求業所数(各月)



【訪問介護の利用状況②】

- 居宅サービス受給者に占める訪問介護の受給者割合は、このところ低下傾向にある。
- 一方、居宅サービスのうち通所介護の利用者割合は、平成18年以降上昇傾向にある。



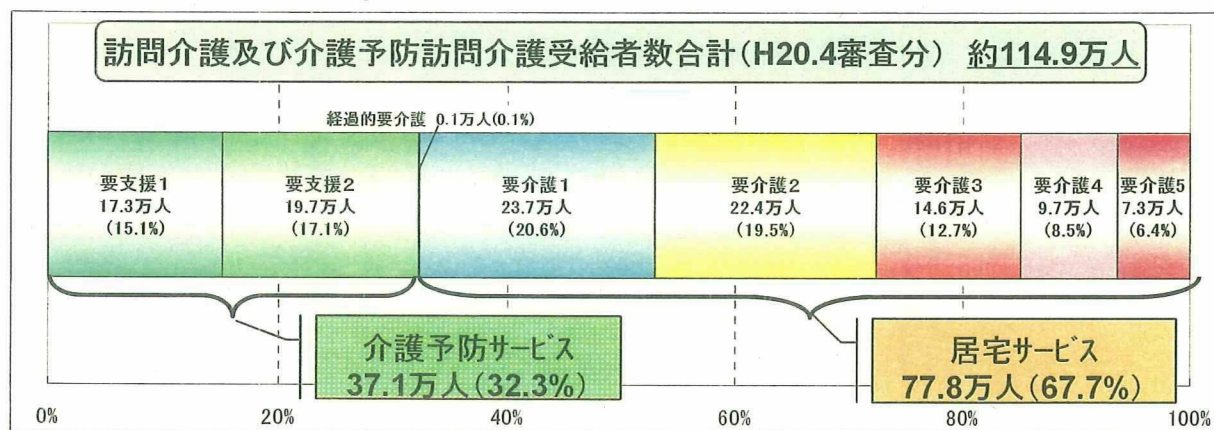
(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成。

注1) 利用割合＝要介護度別訪問介護(通所介護)利用者数／要介護度別居宅サービス受給者数

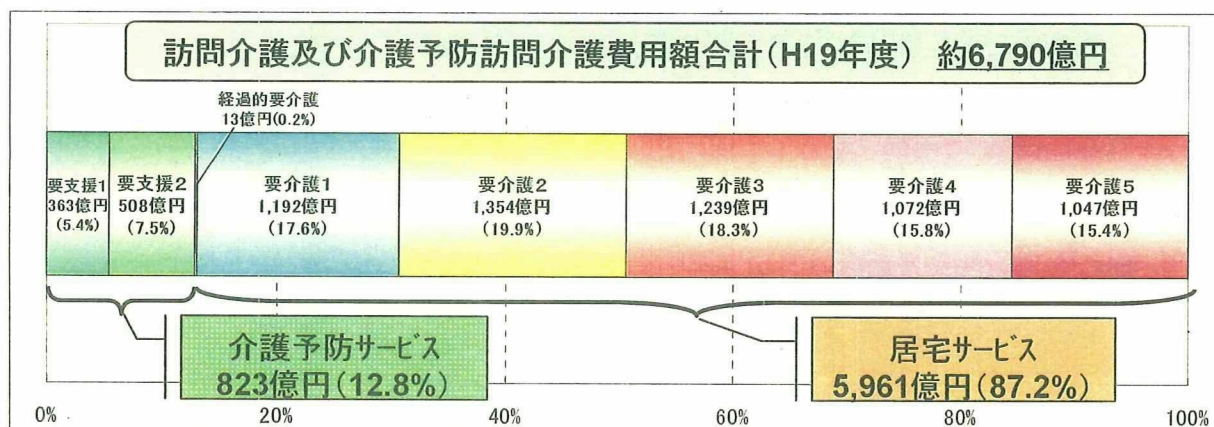
2) 平成18年4月以前の通所介護には、認知症デイを含む。

【訪問介護の利用状況③】

- 訪問介護(予防含む)の受給者数は約115万人(平成20年4月審査分)であり、介護サービス全体の受給者数のうち、約3割の者が利用している。
- 要介護度別に見ると、要介護1～5の受給者は、訪問介護(予防含む)全体の受給者数の約7割、費用額に占める割合は約9割である。また、要介護度の高い者ほど、受給者1人当たりの費用額が高い。



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)」



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成。

○要介護度別受給者1人当たり費用額

介護予防訪問介護	20.4千円
要支援1	17.7千円
要支援2	22.9千円
訪問介護	62.5千円
経過的要介護	20.9千円
要介護1	37.9千円
要介護2	50.4千円
要介護3	72.1千円
要介護4	93.6千円
要介護5	119.5千円

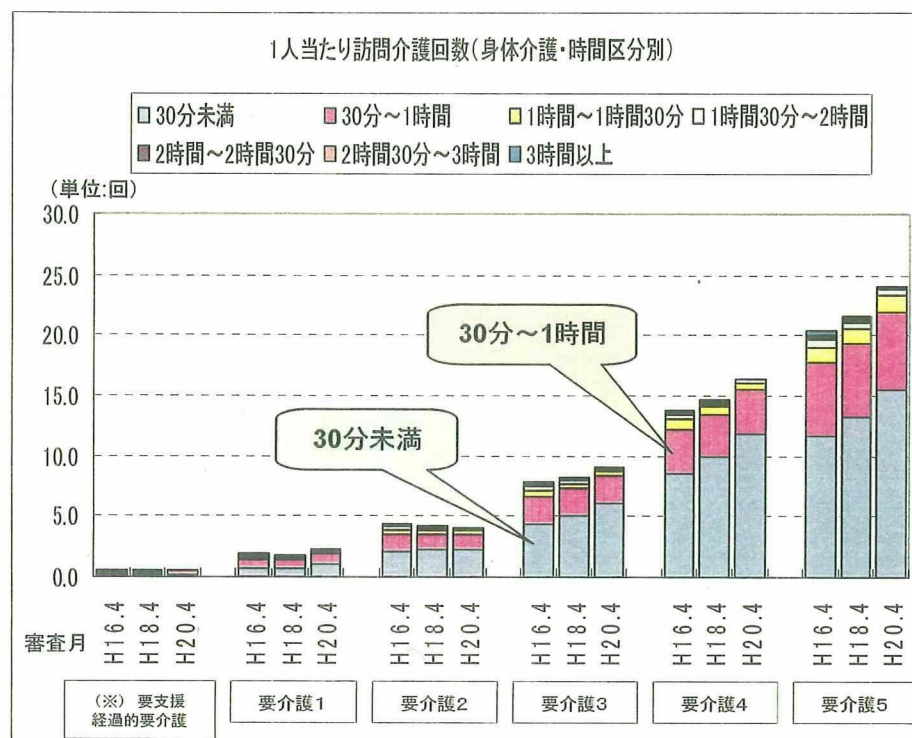
(資料出所) 厚生労働省

「介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)」

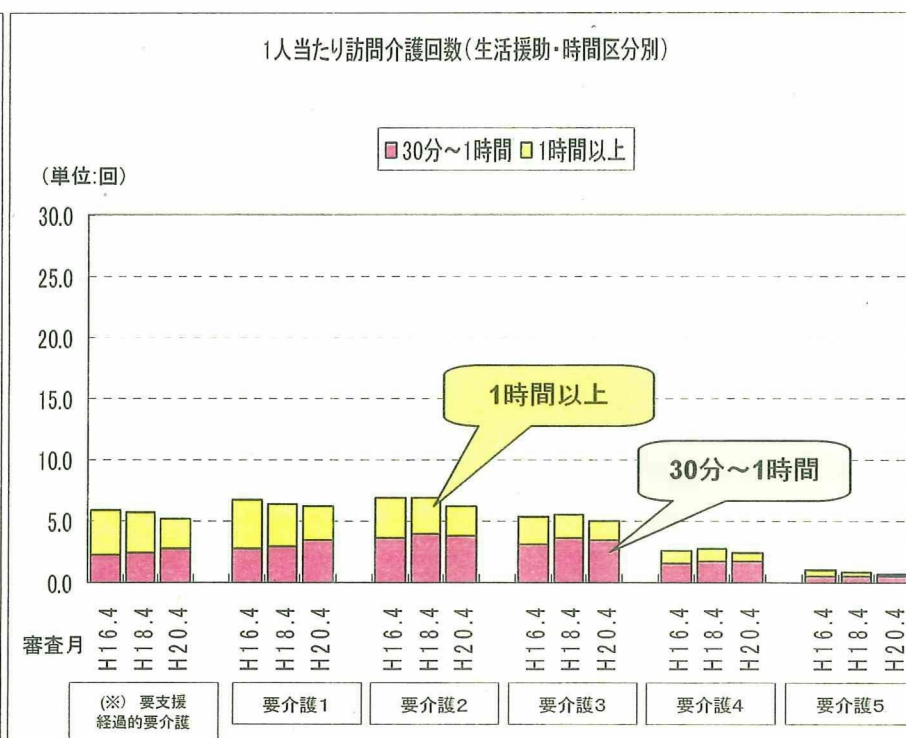
【訪問介護の利用状況④】

○ 受給者1人当たりの訪問介護の訪問回数を、身体介護と生活援助について、要介護度別・時間区分別で見ると、

- ・ 身体介護については、中重度者の訪問回数が増加するとともに、30分未満のサービス提供が増加
 - ・ 生活援助については、短時間化
- の傾向がみられる。



※H16.4・H18.4審査月分は要支援、H20.4審査月分は経過的要介護を指す。



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

【平成20年介護事業経営実態調査の結果について】

○ 延べ訪問回数が多い事業所ほど、収支差率が高くなる傾向があり、延べ訪問回数601回以上で収支差率はプラスに転じる。

○ 訪問1回当たり時間(予防サービス除く)を見ると、延べ訪問回数が多くなるにつれ、短時間となる傾向がある。

5-③ 訪問介護(予防を含む)(延べ訪問回数別集計表)

	200回以下	201~400回	401~600回	601~800回	801~1000回	1001~1200回	1201~1400回	1401~2000回	2001回以上
	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円
1 収入(補助あり)	526	1,147	1,780	2,443	3,089	3,891	4,618	5,416	9,332
2 支出	771	1,279	1,815	2,411	3,007	3,557	4,368	5,184	8,776
3 差引	-246 -46.8%	-132 -11.5%	-36 -2.0%	32 1.3%	82 2.6%	334 8.6%	249 5.4%	231 4.3%	556 6.0%
4 事業所数	218	438	326	247	144	109	55	93	100

※1 収入及び支出の額は国庫補助金等特別積立金取崩額を除いた額

※2 差引における比率は収入に対する割合

5 延べ訪問回数	120.8回	307.1回	496.8回	693.1回	897.1回	1,097.7回	1,302.3回	1,621.3回	2,868.3回
6 常勤換算職員数(常勤率)	3.1人 55.2%	4.6人 50.7%	6.4人 44.8%	7.9人 45.6%	10.3人 40.5%	11.5人 41.6%	15.7人 37.0%	17.7人 38.8%	29.6人 37.0%
7 介護職員常勤換算数(常勤率)	2.6人 54.0%	3.9人 48.5%	5.5人 43.8%	7.0人 41.7%	9.2人 36.9%	10.3人 38.1%	14.4人 41.6%	16.3人 36.3%	27.9人 37.5%
8 訪問介護員常勤換算1人当たり訪問回数	45.6回	78.1回	89.5回	99.5回	97.8回	106.3回	90.4回	99.5回	102.7回
9 延べ訪問回数									
10 身体介護	31.4回 33.5%	89.4回 35.6%	161.5回 38.4%	230.1回 39.6%	292.3回 37.6%	389.0回 41.2%	437.9回 38.7%	537.1回 39.0%	1,166.7回 44.5%
11 身体・生活	26.4回 28.1%	73.0回 29.1%	125.7回 29.8%	168.3回 29.0%	210.2回 27.0%	269.1回 28.5%	358.7回 31.7%	365.0回 26.5%	701.5回 26.8%
12 生活援助	29.9回 31.8%	75.2回 30.0%	120.2回 28.6%	170.0回 29.2%	237.2回 30.5%	250.5回 26.5%	314.6回 27.8%	424.9回 30.8%	653.6回 24.9%
13 通院	6.2回	13.2回	13.6回	12.8回	37.6回	36.2回	19.6回	52.0回	99.6回
14 計	93.9回	250.8回	421.0回	581.2回	777.4回	944.7回	1,130.8回	1,379.0回	2,621.4回
15 延べ訪問時間									
16 身体介護	33時間 28.8%	81時間 27.7%	133時間 27.9%	185時間 28.0%	235時間 27.9%	323時間 30.5%	387時間 28.7%	408時間 27.3%	857時間 31.0%
17 身体・生活	44時間 38.1%	117時間 39.7%	195時間 40.9%	260時間 39.4%	316時間 37.6%	417時間 39.5%	576時間 42.8%	558時間 37.3%	1,101時間 39.9%
18 生活援助	38時間 33.2%	96時間 32.6%	149時間 31.3%	215時間 32.6%	289時間 34.5%	317時間 30.0%	385時間 28.5%	529時間 35.4%	803時間 29.1%
19 計	115時間	294時間	478時間	660時間	840時間	1,058時間	1,347時間	1,494時間	2,760時間
20 予防サービス									
21 延べ訪問回数(対介護サービス比)	27.0回 22.4%	57.3回 18.6%	76.4回 15.4%	113.1回 16.3%	119.9回 13.4%	152.9回 13.9%	171.6回 13.2%	247.8回 15.2%	246.9回 8.6%
22 延べ訪問時間	41時間	96時間	124時間	222時間	197時間	201時間	344時間	426時間	411時間

20 訪問1回当たり時間(予防サービス除く)	1.23時間	1.17時間	1.13時間	1.14時間	1.08時間	1.12時間	1.19時間	1.08時間	1.05時間
------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

【訪問介護員の資格取得状況・勤務形態等】

- 訪問介護事業所における訪問介護員の資格取得の状況については、介護サービス事業所全体と比較して介護福祉士の割合が低い一方、2級訪問介護員の割合が約7割を占めている。
- 訪問介護員については、短時間労働者が6割以上を占めている。

○ 資格取得状況

(単位:人)

	介護職員(訪問介護員)																		
				介護福祉士				ヘルパー1級				ヘルパー2級				ヘルパー3級			
	計	常勤	非常勤	計	割合	常勤	非常勤	計	割合	常勤	非常勤	計	割合	常勤	非常勤	計	割合	常勤	非常勤
訪問介護	385,668	92,057	293,611	52,775	13.7%	30,959	21,816	30,821	8.0%	15,462	15,359	268,620	69.7%	39,683	228,937	2,268	0.6%	243	2,025
全 体	1,171,812	691,849	479,963	300,567	25.6%	262,415	38,152	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(資料出所) 厚生労働省「平成18年介護サービス施設・事業所調査」(平成18年10月1日現在)

注1) ヘルパー1級、2級及び3級の研修修了者数については、調査対象が訪問系サービスに限られており、その他サービスについては資格取得状況が不明。

注2) 「全体」には、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、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護サービスに従事する介護職員(訪問介護員)数を計上している。

○ 就業・勤務形態

	正社員	非正社員	
		常勤労働者	短時間労働者
訪問介護員	17.9%	7.8%	65.4%
介護職員	56.5%	17.6%	21.1%

(資料出所) (財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」

注1) 介護職員とは、訪問介護以外の介護保険法の指定サービス事業所で働き、直接介護を行う者を指す。

注2) 非正社員については、上記のデータ以外に「勤務形態が不明(訪問介護員8.9%)、(介護職員4.8%)」があり、「正社員」・「非正社員」の率を合算しても、100%とはならない。

【特定事業所加算について①】

○ 訪問介護における特定事業所加算は、訪問介護員に対する研修や介護福祉士を多く雇用する事業所を加算で評価する仕組み。

訪問介護事業所の特定事業所加算の要件等

(1) 体制要件

- ① 事業所のすべての訪問介護員等(登録型の訪問介護員等を含む。以下同じ。)に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。
- ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的を開催すること。
- ③ 指定訪問介護の提供に当たっては、サービス提供責任者が、利用者を担当する訪問介護員等に対し、利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する訪問介護員等から適宜報告を受けること。
- ④ 当該指定訪問介護事業所のすべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的の実施すること。

(2) 人材要件

- ① 当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち介護福祉士の占める割合が百分の三十以上であること。
- ② 当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等のうち三級課程の訪問介護員がいないこと。
- ③ 当該指定訪問介護事業所のすべてのサービス提供責任者が五年以上の実務経験を有する介護福祉士であること。

(3) 重度対応要件

- ① 算定日が属する月の前三月間における利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護四及び要介護五である者の占める割合が百分の二十以上であること。

【加算率等】

(1)～(3)を満たす事業所は20%増、(1)及び(2)又は(1)及び(3)を満たす事業所は10%増。

【特定事業所加算について②】

○ 平成18年度から質の高いサービスを提供する事業所を積極的に評価する観点から導入された、特定事業所加算の請求事業所数は、訪問介護請求事業所の4.6%（平成20年4月審査分）であり、普及は進んでいない。

訪問介護の特定事業所加算請求事業所数

	請求事業所数	割合
訪問介護請求事業所数	25,213	
特定事業所加算請求事業所数合計	1,148	<u>4.6%</u>
特定事業所加算(Ⅰ)請求事業所数	113	0.4%
特定事業所加算(Ⅱ)請求事業所数	694	2.8%
特定事業所加算(Ⅲ)請求事業所数	341	1.4%

（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査（平成20年4月審査分）」より作成。

【特定事業所加算について③-1】

- 特定事業所加算の実態把握を行ったところ、加算の要件を満たしているとしている事業所は17.8%。
- そのうち、届出を行っている(加算を取得している)事業所は37.0%。

(1) 特定事業所加算の届出状況

	全事業所数		届出あり		届出なし	
全事業所数	1,031	100.0%	68	6.6%	963	93.4%
加算要件のある事業所数	184	17.8%	68	6.6%	116	11.3%
		(100.0%)		(37.0%)		(63.0%)
(Ⅰ)の要件を満たす事業所数	35	3.4%	13	1.3%	22	2.1%
(Ⅱ)の要件を満たす事業所数	51	4.9%	23	2.2%	28	2.7%
(Ⅲ)の要件を満たす事業所数	98	9.5%	32	3.1%	66	6.4%

(資料出所) 厚生労働省において、民間介護事業推進委員会構成団体の会員事業所(1,031事業所)を調査したもの。
(平成20年10月現在)

注) (Ⅰ)の要件 <体制要件、人材要件、重度対応要件のいずれにも適合する場合>基本単位数の20%を加算
(Ⅱ)の要件 <体制要件及び人材要件に適合する場合>基本単位数の10%を加算
(Ⅲ)の要件 <体制要件及び重度対応要件に適合する場合>基本単位数の10%を加算

【特定事業所加算について③-2】

○ 加算を取得している68事業所のうち、

- ・ 収支差が改善した事業所は20カ所(29%)、悪化した事業所は25カ所(37%)。
- ・ 訪問介護員等全体の賃金増につながった事業所は14カ所(21%)、賃金増につながらなかった事業所は45カ所(66%)。収支差が改善した事業所では賃金増につながった割合が高い。

○ サービスの質の向上や職員のキャリアアップに対する意欲が向上した事業所の割合が高いが、新規利用者の伸び悩みや事務負担が大きい等の割合も高い。

(2) 加算を取得している事業所について

「収支差の状況」及び「訪問介護員等の賃金の影響(複数回答可)」について

収支差の状況	訪問介護員等の賃金の影響	訪問介護員等全体の賃金増につながった	サービス提供責任者の賃金増につながった	介護福祉士等の賃金増・資格取得の特別手当の新設又は増加につながった	訪問介護員等の賃金増にはつながらなかった	未回答
合計	68 (100.0%)	14 (20.6%)	6 (8.8%)	2 (2.9%)	45 (66.2%)	9 (13.2%)
取得以前より良くなった	20 (100.0%)	9 (45.0%)	5 (25.0%)	1 (5.0%)	11 (55.0%)	0 (0.0%)
変わらない	23 (100.0%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (69.6%)	5 (21.7%)
悪化した	25 (100.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1 (4.0%)	18 (72.0%)	4 (16.0%)

「収支差の状況」及び「その他の影響(複数回答可)」について

収支差の状況	その他の影響	事業所全体のサービスの質の向上につながった	職員のキャリアアップに対する意欲が向上した	新規利用者の獲得のための宣伝効果が高く、新規利用者が増加している	新規利用者は伸び悩んでいる又は減少している	求人の際の宣伝効果が高く、優秀な人材を集めやすくなった	加算のための事務負担が大きく、職員の過重労働を招いている	その他	未回答
合計	68 (100.0%)	48 (70.6%)	41 (60.3%)	4 (5.9%)	40 (58.8%)	1 (1.5%)	35 (51.5%)	8 (11.8%)	2 (2.9%)
取得以前より良くなった	20 (100.0%)	13 (65.0%)	16 (80.0%)	4 (20.0%)	6 (30.0%)	1 (5.0%)	10 (50.0%)	3 (15.0%)	0 (0.0%)
変わらない	23 (100.0%)	15 (65.2%)	11 (47.8%)	0 (0.0%)	16 (69.6%)	0 (0.0%)	11 (47.8%)	1 (4.3%)	2 (8.7%)
悪化した	25 (100.0%)	20 (80.0%)	14 (56.0%)	0 (0.0%)	18 (72.0%)	0 (0.0%)	14 (56.0%)	4 (16.0%)	0 (0.0%)

【特定事業所加算について③-3】

- 加算の要件を満たしているが届出をしていない事業所(116カ所)については、利用者負担額の増による利用回数の減や利用者の減少が予想されると答える事業所の割合が高い。また、人材要件、重度対応要件ともに月ごとの変動があり、取得のタイミングが難しいと答える事業所もある。
- 要件ごとの困難性については、体制要件を満たす事業所割合は比較的高いが、人材要件、重度対応要件を満たす事業所割合は低い。

(3) 加算の要件を満たしているが届出をしていない事業所について

届出を行わない理由（複数回答可）

加算の要件を満たしているが届出していない事業所数	利用者の理解が得られないことが予想され、利用者の減少が予想される。	利用者負担額が増えるため、利用回数等の減少が予想される。	支給上限額の設定があるため、利用回数等の減少が予想される。	人材要件、重度要件ともに月ごとの変動があり、取得のタイミングが難しい。	加算を取得しなくても、事業運営に支障がないため。	制度が複雑すぎて、事務負担が増大することが予想される。	周囲の事業所の動向を見ている。	その他	未回答
116	48	54	40	28	6	20	22	23	38
100.0%	41.4%	46.6%	34.5%	24.1%	5.2%	17.2%	19.0%	19.8%	32.8%

(4) 要件ごとの困難性について

個別要件を満たす事業所数

全事業所数	体制要件				人材要件		重度対応要件
	研修計画の作成及び研修の実施等	会議の定期的開催	サービス提供責任者と訪問介護員等の連携	健康診断の実施	介護福祉士の割合（30%以上）	サービス提供責任者が5年以上の実務経験を有する介護福祉士	要介護度4・5が20%以上
1,031	606	893	883	589	287	310	279
100.0%	58.8%	86.6%	85.6%	57.1%	27.8%	30.1%	27.1%

【特定事業所加算について④】

○ 全体の事業所の経営状況と比較すると、加算を取得している事業所の介護職員(常勤換算)1人当たり賃金は高い。

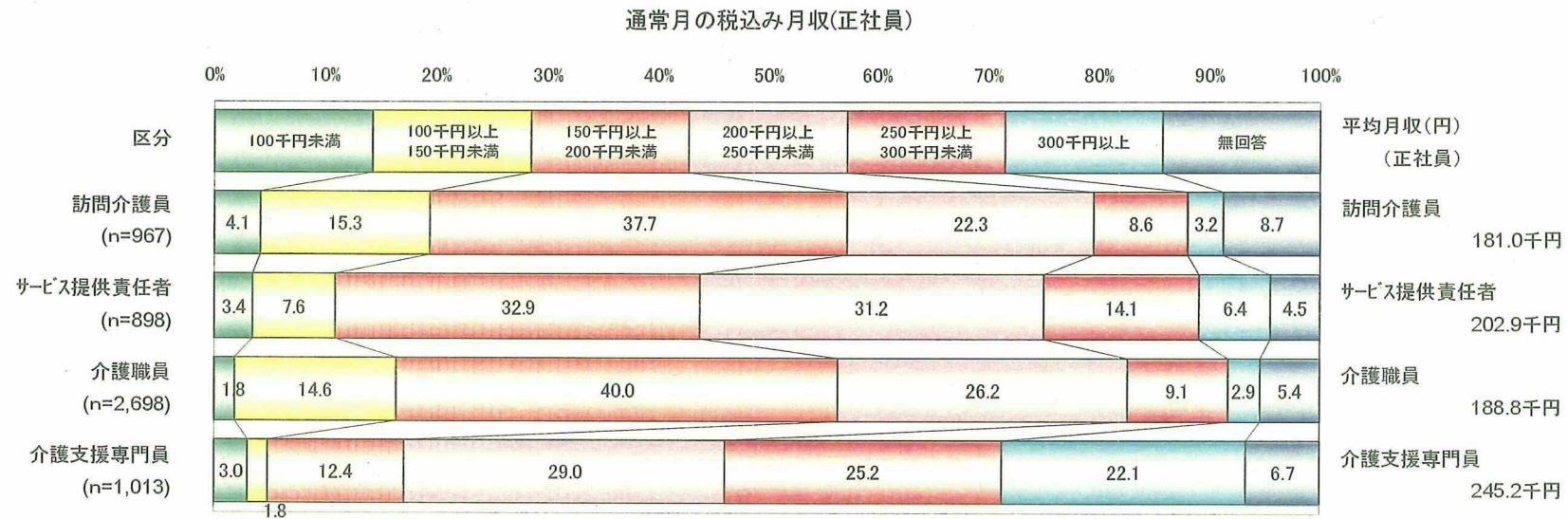
平成20年経営実態調査 訪問介護(予防を含む)

		全事業所		加算事業所	
		千円		千円	
1	介護料収入	2,524		2,691	
2	その他	6		27	
3	給与費	2,060	81.5%	2,315	85.5%
4	その他	473	18.7%	453	16.7%
5	収入(補助あり)	2,528		2,707	
6	支出	2,511		2,744	
7	差引	17	0.7%	-37	-1.4%
8	事業所数	1,730		77	
9	延べ訪問回数	725.5回		709.8回	
10	常勤換算職員数(常勤率)	8.6人	42.8%	8.7人	52.3%
11	介護職員常勤換算数(常勤率)	7.7人	40.8%	8.1人	56.6%
常勤換算1人当たり給与					
常勤					
12	介護福祉士	264,107円	1.17	308,632円	
13	介護職員	223,124円	1.17	260,711円	
非常勤					
14	介護福祉士	230,476円	1.09	250,294円	
15	介護職員	212,046円	1.00	210,989円	
16	訪問1回当たり収入	3,485円	1.09	3,814円	
17	訪問1回当たり支出	3,462円	1.12	3,866円	
18	常勤換算職員1人当たり給与	231,665円	1.14	263,246円	
19	介護職員(常勤換算)1人当たり給与	225,099円	1.14	256,447円	
20	訪問介護員常勤換算1人当たり訪問回数	93.7回	0.94	87.7回	

(資料出所) 厚生労働省「平成20年経営実態調査」

【サービス提供責任者について①】

○ サービス提供責任者(正社員)の通常月の税込み月収は、平均で202.9千円となっている。



(資料出所) (財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」

【サービス提供責任者について②】

- サービス提供責任者は、賃金や手当等の希望については、訪問介護員と比較すると「能力評価」や「役職手当」の希望が高い。
- 労働条件の悩み、不安、不満等については、訪問介護員と比較すると「労働時間が長い」、「休憩が取りにくい」、「休暇が少ない・取りにくい」、「精神的にきつい」が多い。

(1) 賃金や手当等の希望

主な職種別	(単位 %)	
	サービス提供責任者 (n=1,116)	訪問介護員 (n=2,467)
①能力を評価して欲しい	35.1	28.7
②資格による手当が欲しい	28.4	24.3
③役職手当が欲しい	14.5	4.4
④勤務年数を評価して欲しい	22.7	23.9
⑤早朝・夜間手当等について手当を付けて欲しい	14.7	12.8
⑥通勤手当を付けて欲しい	5.9	15.0
⑦連絡用の携帯電話の支給・通信費補助をして欲しい	20.0	28.6
⑧その他	11.7	10.9
⑨賃金や手当等についての希望はない	19.7	20.3

(2) 労働条件等の悩み、不安、不満等(複数回答)

主な職種別	(単位 %)	
	サービス提供責任者 (n=1,116)	訪問介護員 (n=2,467)
①雇用が不安定である	11.9	16.5
②正社員になれない	6.7	8.8
③仕事内容のわりに賃金が低い	50.6	45.0
④労働時間が不規則	22.7	24.4
⑤労働時間が長い	22.8	9.3
⑥休憩が取りにくい	40.8	26.1
⑦夜間・深夜帯が不安	19.9	7.8
⑧休暇が少ない・取りにくい	41.2	27.2
⑨身体的負担が大きい	25.3	28.6
⑩精神的にきつい	43.0	29.9
⑪健康面の不安	29.4	41.7
⑫社会的評価が低い	51.5	44.0
⑬福祉機器の不足等	3.3	3.3
⑭仕事中のけが	5.6	13.2
⑮その他	4.0	3.8
⑯感じていない	5.9	2.9

(資料出所) (財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」

【サービス提供責任者について③】

○ 訪問介護事業所においては、常勤専従の訪問介護員のうち、

① サービスの提供時間が450時間又はその端数を増すごとに1人以上

② 訪問介護員等の数が10又はその端数を増すごとに1人以上

のいずれかに該当する人数を、サービス提供責任者とすることとされている。

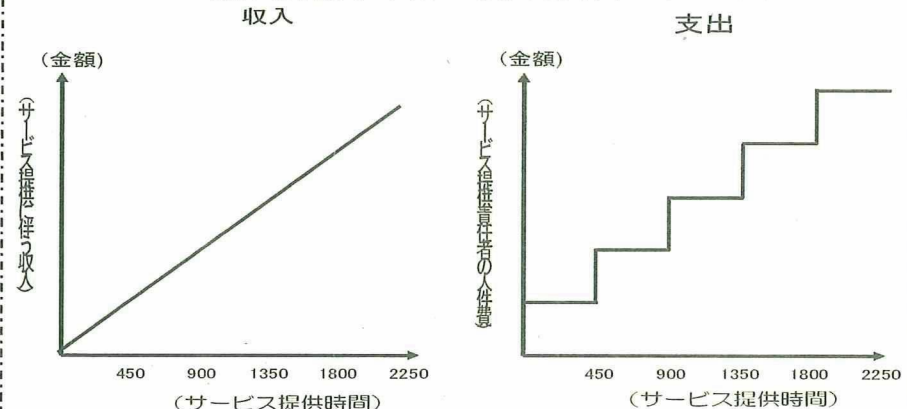
○ 1事業所に配置しているサービス提供責任者が2人以上の事業所は、全体の約5割を占めている。

(サービス提供責任者の要件)

サービス提供責任者は、次のいずれかに該当する常勤の訪問介護員から選任される。

- ・ 介護福祉士
- ・ 介護職員基礎研修修了者
- ・ 1級訪問介護員
- ・ 3年以上介護等の業務に従事した2級訪問介護員

(訪問介護事業所の収入と支出のイメージ)



訪問介護事業所におけるサービス提供責任者数階級別事業所数(平成18年10月1日現在)

1事業所に配置してるサービス提供責任者の人数	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人以上	不詳	総数
訪問介護事業所数	9,075	5,904	2,754	1,229	570	316	165	113	60	237	525	20,948
割合	43.3%	28.2%	13.1%	5.9%	2.7%	1.5%	0.8%	0.5%	0.3%	1.1%	2.5%	100.0%

11,348事業所(54.2%)

サービス提供責任者総数 45,378人

Ⅱ これまでの指摘等の概要

介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム報告

(平成19年12月10日)

3 今後の検討課題について

(1) 各事業に共通する事項について

② キャリアアップについて

- 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討する必要があるのではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

(2) 訪問・通所系の事業について

③ 人員配置基準や介護報酬上の評価について

- 業務の実態に即した適切なサービス提供を可能とする観点から、サービス提供責任者等について、サービスの質の確保を前提に人員配置基準等の在り方の検討を行うとともに、介護報酬上の評価の可否について検討する必要があるのではないか。

介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成20年5月20日 参議院厚生労働委員会)

三、次期介護報酬改定に当たっては、介護従事者等の処遇の改善に資するための措置を講ずること。なお、地域差の実態を踏まえ、必要な見直しを検討すること。また、サービス提供責任者等の処遇に配慮するとともに、介護福祉士等の専門性を重視し、有資格者の評価の在り方について検討を行うこと。

【3級訪問介護員について】

○ 3級訪問介護員については平成18年10月時点で2,268人が訪問介護に従事しており、現在も、約600人程度が従事していると推計される。

○ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(抄)
(平成12 年厚生省告示第19号)

指定居宅サービス介護給付費単位数表

1 訪問介護費

(中略)

注6 別に厚生労働大臣が定める者が指定訪問介護を行う場合は、平成21 年3 月31 日までの間、所定単位数の100 分の70に相当する単位数を算定する。

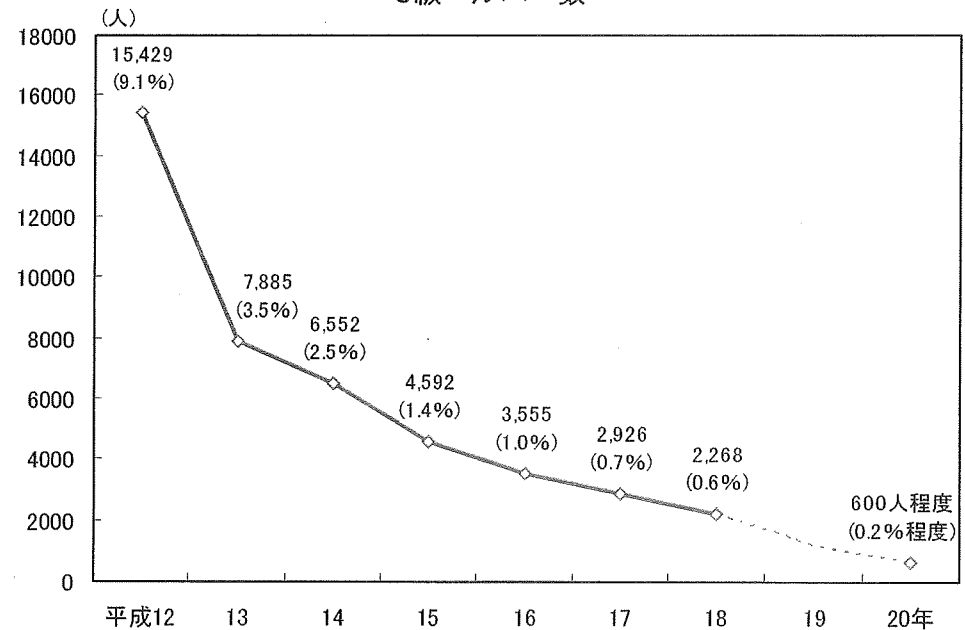
○ 平成18年度介護報酬改定等の概要について(抄)
(平成18年1月26日 第39回介護給付費分科会提出資料)

② 3級ヘルパー減算の見直し

(中略)

※3級ヘルパーに係る介護報酬の算定は、平成21年3月31日までとする。

3級ヘルパー数



(資料出所) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、(財)介護労働安定センター「介護労働の実態調査」より作成。

注1) 各年10月1日現在の値。

2) 平成20年の3級ヘルパー数は、介護労働の実態調査の訪問介護員及びサービス提供責任者の資格別労働者数を特別集計し算出。

3) 介護サービス施設・事業所調査の平成12～18年の平均減少率(▲26.7%)を用いて推計すると、平成20年は約1,000人程度となる。

Ⅲ 訪問介護の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

訪問介護の報酬・基準については、以下の基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。

- ① 訪問介護サービスの効果的推進
- ② 訪問介護員のキャリアアップに資するよう、有資格者や経験年数の評価
- ③ サービス提供責任者の業務に応じた評価

【具体的な論点】

(1) 訪問介護サービスの効果的推進と事業所経営の安定化について

訪問介護については、収支差率は若干改善しているものの、さらにサービスの効果的な提供を推進しつつ、経営の安定化を図る必要があるのではないか。その際には、短時間の頻回訪問や、夜間訪問介護の推進等の観点も踏まえて検討することとしてはどうか。

(2) 特定事業所加算の見直しについて

平成18年介護報酬改定において、質の高いサービスを提供する事業所を積極的に評価するため導入された特定事業所加算については普及が進んでいないところである。このため、例えば以下の考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。また、他の在宅サービスについてどう考えるか。

(例)

- 利用者側の視点に立った要件の見直し
- 介護従事者のキャリアアップなど処遇改善の観点を踏まえた要件の見直し
- サービス提供責任者の評価に着目した要件の見直し
- 認知症高齢者の対応実績を踏まえた要件の見直し

(3) サービス提供責任者について

○サービス提供責任者の評価について

サービス提供責任者については、その業務に見合う評価がなされていないという意見もいただいているところであり、その業務の重要性に鑑み、例えば以下の考え方に沿って評価を行うこととしてはどうか。

(例)

- ・ 特定事業所加算について、サービス提供責任者の評価に着目した要件の見直しを行ってはどうか。

(再掲)

- ・ 緊急時にサービス提供責任者が居宅介護支援専門員と連携をとり、居宅サービス計画の見直しに伴い、緊急時訪問等の対応を行った場合につき、加算等で評価してはどうか。

○サービス提供責任者の配置基準について

訪問介護事業所においては、

- ① サービスの提供時間が450時間又はその端数を増すごとに1人以上
- ② 訪問介護員等の数が10又はその端数を増すごとに1人以上

のいずれかの基準に基づき、常勤専従のサービス提供責任者を置くこととされている。

常勤のサービス提供責任者を置くこととされているため、

- ・ 事業の実態に即した事業所の運営に支障が生じている
- ・ サービス提供責任者に業務が集中しがちである。
- ・ 常勤で勤務できない介護従事者をサービス提供責任者として活用できない

(訪問介護員の多くを占める非常勤従事者のキャリアアップができない)

等の指摘があることから、サービスの質の確保を前提に、全てのサービス提供責任者が常勤でなければならないとの要件を緩和してはどうか。

(4) その他

○ 3級訪問介護員の経過措置について

- 前回の答申で、3級訪問介護員による介護報酬の算定は、平成21年3月31日までとされている。
- ただし、3級訪問介護員については、現在も約600人程度は訪問介護に従事していると推計されることから、3年間は、現に働いている3級訪問介護員が当該事業所で雇用されている間に限って、経過措置を設けるとともに、2級課程の研修受講等を促してはどうか。

(参考資料1)

訪問介護の介護報酬体系等と主な改正経緯

○ 訪問介護の報酬体系と主な改定経緯について

			12年度～	15年度～	18年度～
1. 基本単位	身体介護	30分未満	210	<u>231</u>	231
		30分以上1時間未満	402	402	402
		1時間以上	584	584	584
		※30分増す毎の加算	219	<u>83</u>	83
	生活援助	30分以上1時間未満	153	<u>208</u>	208
		1時間以上	222	<u>291</u>	291
		※30分増す毎の加算	83	83	廃止
	複合型	30分以上1時間未満	278	廃止	－
		1時間以上	403	廃止	－
		※30分増す毎の加算	151	廃止	－
通院等乗降介助		－	<u>100</u>	100	
2. 加算等	3級訪問介護員により行われる場合		× 95/100	<u>× 90/100</u>	<u>× 70/100</u>
	夜間若しくは早朝の場合 又は深夜の場合	夜間・早朝加算	× 25/100	× 25/100	× 25/100
		深夜加算	× 50/100	× 50/100	× 50/100
	特定事業所加算 ※詳細は別途に記載	特定事業所加算(Ⅰ)	－		<u>× 20/100</u>
		特定事業所加算(Ⅱ)	－		<u>× 10/100</u>
		特定事業所加算(Ⅲ)	－		<u>× 10/100</u>

○ サービス提供責任者の責務を明確化(平成18年)

指定基準におけるサービス提供責任者の責務

※下線部が平成18年に明確化された責務

- ・ 訪問介護計画の作成
- ・ 指定訪問介護の利用の申し込みに係る調整をすること。
- ・ 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握すること。
- ・ サービス担当者会議への出席等により居宅介護支援事業者等と連携を図ること。
- ・ 訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達すること。
- ・ 訪問介護員等の業務の実施状況を把握すること。
- ・ 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施すること。
- ・ 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施すること。
- ・ その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。

【平成15年介護報酬改定及び指定基準の見直しについて】

1. 訪問介護の区分の体系的な見直し

訪問介護の適正なアセスメントを図る観点から、身体介護と家事援助が混合した複合型を廃止。また、「家事援助」から「生活援助」に名称を改めるとともに、短時間のサービス提供や生活援助について、自立援助、在宅生活支援の観点から重点的に評価。

身体介護中心型	30分未満	210単位→231単位
家事援助中心型	30分以上1時間未満	153単位→208単位
	1時間以上	222単位→291単位

2. 訪問介護員における減算の算定範囲等の見直し

訪問介護の質の向上の観点から、3級訪問介護員によるサービス提供の場合の減算の算定範囲に生活援助を追加し、評価を見直した。

算定割合 95%→90%

3. 通院等のための乗車・降車の介助(新設)→100単位

(参考資料3)

【平成18年介護報酬改定及び指定基準の見直しについて】

1. 介護予防訪問介護の導入

「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性が高い」軽度者の状態に即した自立支援と「目標指向型」のサービス提供を推進する観点から、本人が自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族や地域による支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない場合に提供するサービスとして、介護予防訪問介護を導入した。

(主な概要)

介護予防訪問介護費（Ⅰ）〈週1回程度の利用が必要な場合〉
要支援1・要支援2 1, 234単位/月

介護予防訪問介護費（Ⅱ）〈週2回程度の利用が必要な場合〉
要支援1・要支援2 2, 468単位/月

介護予防訪問介護費（Ⅲ）〈（Ⅱ）を超える利用が必要な場合〉
要支援2 4, 010単位/月

2. 基本単位の見直し

生活援助の長時間利用について適正化を図る観点から、基本単位の見直しを行った。

(主な見直し概要)

生活援助	生活援助
・ 30分以上1時間未満(208単位)	・ 30分以上1時間未満(208単位)
・ 1時間以上(291単位に30分を増すごとに+83単位)	・ 1時間以上(291単位)

3. 特定事業所加算の創設

サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質の確保やヘルパーの活動環境の整備、中重度者への対応などを行っている事業所を対象に特定事業所加算を創設した。

(主な概要)

特定事業所加算（Ⅰ）〈体制要件、人材要件、重度対応要件のいずれにも適合する場合〉
基本単位数の20%を加算

特定事業所加算（Ⅱ）〈体制要件、人材要件に適合する場合〉
基本単位数の10%を加算

特定事業所加算（Ⅲ）〈体制要件、重度対応要件に適合する場合〉

基本単位数の10%を加算

※ 算定要件（別紙）

4. 3級訪問介護員減算の見直し

訪問介護の質の向上の観点から、3級訪問介護員によるサービス提供の場合の減算の算定範囲を拡大した。なお、3級訪問介護員に係る介護報酬の算定については、平成21年3月31日までとされた。

(主な見直し概要)

(予防給付)	(予防給付)
3級訪問介護員減算	3級訪問介護員減算
基本単位数の90%を算定	基本単位数の80%を算定
(介護給付)	(介護給付)
3級訪問介護員減算	3級訪問介護員減算
基本単位数の90%を算定	基本単位数の70%を算定

5. サービス提供責任者の責務を明確化（指定基準の見直し）

（サービス提供責任者の責務）下線部が新たに明確化された責務

- ・ 訪問介護計画の作成
 - ・ 指定訪問介護の利用の申し込みに係る調整をすること。
 - ・ 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握すること。
 - ・ サービス担当者会議への出席等により居宅介護支援事業者等と連携を図ること。
 - ・ 訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達すること。
 - ・ 訪問介護員等の業務の実施状況を把握すること。
 - ・ 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施すること。
 - ・ 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施すること。
- その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。

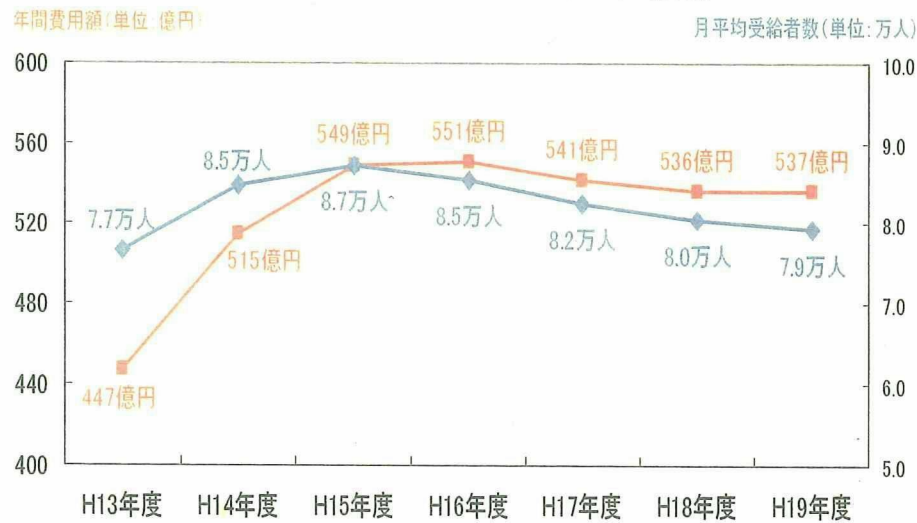
訪問入浴介護について

I 訪問入浴介護の現状と課題

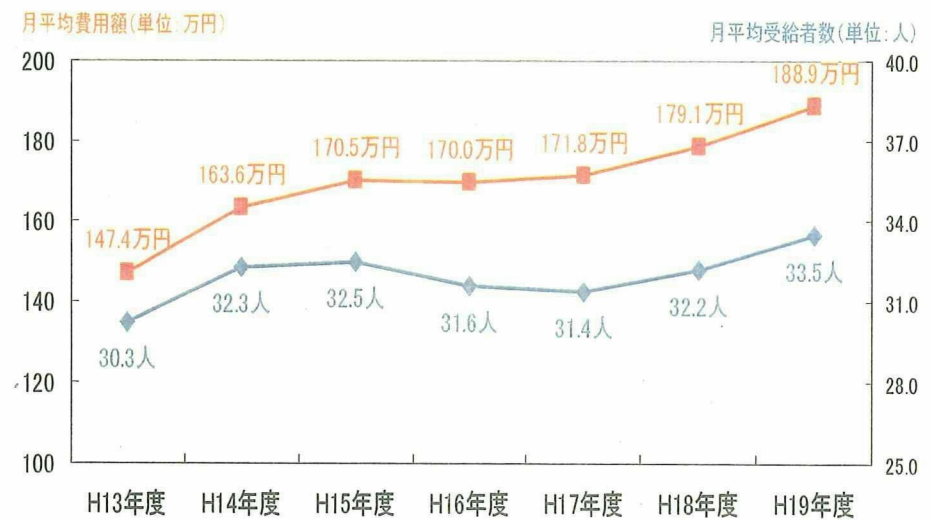
【訪問入浴介護の利用状況①】

- 請求事業所数は、平成17年度以降逡減傾向。
- 費用額・受給者数(予防含む)ともに、平成15年度をピークに緩やかに減少している。
- 1事業所当たり費用額・受給者数は、近年、増加傾向である。

訪問入浴介護(予防含む)年間費用額・月平均受給者数



1事業所当たり訪問入浴介護(予防含む)月平均費用額・月平均受給者数

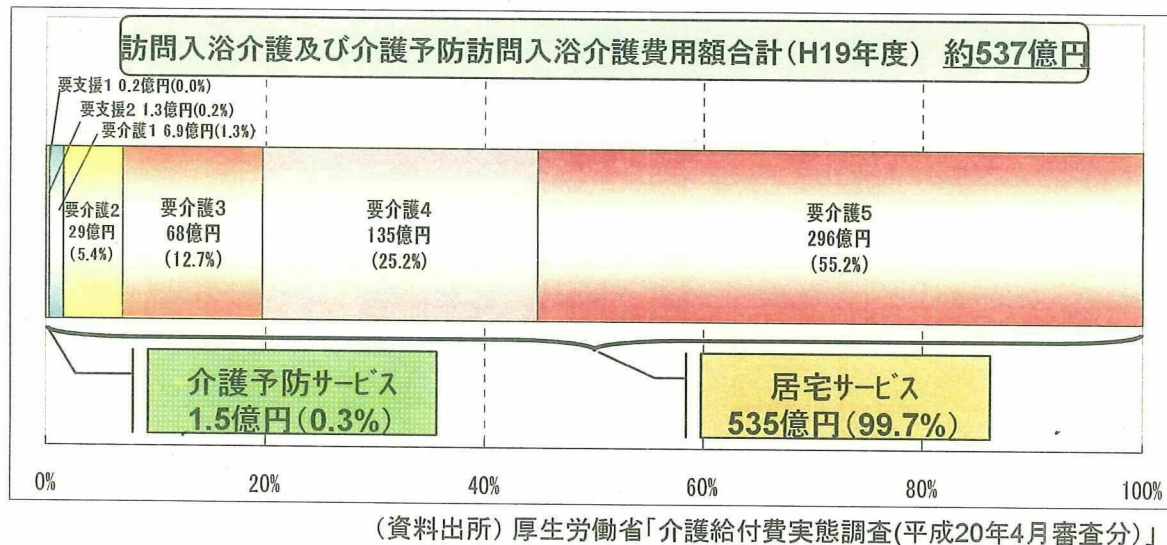
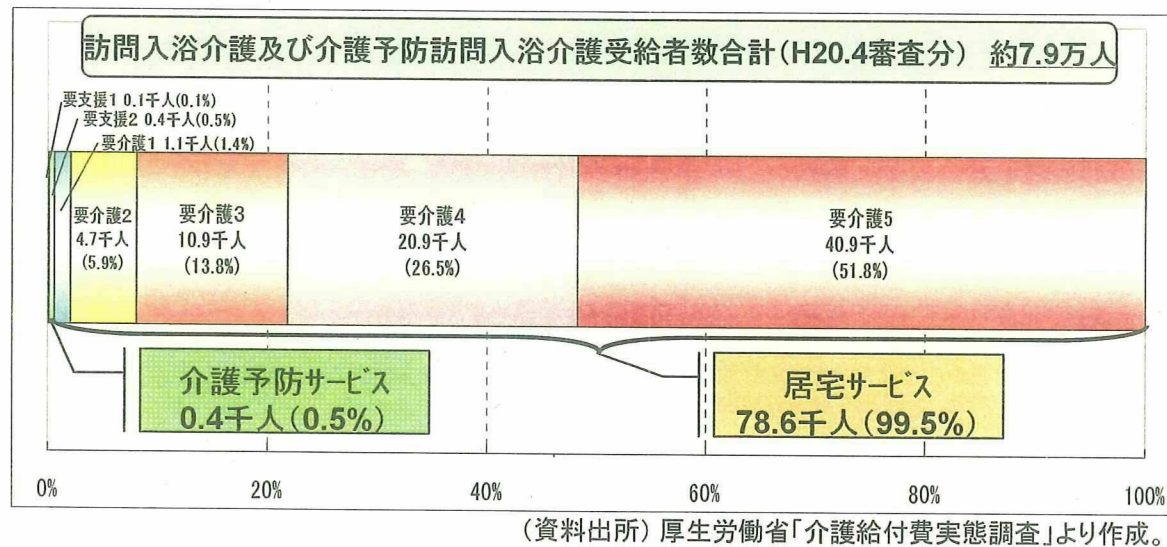


訪問入浴介護事請求業所数(各月)



【訪問入浴介護の利用状況②】

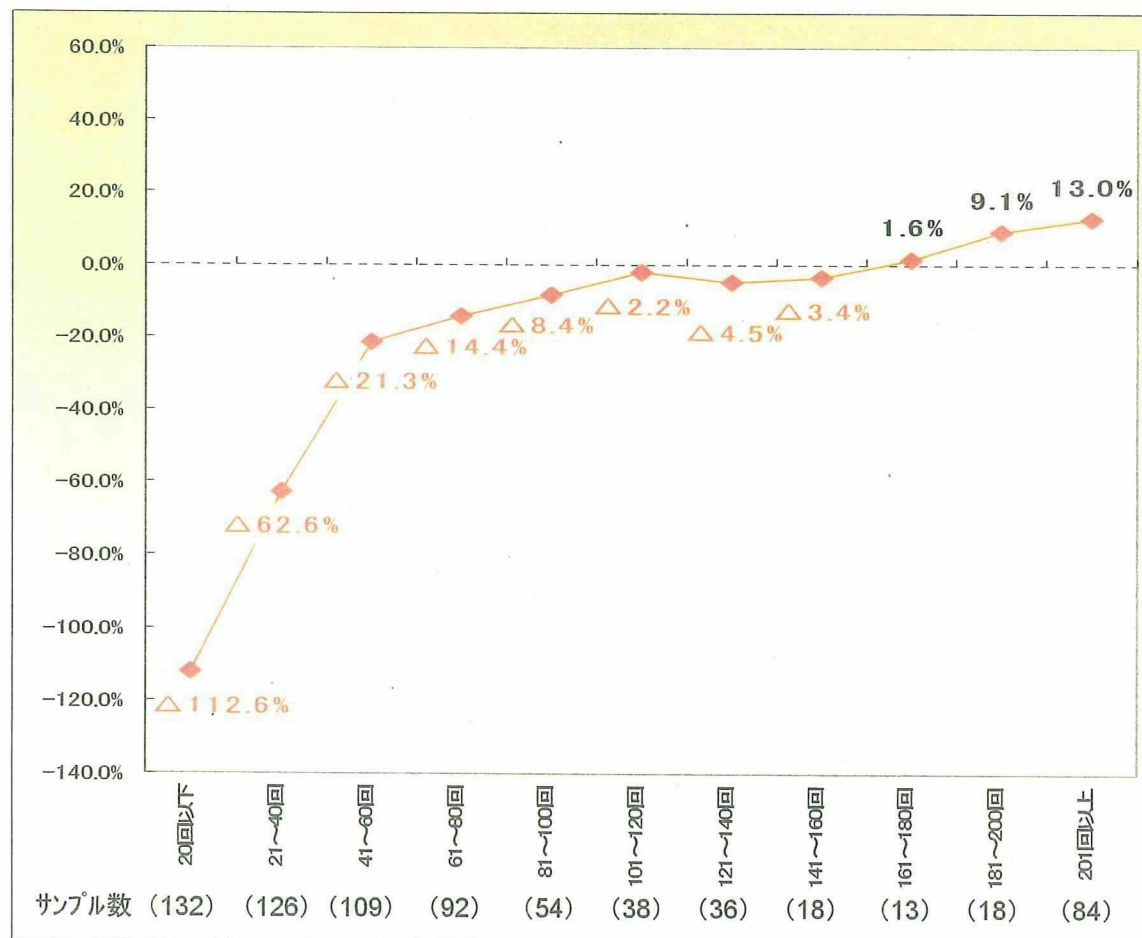
○ 訪問入浴介護(予防含む)の受給者数は約7.9万人(平成20年4月審査分)であり、受給者の約8割は、要介護4・5の重度者である。



【平成20年介護事業経営実態調査の結果について】

- 訪問入浴介護事業所の収支差率は改善している。(H17調査 $\Delta 10.6\%$ → 1.5%)。
- 規模別に見た場合、サービス提供回数が多い事業所ほど、収支差率は高くなり、月161回以上で収支差率がプラスに転じる。

規模別収支差率

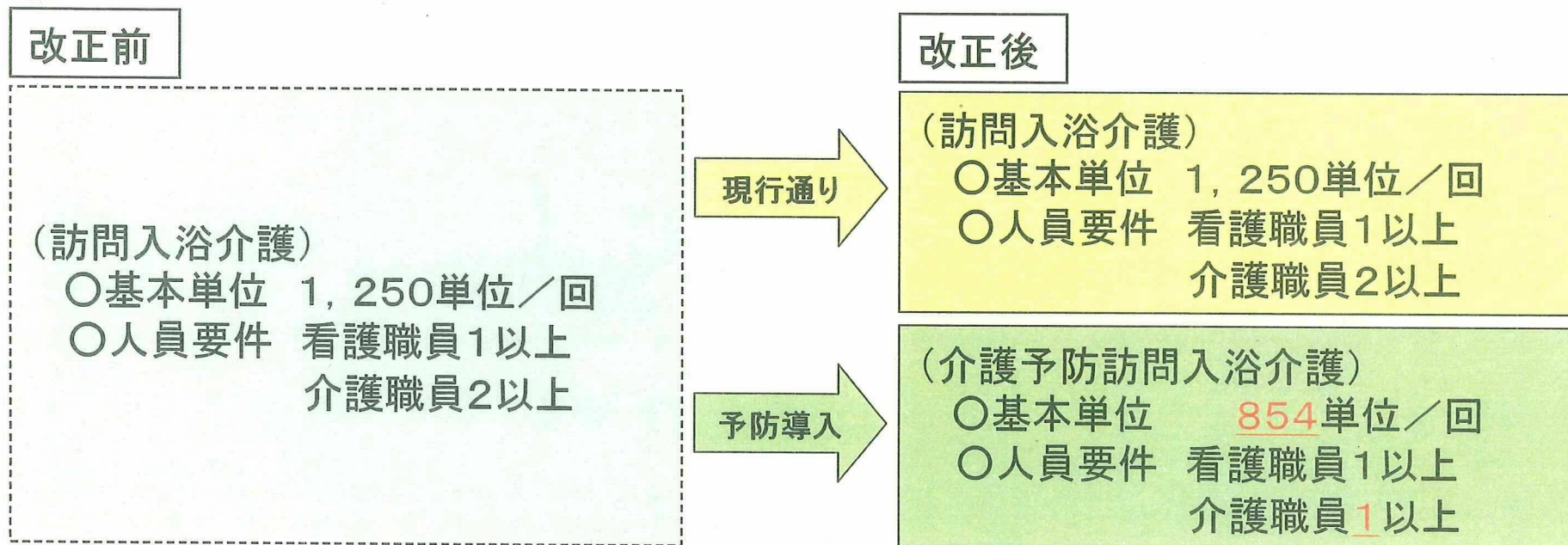


(資料出所) 厚生労働省「平成20年介護事業経営実態調査」

【平成18年介護報酬等改定】

- 介護給付の訪問入浴介護については、現行と同様とする。
- 予防給付の介護予防訪問入浴介護については、人員要件を緩和(介護職員を2名から1名に緩和)し、報酬水準を適正化。

(平成18年改正後の基準及び報酬単位)



Ⅱ 訪問入浴介護の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

訪問入浴介護は、利用者の身体の清潔保持と心身機能の維持等を図るサービスとして、現行の基準及び報酬体系を基本としつつ、重度の要介護者の利用が多いサービス形態であること及び経営実態調査の結果を踏まえ、どのように考えるか。

通所介護について

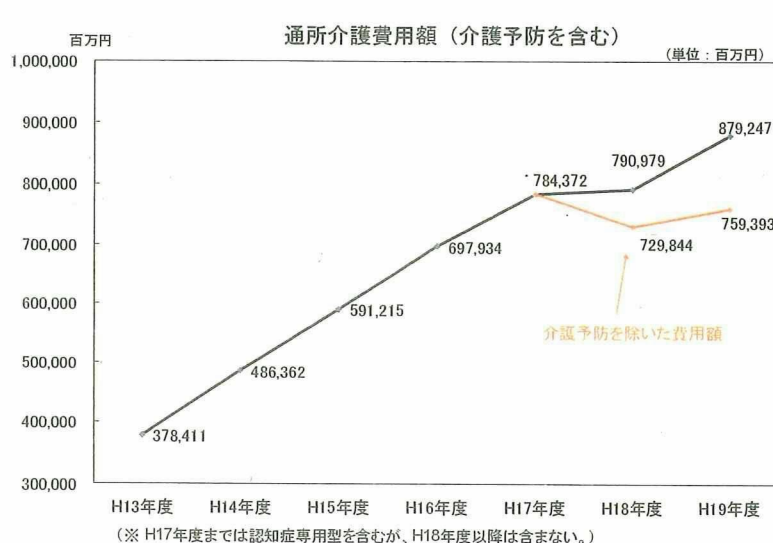
I 通所介護の現状と課題

【費用額の状況】

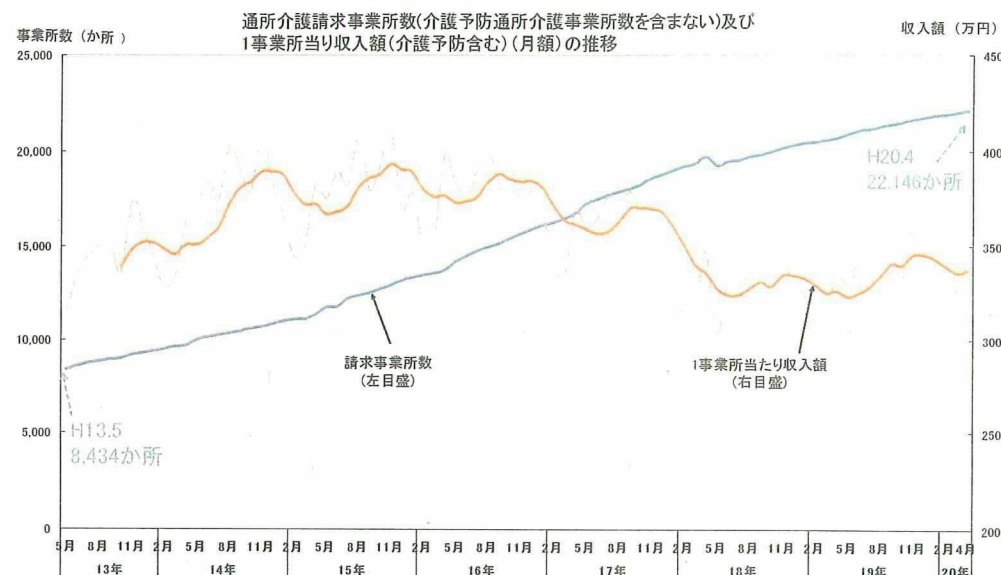
- 平成19年度の通所介護(介護予防サービスを含む)の費用額は、8,792億円(平成13年度の約2.3倍)で、平成19年度費用額累計6兆4,728億円の13.6%を占める。

【通所介護事業所の状況】

- 平成13年5月と比べ、介護報酬請求事業所数は、約2.6倍(約8,400か所→約22,100か所)に増加した。
- 1事業所当たりの収入額は、平成15年頃をピークに減少傾向であったが、平成19年は増加傾向に転じている。



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」



注) 1事業所当たり収入額の太い実線は、6ヶ月移動平均値。
 月の表示は、審査月。

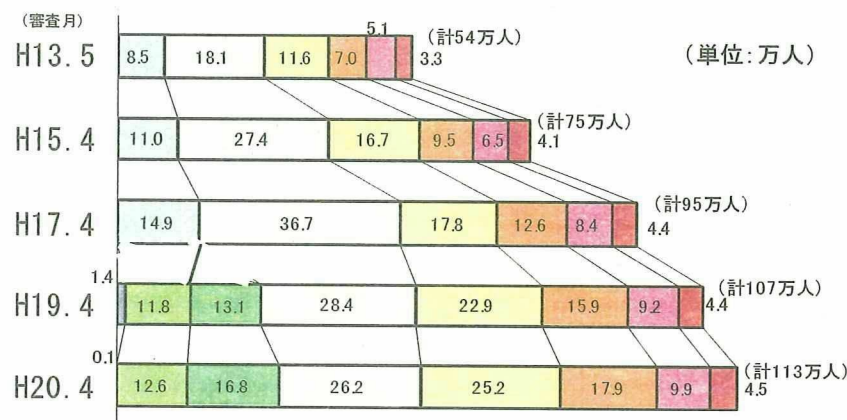
(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

【利用者の状況】

○ 平成20年4月現在、通所介護の利用者は、約113万人(平成13年5月の約2.1倍)で、介護サービス(介護予防含む)利用者の概ね3人に1人が利用している。

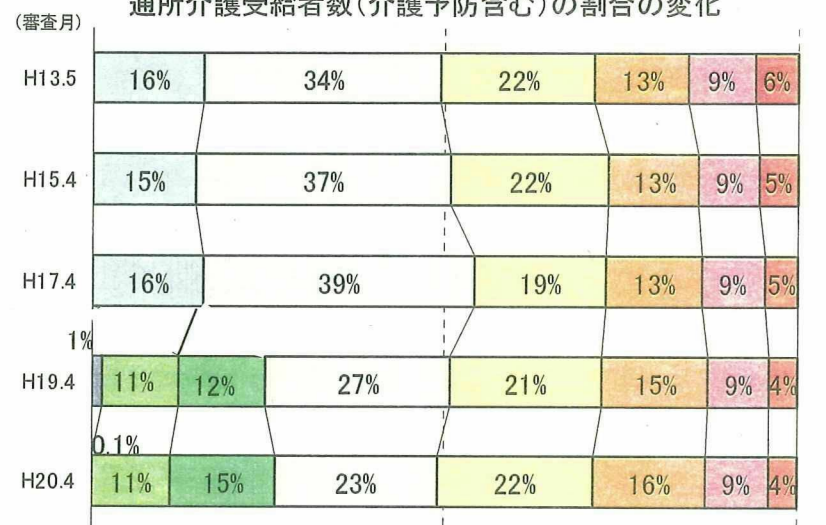
(参考) 平成20年4月審査分 介護予防・介護サービス受給者数 369万人 (介護給付費実態調査(厚生労働省))

通所介護受給者数(介護予防含む)



- 経過的要介護(H18年度～)
- 要支援1(H18年度～)
- 要支援2(H18年度～)
- 要支援(～H17年度)
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5

通所介護受給者数(介護予防含む)の割合の変化

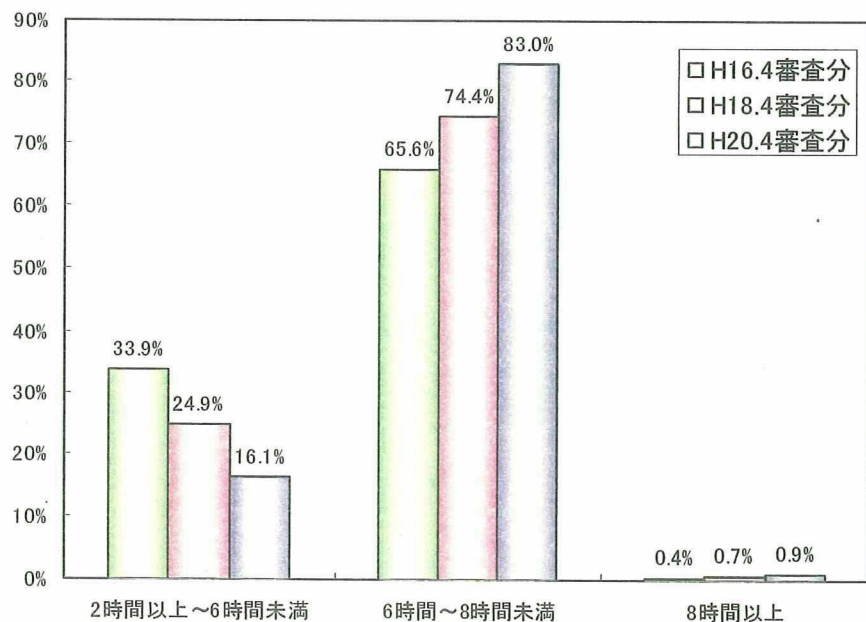


- 経過的要介護(H18年度～)
- 要支援1(H18年度～)
- 要支援2(H18年度～)
- 要支援(～H17年度)
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5

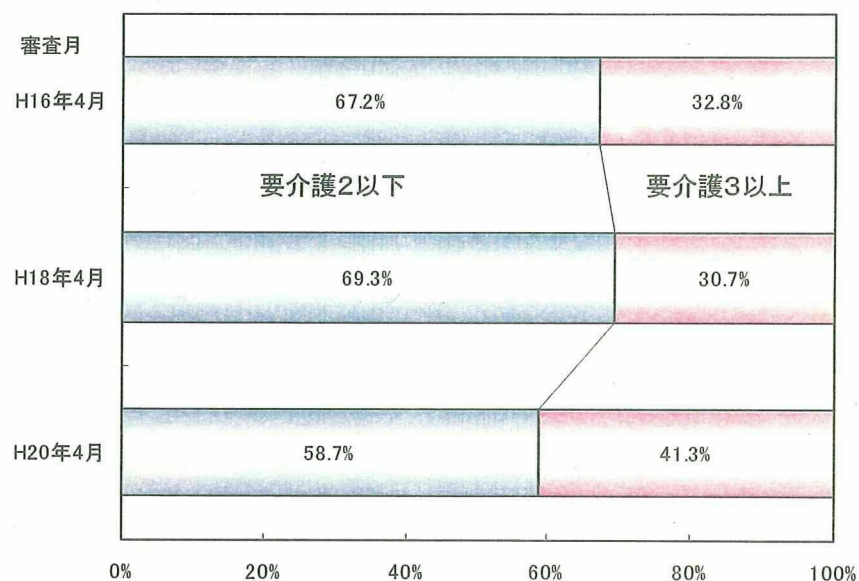
【サービス提供の状況】

- サービスの提供時間別割合を見ると、2～6時間のサービスの割合が低下する一方、6～8時間のサービスの割合が高まっている。
- また、6～8時間のサービス提供の要介護度別割合を見ると、軽度者(要介護2以下)の割合が低下する一方、中重度者(要介護3～5)の割合が高まっている。

通所介護所要時間別の割合



通所介護所要時間6～8時間未満における
要介護度別割合



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

【介護予防通所介護の現状】

- 介護予防利用者の4割弱が利用
介護予防サービス利用者(約76万9千人)のうち、約38%(約29万5千人)が介護予防通所介護を利用している。
- 費用額の約35%
介護予防サービス費用額の総額約302億円のうち、約35%(約106億円)を占めるサービスとなっている。
- 通所介護(介護予防含む)の利用者のうち、要支援1及び2の者の合計の割合は、26%である。

各数値の出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」
平成20年4月審査分

【収支差率の状況】

○ 通所介護の経営状況について、規模別に比較すると、延べ利用者数の増加に伴い、収支差率もプラスになっている。

○ なお、「751回～900回」と「901回以上」とで収支差率が逆転している原因として、平成18年度に新設された「大規模事業所に対する評価の見直し※」が考えられる。

※ 前年度の一月当たりの平均利用延人員が900人超の場合、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。(ただし、3～4時間利用者は1/2、4～6時間利用者は3/4を乗じて計算する。)

通所介護 延べ利用回数別集計

8-③ 通所介護(予防を含む)(延べ利用回数別集計表)

	150回以下		151～300回		301～450回		451～600回		601～750回		751～900回		901回以上	
	千円		千円		千円		千円		千円		千円		千円	
1 介護料収入	1,158		2,380		3,218		4,385		5,659		6,875		8,802	
2 保険外の利用料	66		152		230		282		361		601		677	
3 補助金収入	7		17		22		17		36		5		54	
4 国庫補助金等特別積立金取崩額	10		15		38		55		96		78		118	
5 介護報酬査定減	-0		-0		0		-1		-0		-1		-0	
6 給与費	994	80.7%	1,591	62.3%	2,274	65.5%	2,814	60.0%	3,688	60.5%	3,966	53.0%	5,494	57.6%
7 減価償却費	97	7.8%	208	8.1%	189	5.5%	253	5.4%	278	4.6%	335	4.5%	486	5.1%
8 その他	467	37.9%	822	32.2%	885	25.5%	1,244	26.5%	1,474	24.2%	1,834	24.5%	2,272	23.8%
9 うち委託費	21	1.7%	70	2.7%	122	3.5%	138	2.9%	282	4.6%	192	2.6%	434	4.5%
10 借入金補助金収入	0		4		2		4		40		6		11	
11 借入金利息	26		24		40		38		20		73		15	
12 本部費繰入	0		3		0		23		6		0		68	
13 収入(補助あり)	1,231		2,553		3,473		4,688		6,096		7,486		9,544	
14 支出	1,574		2,632		3,351		4,317		5,370		6,129		8,217	
15 差引	-343	-27.8%	-79	-3.1%	122	3.5%	371	7.9%	726	11.9%	1,356	18.1%	1,327	13.9%
16 事業所数	112		202		158		162		104		63		27	
17 利用者1回当たり収入(円)	13,764		11,280		9,083		8,937		9,007		9,279		8,766	

※1 収入及び支出の額は国庫補助金等特別積立金取崩額を除いた額

※2 比率は収入に対する割合(以下同じ)

Ⅱ 通所介護に関するこれまでの指摘事項等の概要

介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム報告 (平成19年12月10日)

3 今後の検討課題について

(1) 各事業に共通する事項について

② キャリアアップについて

- 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討する必要があるのではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

(2) 訪問・通所系の事業について

③ 人員配置基準や介護報酬上の評価について

- 業務の実態に即した適切なサービス提供を可能とする観点から、サービス提供責任者等について、サービスの質の確保を前提に人員配置基準等の在り方の検討を行うとともに、介護報酬上の評価の可否について検討する必要があるのではないか。

介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成20年5月20日 参議院厚生労働委員会)

三、次期介護報酬改定に当たっては、介護従事者等の処遇の改善に資するための措置を講ずること。なお、地域差の実態を踏まえ、必要な見直しを検討すること。また、サービス提供責任者等の処遇に配慮するとともに、介護福祉士等の専門性を重視し、有資格者の評価の在り方について検討を行うこと。

Ⅲ 通所介護の報酬・基準に関する論点

- 一月当たり平均利用延人員数の規模で分類すること及びその規模ごとの報酬単位数についてどう考えるか。

＜小規模型通所介護費＞

一月当たりの平均利用延人員数が300人以内の指定通所介護事業所

＜通常規模型通所介護費＞

小規模型に該当しない事業所

※ ただし、同900人超の事業所は、通常規模型通所介護費の100分の90の単位数となる。

- 通所介護事業所が提供する現行の個別機能訓練を含め、在宅での生活が維持・改善される機能の評価のあり方についてどう考えるか。
- 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、施設サービス等における議論を踏まえ、検討することとしてはどうか。

(参考1)

通所介護の概要

【指定基準】

<人員基準>

(通常) 利用定員が10人を超える事業所の場合

(1) 管理者 1人 常勤専従(管理上支障がない場合は兼務可)

(2) 生活相談員 1人以上 単位ごとに提供時間帯を通じて専従

(3) 看護職員 1人以上 単位ごとに専従

※ 看護師、准看護師

(4) 介護職員 1人以上 単位ごとに提供時間帯を通じて専従

(利用者が15人まで1人。それ以上は、5人ごとに1人を加えた数以上。)

※ (2) 又は (4) のうち1人以上は常勤でなければならない。

(5) 機能訓練指導員 1人以上

※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師

※ (3) との兼務可能

(例外) 利用定員が10人以下の事業所の場合

(1) 管理者 1人 常勤専従(管理上支障がない場合は兼務可)

(2) 生活相談員 1人以上 単位ごとに提供時間帯を通じて専従

(3) 看護職員又は介護職員 1人以上 単位ごとに提供時間帯を通じて専従

※ (2)、(3) のうち1人以上は常勤でなければならない。

(4) 機能訓練指導員 1人以上

※ (3) との兼務は不可

【サービスの内容】

通所介護とは、居宅要介護者等を老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において入浴、食事の提供、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認、その他必要な日常生活上の世話及び機能訓練を提供するもの。

(参考2)

過去の報酬改定

平成15年4月改定のポイント

6～8時間の利用時間を超えてサービスを提供する場合や入浴サービス等を評価するとともに、全体として適正化。(基本単位は引き下げ)

前回(平成18年4月)改定のポイント

- ・ 要介護度別に報酬を設定し、重度を重点的に評価(介護予防も導入)
- ・ 小規模事業所を評価する一方で、延べ900人超で100分の90の単位数を導入
- ・ 送迎サービスの包括化、入浴介助加算の一本化 等

現在のサービス利用の状況(要介護度別等)

通所介護	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
小規模型事業所 (回数)	1,000	459,900	451,600	367,500	186,800	77,200	1,544,000
通常規模型事業所 (回数)	2,500	1,695,700	1,784,200	1,370,100	743,400	309,100	5,905,000
小規模型の割合	0.06%	29.8%	29.2%	23.8%	12.1%	5.0%	
通常規模型の割合	0.04%	28.7%	30.2%	23.2%	12.6%	5.2%	

厚生労働省「介護給付費実態調査」
平成20年4月審査分

(参考3)

通所介護の報酬単位

通所介護費 基本部分

注			加算等						
注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
利用者の数が利用定員を超える場合	看護・介護職員が基準に満たない場合	2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合	大規模事業所(前年度の1月当たりの平均利用延人数900人超)の場合	6時間以上8時間未満の通所介護の前後に日常生活上の世話をを行う場合	入浴介助を行った場合	個別機能訓練加算	若年性認知症ケア加算	栄養マネジメント加算	口腔機能向上加算
イ 小規模型通所介護費	(1) 3時間以上 4時間未満	経過的要介護 (396 単位)	×70/ 100						
		要介護1 (437 単位)							
		要介護2 (504 単位)							
		要介護3 (570 単位)							
		要介護4 (636 単位)							
		要介護5 (702 単位)							
		経過的要介護 (529 単位)							
		要介護1 (588 単位)							
		要介護2 (683 単位)							
		要介護3 (778 単位)							
		要介護4 (872 単位)							
		要介護5 (967 単位)							
		経過的要介護 (707 単位)							
		要介護1 (790 単位)							
		要介護2 (922 単位)							
		要介護3 (1,055 単位)							
		要介護4 (1,187 単位)							
		要介護5 (1,320 単位)							
	(2) 4時間以上 6時間未満	経過的要介護 (458 単位)	×70/ 100	×70/ 100	×70/ 100	×90/100	8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位	1日につき +50 単位	1日につき +27 単位
		要介護1 (346 単位)							
		要介護2 (381 単位)							
		要介護3 (437 単位)							
		要介護4 (493 単位)							
		要介護5 (549 単位)							
		要介護5 (605 単位)							
		経過的要介護 (458 単位)							
		要介護1 (508 単位)							
		要介護2 (588 単位)							
		要介護3 (668 単位)							
		要介護4 (748 単位)							
		要介護5 (828 単位)							
		経過的要介護 (608 単位)							
		要介護1 (677 単位)							
		要介護2 (789 単位)							
		要介護3 (901 単位)							
		要介護4 (1,013 単位)							
		要介護5 (1,125 単位)							
ロ 通常規模型通所介護費	(1) 3時間以上 4時間未満	経過的要介護 (346 単位)	×70/ 100	×70/ 100	×70/ 100	×90/100	8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位	1日につき +50 単位	1日につき +27 単位
		要介護1 (381 単位)							
		要介護2 (437 単位)							
		要介護3 (493 単位)							
		要介護4 (549 単位)							
		要介護5 (605 単位)							
		経過的要介護 (458 単位)							
		要介護1 (508 単位)							
		要介護2 (588 単位)							
		要介護3 (668 単位)							
		要介護4 (748 単位)							
		要介護5 (828 単位)							
		経過的要介護 (608 単位)							
		要介護1 (677 単位)							
		要介護2 (789 単位)							
		要介護3 (901 単位)							
		要介護4 (1,013 単位)							
		要介護5 (1,125 単位)							
ハ 療養介護通	(1) 3時間以上6時間未満 (1,000単位)		×70/ 100	×70/ 100	×70/ 100	×90/100	8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位	1日につき +50 単位	1日につき +27 単位
ハ 療養介護通	(2) 6時間以上8時間未満 (1,500単位)		×70/ 100	×70/ 100	×70/ 100	×90/100	8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位	1日につき +50 単位	1日につき +27 単位

(参考4)

各加算の利用状況

介護サービス回数・日数・件数，要介護状態区分・サービス種類内容別

(単位：千回(日・件))

区分	総数	
通所介護	7 455.6	
小規模型事業所	1 544.1	総回数に対する割合
通常規模型事業所	5 905.0	
療養通所介護	2.1	
個別機能訓練加算*(1日27単位)	3 954.6	
入浴介助加算*(1日50単位)	5 760.1	
若年性認知症ケア加算*(1日60単位)	2.2	
栄養マネジメント加算(1回100単位、月2回まで)	2.7	
口腔機能向上加算(1回100単位、月2回まで)	70.7	

介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)(厚生労働省)

* は日数を集計している。

療養通所介護について

I 療養通所介護の現状と課題(平成18年創設)

【療養通所介護のサービス提供状況】

- 療養通所介護事業所は、創設から事業所数を伸ばしてきているが、最近は、横ばい状態である。
- 療養通所介護の延べ利用回数は22百回(平成20年4月審査分)であり、要介護3以上が9割を超えている。

請求事業所数	回数合計	(内訳)	3時間以上6時間未満	4百回	単位数
49	22百回		6時間以上8時間未満	18百回	3,045千単位

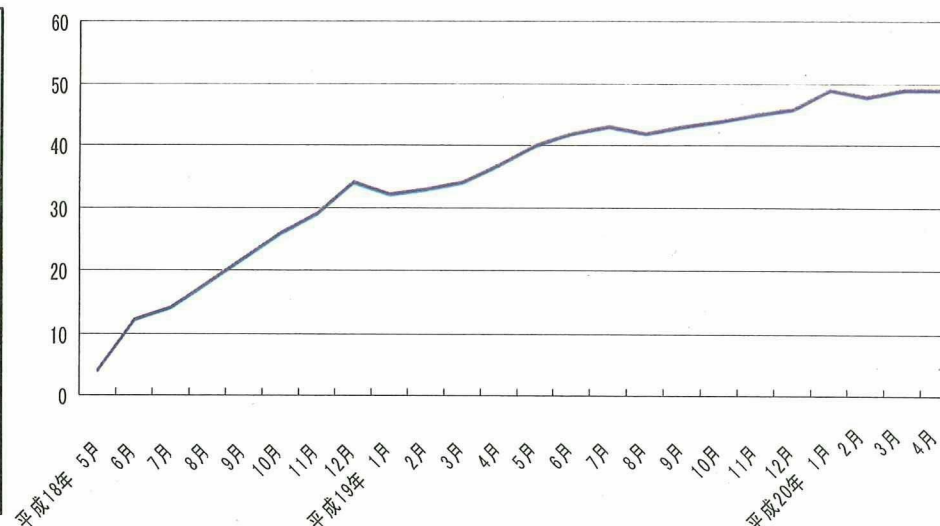
(出典)介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)(厚生労働省統計情報部)

要介護度別療養通所介護回数(延べ回数)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
回数(百回)	0	1	3	4	14	22
割合(%)	0	4.6	13.6	18.2	63.6	100

(出典)介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)(厚生労働省統計情報部)

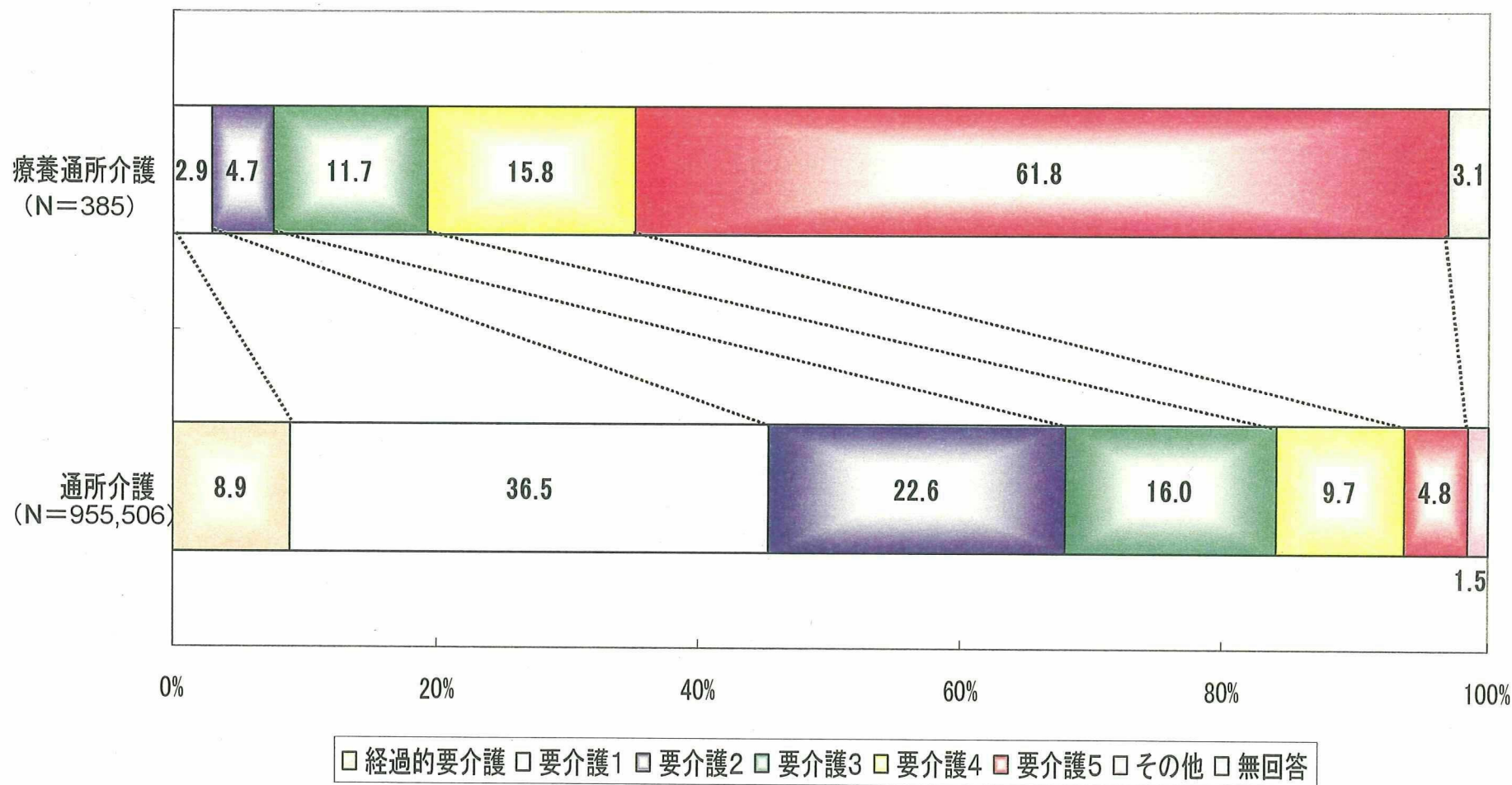
療養通所介護請求事業所数の推移



(出典)介護給付費実態調査月報(厚生労働省統計情報部)

○ 通所介護の利用者の約6割が要介護1、2の軽度者であるのに対し、療養通所介護事業所利用者の要介護度は、要介護4、5の重度者が7割を超えている。

療養通所介護利用者の要介護度の状況



出典：(財)日本訪問看護振興財団 平成19年度厚生労働省老人保健事業健康増進等事業「療養通所介護事業の適正な運営に関する調査研究事業報告書」
 厚生労働省 平成18年介護サービス施設・事業所調査

【療養通所介護のサービス利用状況】

- 定員数(現行制度では5名以内)が5名の事業所は61.1%(平均定員4.31人)
- 待機者は、5名を定員数としている事業所で6か所、3～4名としている事業所で2か所ある。

療養通所介護の利用の状況

事業所の定員数	1～2名	3～4名	5名	
施設数	1か所(2.8%)	13か所(36.1%)	22か所(61.1%)	計 36か所(*)
1月の実利用者数	2.33人	4.27人	11.65人	平均 8.73人
1月の延べ利用回数 (3時間以上6時間未満)	—	7.39回	7.46回	平均 7.44回
1月の延べ利用回数 (6時間以上8時間未満)	9.44回	16.58回	40.35回	平均 30.91回
待機者がいる事業所数	—	2か所	6か所	
平均待機者数	—	1.5人	2.8人	
定員を理由に利用を 断ったことがある事業所数	—	1か所	4か所	

待機者がいる事業所の週の開設と定員数

週の開設日及び 定員数	週5日開設 定員5名	週5日開設 定員3名	週3日開設 定員5名	週3日開設 定員4名	週2日開設 定員5名
事業所数	4か所	1か所	1か所	1か所	1か所

出典:平成19年度 老人保健健康増進等事業「療養通所介護事業の適切な運営に関する調査研究事業報告書」日本訪問看護振興財団
 * 全事業所(50か所)を対象に調査、有効回答数36(72%)。

【療養通所介護のサービス利用状況】

- 療養通所介護利用者の居室の床面積に関する基準は、老人保健施設と同じであり、介護療養型医療施設よりも広がっている。
- 一方、利用者の平均要介護度は老人保健施設と比較して高く、介護療養型医療施設と同程度である。

施設基準(居室の床面積に関する基準)及び平均要介護度

	療養通所 介護	介護療養型 医療施設	介護老人 保健施設
面積要件	8.0㎡以上/人	6.4㎡以上/人	8.0㎡以上/人
平均要介護度	4.30	4.25	3.18

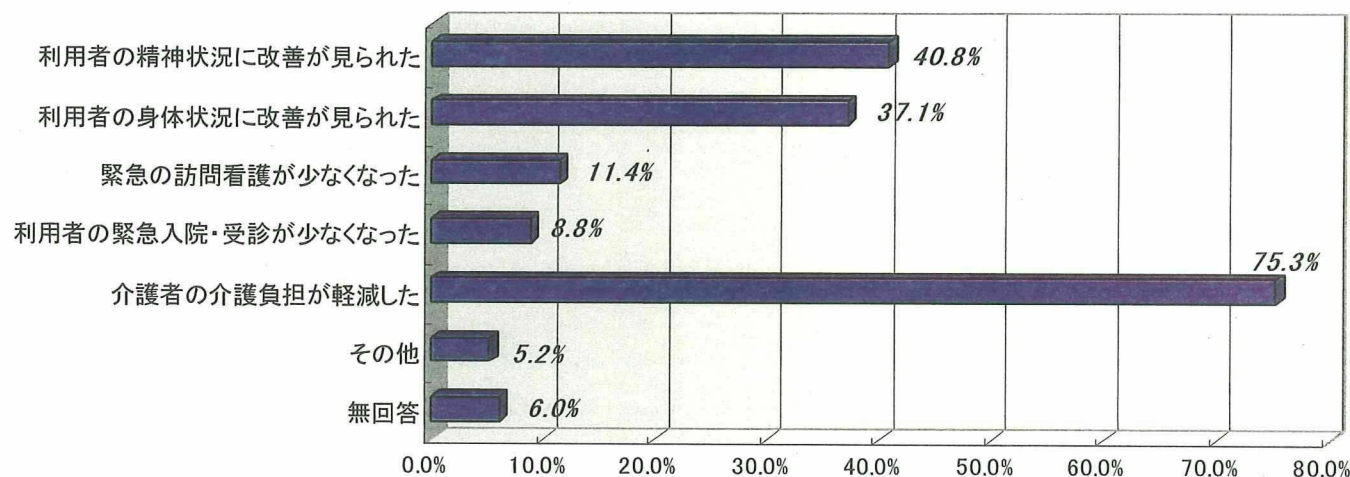
(※)平均要介護度:平成18年度介護サービス施設・事業所調査

○ 療養通所介護利用前後の変化として「介護者の介護負担の軽減」が最も多く、次いで「利用者の精神状況の改善」、「利用者の身体状況の改善」等があげられている。

療養通所介護利用後の変化

N=385(複数回答)

変化の内容	件数(件)	割合(%)
利用者の精神状況に改善が見られた	157	40.8
利用者の身体状況に改善が見られた	143	37.1
緊急の訪問看護が少なくなった	44	11.4
利用者の緊急入院・受診が少なくなった	34	8.8
介護者の介護負担が軽減した	290	75.3
その他	20	5.2
無回答	23	6.0



Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成18年1月26日 平成18年介護報酬改定答申(抜粋)】

下記の事項については、社会保障審議会介護給付費分科会におけるこれまでの審議も踏まえ、今回の介護報酬・基準等の見直し後、さらに検討を進め、適切な対応を行うものとする。

記

1. 介護保険法の一部改正に伴い、新たに導入された「介護予防サービス」や「地域密着型サービス」、今回の介護報酬改定において基本的な見直しが行われた「居宅介護支援及び介護予防支援」、さらに「療養通所介護」等の新たな取り組みをはじめ、今回の改定後のサービスの利用実態等について、この度の改定の「基本的な視点」も踏まえ、今後、調査・分析を適切に行うこと。

Ⅲ 療養通所介護の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅療養者の受け皿の経営の安定を図るという観点から見直しを行ってはどうか。

【具体的な論点】

- (1) 定員数5名の事業所に待機者があることから、定員数を見直してはどうか。
- (2) 療養通所介護の利用者は重度であることから、他のサービスにおける居室の床面積に関する基準等も参考にしながら、面積の基準について見直してはどうか。

参考資料

【平成18年介護報酬改定】

○ モデル事業の成果を踏まえ、通所介護の一類型として「療養通所介護」を創設

【療養通所介護の基準等】

人員配置	・従業者 利用者：看護・介護職員＝1.5：1 (常勤専従の看護師を1名配置) ・管理者 常勤の看護師 ・併設訪問看護ステーション等との兼務可 ・訪問看護の経験者であること
設備等	・定員5名以内 ・専用の部屋の面積は8㎡以上/人 (専用の部屋は他の部屋等から完全に遮蔽されていること)
対象者	難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供に当たり常時看護師による観察が必要な者を対象とする。
サービス内容	療養通所介護計画に基づき入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う。
介護報酬単価	・3時間以上6時間未満 1,000単位/日 ・6時間以上8時間未満 1,500単位/日

各種サービスの単価(参考)

日中のみのサービス

	3時間以上6時間未満	6時間以上8時間未満	
療養通所介護費	1000単位	1500単位	
	3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満
通所介護費(要介護4)	549単位	748単位	1013単位
通所介護費(要介護5)	605単位	828単位	1125単位
	介護老人保健施設	療養病床を有する病院	療養病床を有する診療所
特定介護老人保健施設短期入所療養介護費 (要介護4および要介護5)	760単位	760単位	760単位

ショートステイ

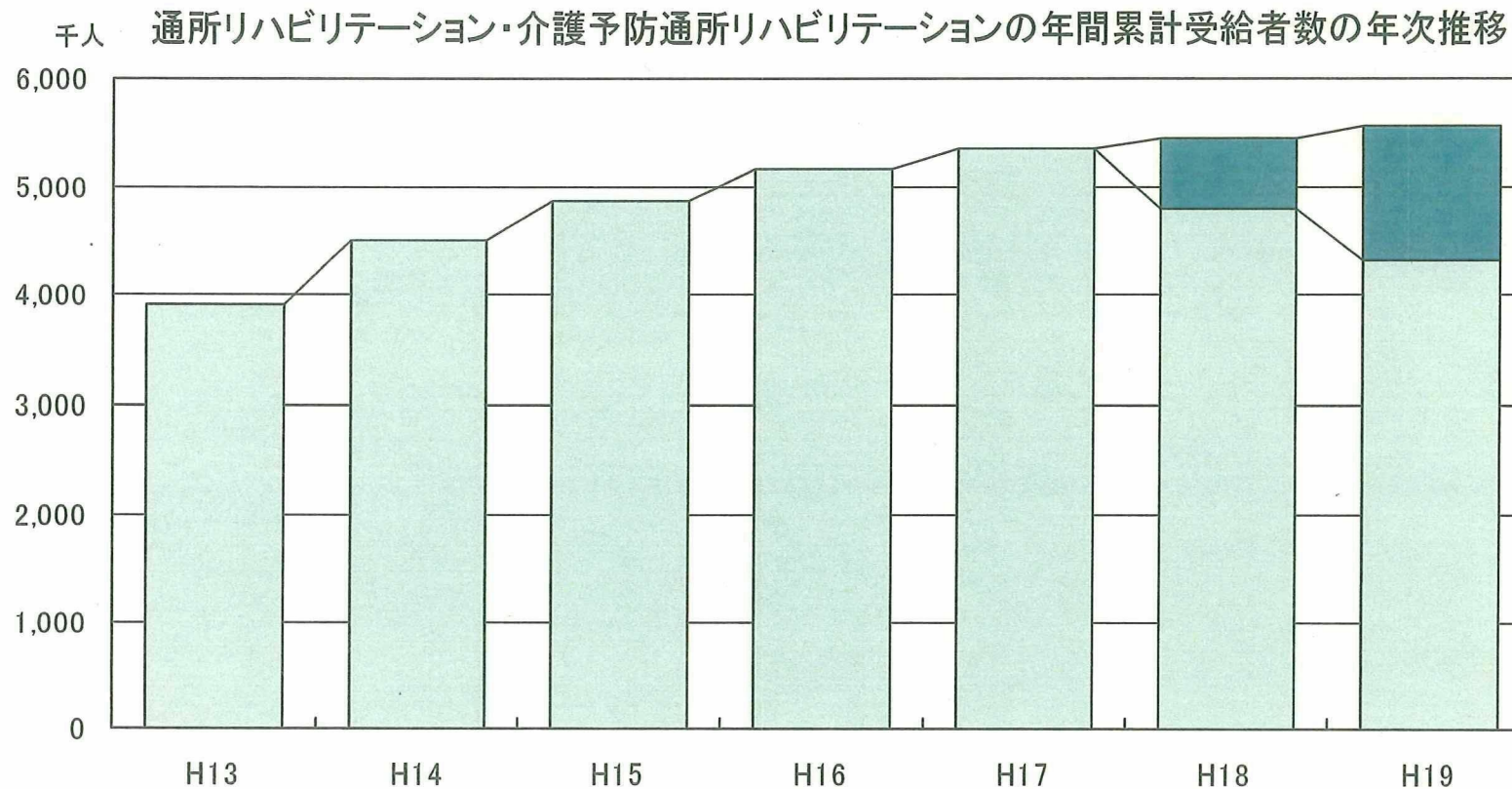
	介護老人保健施設	療養病床を有する 病院	療養病床を有する 診療所
短期入所療養介護費(Ⅰ) (要介護4)	987単位	1281単位	968単位
短期入所療養介護費(Ⅰ) (要介護5)	1040単位	1372単位	1020単位

通所リハビリテーションについて

I 通所リハビリテーションの現状と課題

【通所リハビリテーションの利用状況等】

○ 通所リハビリテーション(予防含む。)については、毎年、累計受給者数が伸びており、平成19年の年間累計受給者数は約557.8万人となっている。

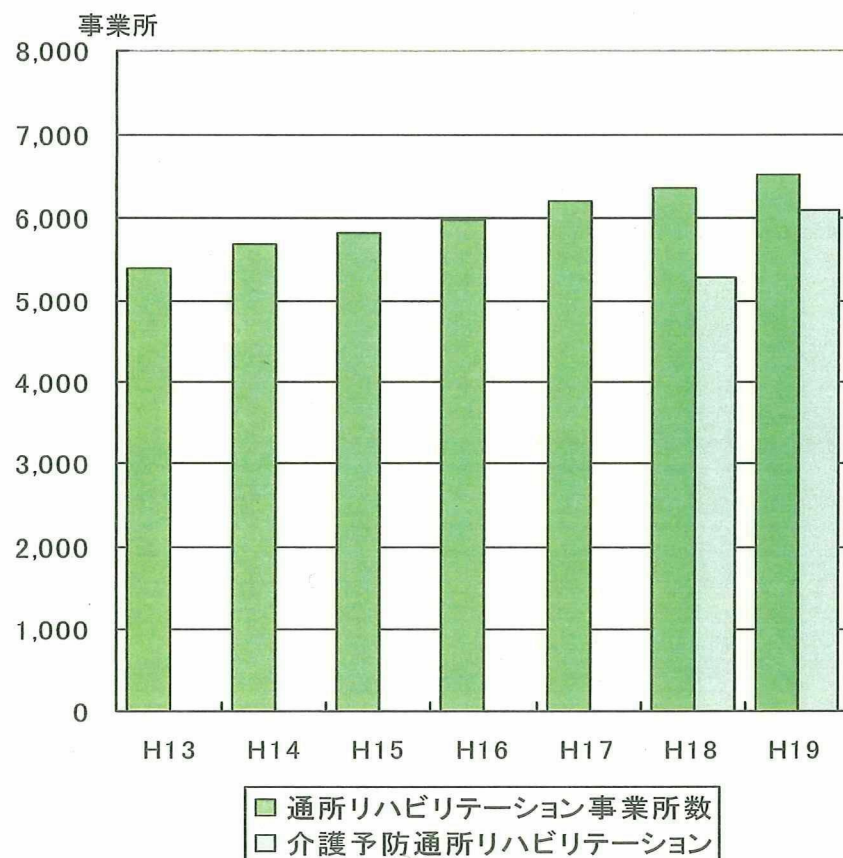


□ 通所リハビリテーション ■ 介護予防通所リハビリテーション

※H17年までの累計受給者数には、要支援者も含むが、平成18年からは、要支援者(要支援1・2)は、介護予防通所リハビリテーションに計上(介護給付費実態調査から)

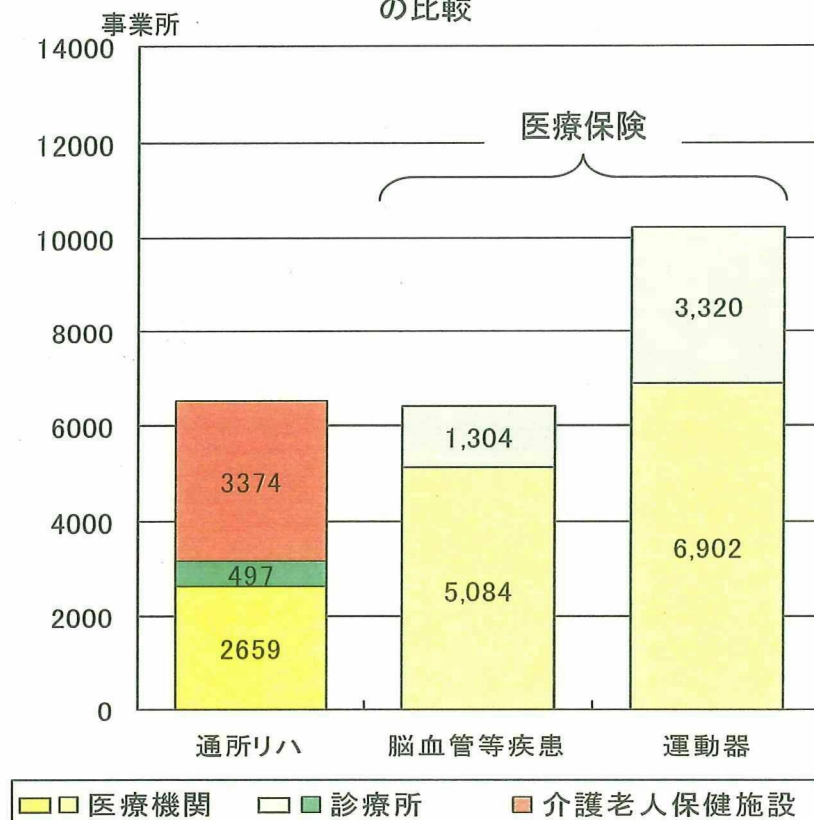
- 通所リハビリテーション請求事業所及び介護予防通所リハビリテーション請求事業所は、年々、増加傾向にあり、H19年10月1日現在、それぞれ、6,518事業所、6,090事業所となっている。
- 介護保険の通所リハビリテーション請求事業所の約半数は介護老人保健施設であり、請求事業所の中の医療機関・診療所数は、医療保険の「脳血管疾患等リハビリテーション」「運動器リハビリテーション」の届出施設数よりも少ない。

通所リハビリテーション請求事業所の推移



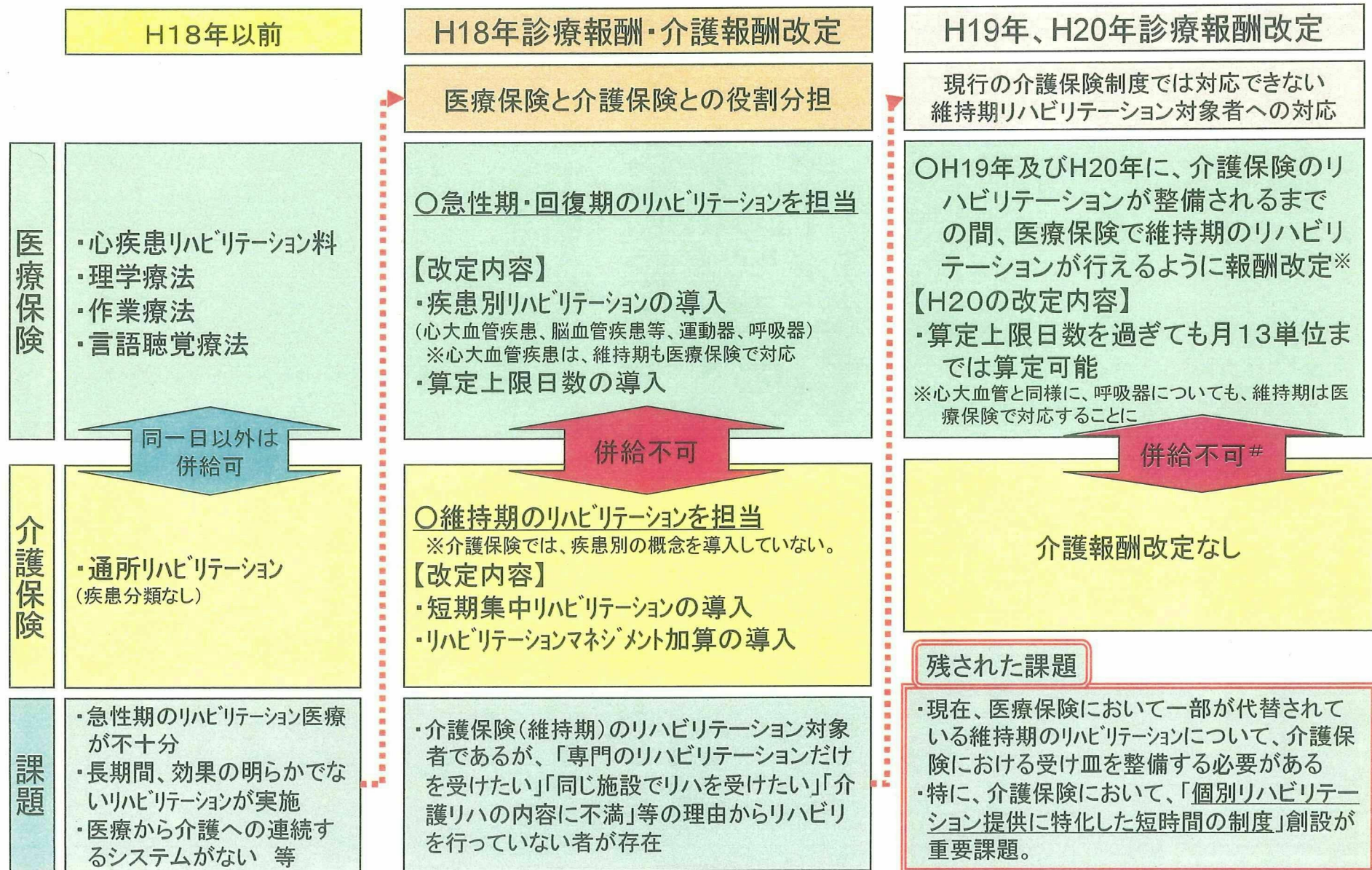
(介護給付費実態調査から)

介護保険の通所リハビリテーション請求事業所と
医療保険のリハビリテーション(脳血管等疾患・運動器)届出施設数の比較



介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)等から

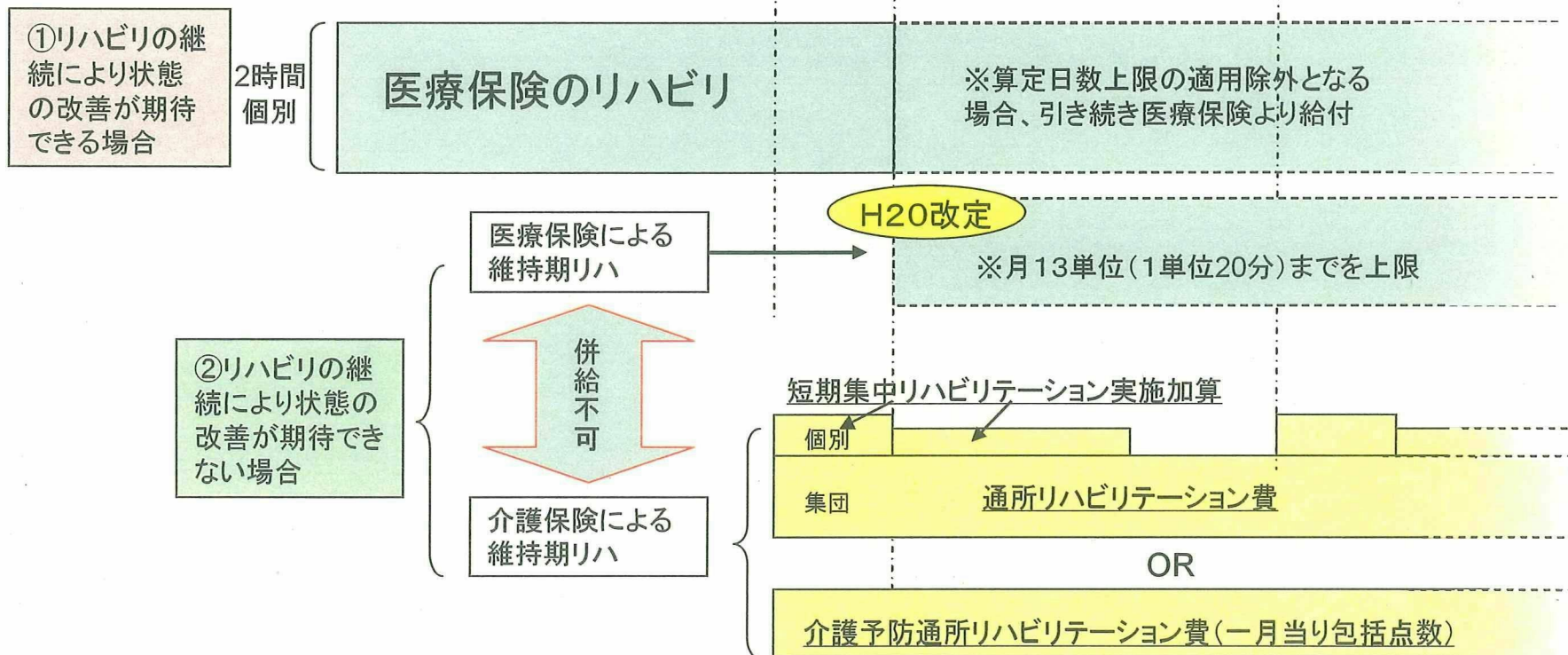
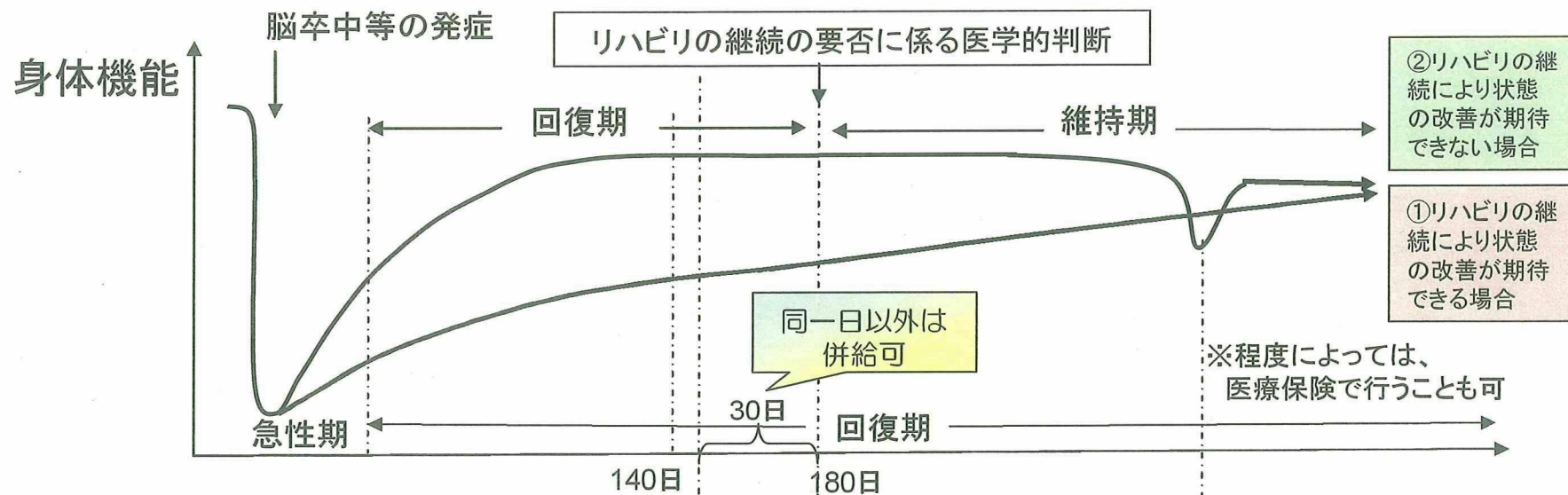
- 平成18年に医療保険と介護保険のリハビリテーションの役割分担を行った。
- ただし、介護保険のリハビリテーションについては、下記のような課題が残っている。



#医療保険疾患別リハビリテーション終了予定日前の1ヶ月間は、同一日以外は併給可

注)H19年診療報酬改定の内容は、参考資料(P17)参照

現在の医療保険と介護保険のリハビリテーション(脳血管疾患の場合)



医療保険(急性期・回復期、維持期)及び介護保険(維持期)リハビリテーション(イメージ)

【医療保険※1】 (急性期・回復期)		【医療保険※1】 (維持期)	【介護保険(通所リハビリテーション)】 (維持期)		
個別リハ実施時間 60分×2日/週×4週＝480分		個別リハ実施時間 13単位/月×20分＝260分	個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分		
再診料 60点 脳血管リハ(Ⅱ) 20分×3単位 190点×3 ＝570点/日 運動器リハ(Ⅰ) 20分×3単位 170点×3 ＝510点/日 リハ総合計画 評価料 300点/月		再診料 60点 脳血管リハ(Ⅱ) 20分×1.5単位 190点×1.5 ＝285点/日 運動器リハ(Ⅰ) 20分×1.5単位 170点×1.5 ＝255点/日 リハ総合計画 評価料 300点/月	個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		
			個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週＝320分 ＝320分 ＝160分		

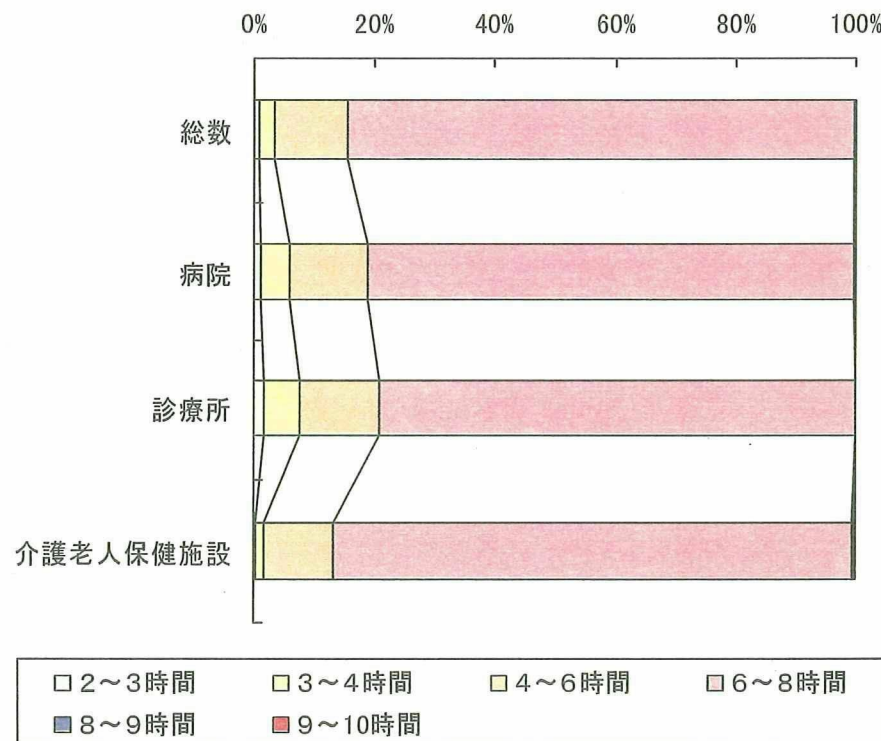
※1:医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定

※2:週2日以上、1日40分以上の個別リハを行った場合に算定可。(3月以降は1日20分以上の個別リハを実施するが、実施頻度の規定はない)

※3:利用者毎にリハビリテーション実施計画を策定し、適宜、見直しを行いながらリハを行っている場合に提供日毎に算定

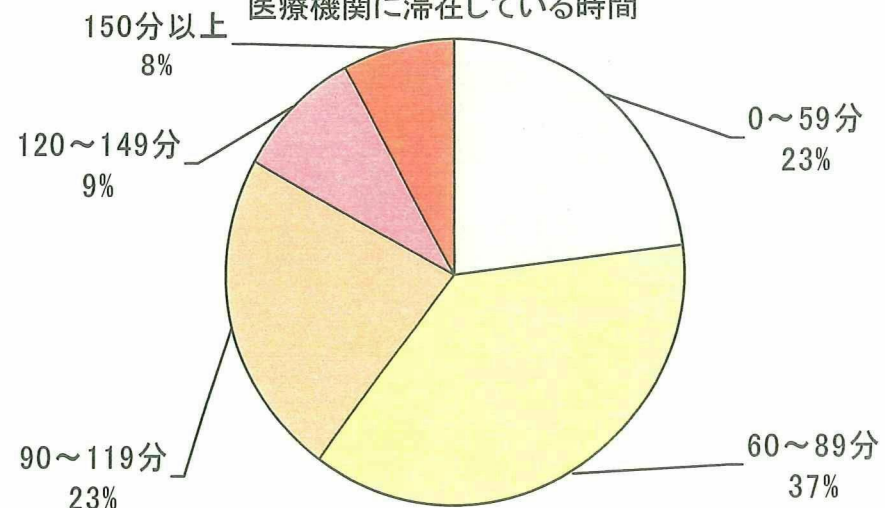
- 通所リハビリテーションでは、「お預かり」機能が不可分であるため、「6時間以上～8時間未満」を算定している割合が高い。
- 「医療機関・診療所」では、通常、医療保険でリハビリテーションに特化した短時間の外来が行われており、通所リハビリテーションにおいても、「2時間以上～3時間未満」「3時間以上～4時間未満」という比較的短い時間の算定割合が高い。
- 医療保険の外来でのリハビリテーションについては、医療機関に滞在している時間は60～89分が一番多く、その半分以上はリハビリテーション提供時間に当てられている。

通所リハビリテーションの1日当たりの提供時間の比較



(介護給付費実態調査から(平成19年12月審査分))

医療機関の外来リハビリテーションを受けている者が医療機関に滞在している時間

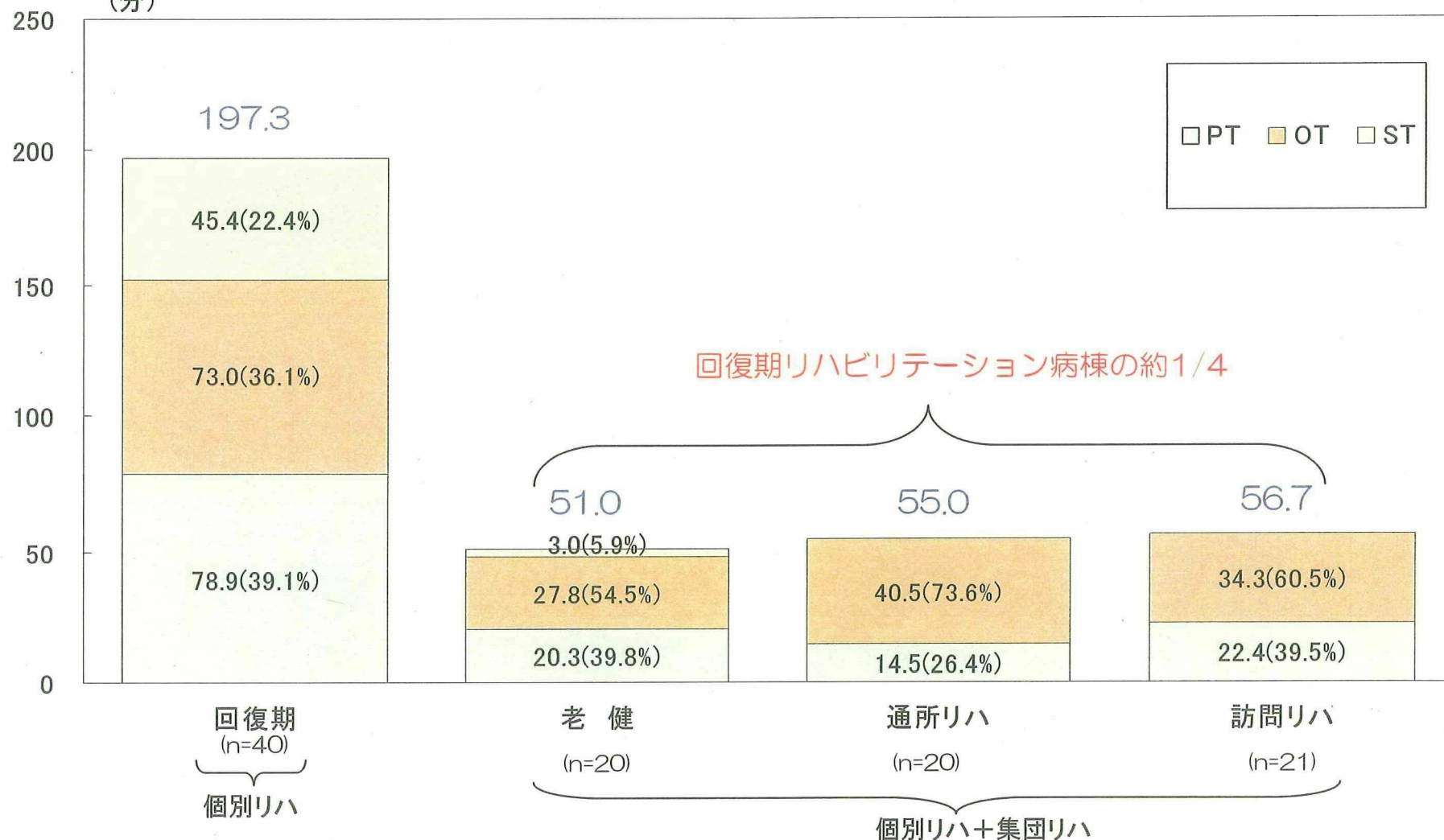


滞在時間	0～59分	60～89分	90～119分	120～149分	150分以上
平均リハビリテーション実施時間	36分	42分	58分	76分	88分

H19厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
「リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業」報告から

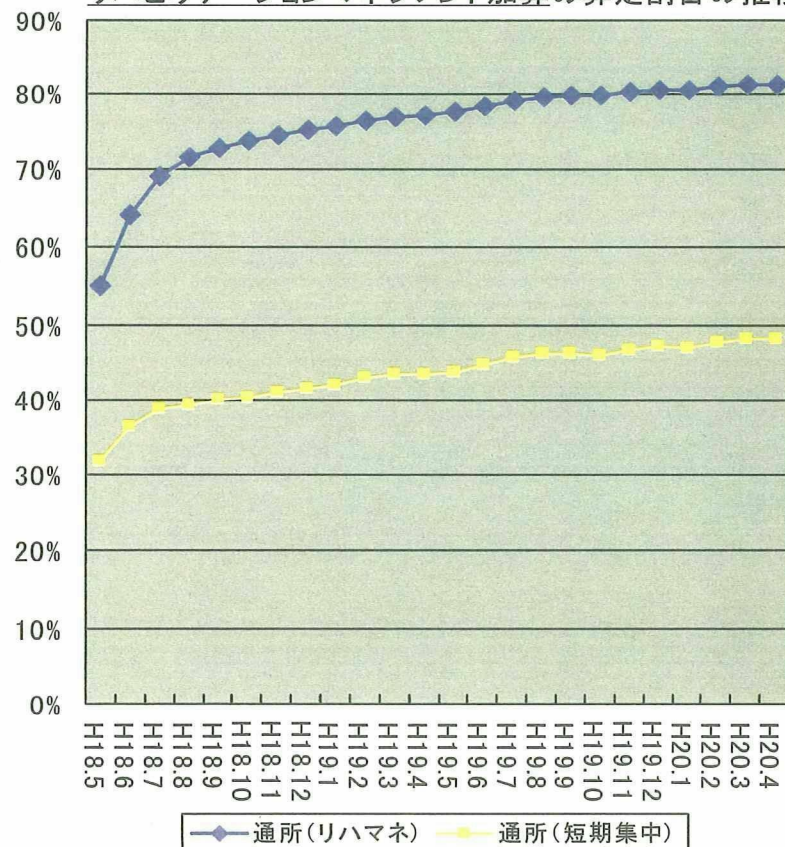
○ 医療保険(回復期リハビリテーション病棟)における個別リハビリテーション提供時間に比べ、介護保険のリハビリテーション提供時間は、「集団リハビリテーション」「個別リハビリテーション」の時間を合わせても提供時間が短い。

利用者1人に対してリハ専門職が提供した日の1日の平均リハビリテーション時間
(分)



- 個別リハビリテーションを行うことが前提となっている「短期集中リハビリテーション実施加算」や「リハビリテーションマネジメント加算」については、それぞれ、利用者の約5割、約8割が算定されている。
- また、通所リハビリテーション事業所の経営実態調査においても、H17年に比べ、H20年には、PT/OT/STの常勤換算人数は増え、PT/OT/STの一人当たり利用者数が減っており、個別リハビリテーションが拡充されつつあることがうかがえる。

通所リハビリテーション利用者に対する
短期集中リハビリテーション実施加算及び
リハビリテーションマネジメント加算の算定割合の推移



(介護給付費実態調査から)

通所リハビリテーション事業所における職種別職員数(常勤換算)と
職種別1人あたり述べ利用者数

	H17調査		H20調査	
延べ利用者数	594.2人		618.6人	
常勤換算職員数(常勤率)	10.4人	79.0%	12.8人	79.1%
看護・介護職員 常勤換算数(常勤率)	7.6人	79.5%	8.9人	79.5%
OT・PT・ST 常勤換算数(常勤率)	0.9人	81.7%	1.8人	89.6%

常勤換算職員 1人当たり延利用者数	56.9人		48.2人	0.85
看護・介護職員(常勤換算) 1人当たり延利用者数	78.2人		69.5人	0.89
OT・PT・ST(常勤換算) 1人当たり延利用者数	641.3人		347.1人	0.54

(介護事業経営実態調査結果(H17及びH20)から)

- 通所リハビリテーションの経営状況について、規模別に比較すると、延べ利用者数の増加に伴い、収支差率もプラスになっている。
- なお、「751回～900回」と「900回～」とで収支差率が逆転している原因として、平成18年度に新たに新設された「大規模事業所に対する評価の見直し※」が考えられる。

※前年度の1月当たりの平均利用延べ人数が900人超の場合、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。(ただし、3～4時間利用者は1/2、4～6時間利用者は3/4を乗じて計算する。)

延べ 利用者数	1～ 150回	151～ 300回	301～ 450回	451～ 600回	601～ 750回	751～ 900回	901回～
収支差	▲ 10.7%	▲ 20.8%	▲ 6.0%	5.3%	6.9%	11.1%	9.4%

(介護事業経営実態調査結果(H20)から)

Ⅱ これまでの指摘等の概要

- 第53回介護給付費分科会(平成20年9月18日)・ヒアリングにおける「日本リハビリテーション病院・施設協会」からの意見
 - ・ 医療保険からのリハビリテーションの流れを円滑にし、利用者のニーズに応えるための、短時間、個別リハビリテーション中心の新たな通所リハ提供体制を整備。
 - ・ 現在、介護老人保健施設で入所者に対して実施されている「認知症短期集中リハビリテーション」を通所リハビリテーションにも拡大。
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算について、利用毎の算定方式では定期的な評価・計画を位置づけることができず、漫然と行われる原因になっていることから、一定期間における定期的な評価としてはどうか。
 - ・ 医療保険から介護保険へのスムーズな移行を支援すべき。
- 平成20年2月13日 中央社会保険医療協議会答申書「平成20年度診療報酬改定及び当該診療報酬改定における個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細書の交付の一部義務化、処方せん様式の変更等について」における本協議会からの意見
 - ・ 医療保険と介護保険のサービスが切れ目なく提供されるよう、引き続き検討を行うこと

Ⅲ 通所リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

○ 要介護者に対する通所リハビリテーションについては、医療保険と介護保険のリハビリテーションの役割分担に則り、医療保険のリハビリテーションの受け皿としての機能を強化し、円滑に移行できる体制を整備することが重要であることから、以下の基本的な考え方に沿って見直しを検討してはどうか。

- ① 通所リハビリテーション提供事業所の拡大（特に、医療保険において脳血管等疾患・運動器疾患リハビリテーションを実施している医療施設の位置づけ）
- ② 医療保険で行われている外来におけるリハビリテーションの受け皿の整備
- ③ 個別リハビリテーションの推進
- ④ リハビリテーション実施に係る評価の頻度の見直し
- ⑤ 大規模事業所に対する評価の見直し

Ⅲ 通所リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

【具体的な論点】

- (1) 医療保険でリハビリテーションを行っている医療機関・診療所の利用者が、引き続き同施設で介護保険における通所リハビリテーションが実施できるよう、基準・要件等の整理を行ってはどうか。
- (2) 医療機関の外来で行われるリハビリテーションのように、短時間、かつリハビリテーションに特化した通所リハビリテーションを設定してはどうか。
- (3) 医療保険における個別リハビリテーション提供時間との格差を埋めるため、特に、退院時など、医療保険から介護保険に移行してきた場合に、集中的かつ個別に実施されているリハビリテーションの仕組みを見直してはどうか。また、それ以降においても、個別リハビリテーションを推進してはどうか。
- (4) リハビリテーションの評価については、定期的な評価として位置づけるとともに、事務処理の簡素化の観点から、月に1回評価を行うこととしてはどうか。
- (5) 大規模事業所に対する評価について、介護事業経営実態調査の結果を元に見直しを行ってはどうか。

参考資料

介護保険のリハビリテーション施設基準等

		介護保険(通所リハビリテーション)		
		診療所(利用者10人以下)		
設備	機能訓練室	3㎡×利用定員(老健の場合:食堂の面積を加えても可)		
人員配置	医師	専任の常勤医:1名以上	専任の医師:1人以上	
	看護・介護	利用者20人に対し、専従で2人以上	利用者10人に対し専従で1名以上	
	PT	利用者20人に対し専従PT、OT、ST ⇒常勤換算:0.2人以上	利用者10人に対し専従PT、OT、ST、又はリハに1年以上従事した経験のある看護師 ⇒常勤換算:0.1人以上	
	OT			
ST				
報酬	・通所リハビリテーション費(/日)			
		3時間以上4時間未満	4時間以上6時間未満	6時間以上8時間未満
	経過型要介護	338単位	447単位	591単位
	要介護1	386単位	515単位	688単位
	要介護2	463単位	625単位	842単位
	要介護3	540単位	735単位	955単位
	要介護4	617単位	845単位	1,149単位
	要介護5	694単位	955単位	1,303単位
	※2時間以上3時間未満の場合:3時間以上4時間未満の報酬額の70/100			
	※8時間以上9時間未満の場合:＋50単位、9時間以上10時間未満の場合:＋100単位			
	・短期集中リハビリテーション実施加算			
	退院(所)日又は認定日から起算して1ヶ月以内	退院(所)日又は認定日から起算して1ヶ月以上3ヶ月以内	退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以上	
	180単位/日	130単位/日	80単位/日	
	・リハビリテーションマネジメント加算 20単位/日			

医療保険のリハビリテーション施設基準等

		脳血管疾患等(Ⅰ)	脳血管疾患等(Ⅱ)	脳血管疾患等(Ⅲ)	運動器(Ⅰ)	運動器(Ⅱ)
設備	機能 訓練室	160㎡以上	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	45㎡以上
人員 配置	医師	専任の常勤医:2名 ↑	専任の常勤医:1名 ↑	専任の常勤医:1名 ↑	専任の常勤医:1名 ↑	専任の常勤医:1名 ↑
	PT OT ST	①専従常勤PT:5名 ↑ ②専従常勤OT:3名 ↑ ③言語聴覚を行う場合 専従常勤ST:1名 ↑ ①～③の合計:10名 ↑	①専従常勤PT:1名 ↑ ②専従常勤OT:1名 ↑ ③言語聴覚を行う場合 専従常勤ST:1名 ↑ ①～③の合計:4名 ↑	専従常勤PT,OT,ST のいずれかが1名 ↑	①専従常勤PT:2名 ↑ ②専従常勤OT:2名 ↑ ①②の合計:2名 ↑	専従常勤PT,OT,ST のいずれかが1名 ↑
算定上限日数		180日			150日	
診療報酬点数		235点	190点	100点	170点	80点

		心大血管疾患(Ⅰ)	心大血管疾患(Ⅱ)	呼吸器(Ⅰ)	呼吸器(Ⅱ)
設備	機能 訓練室	30㎡以上 (診療所は20㎡以上)	30㎡以上 (診療所は20㎡以上)	100㎡以上 (診療所は45㎡以上)	45㎡以上
人員 配置	医師	循環器科又は心臓血 管外科の医師が常勤 しており、心大血管疾 患リハの経験を有する 専任の常勤医:1名 ↑	循環器科又は心臓血 管外科を担当する常勤 医師又は心大血管疾 患リハの経験を有する 常勤医師が1名 ↑	専任の常勤医:1名 ↑	専任の常勤医:1名 ↑
	PT OT ST	①専従常勤PT・Nsが2 名 ↑ ②専従常勤PT若しくは Nsのいずれか一方が 2名 ↑	心大血管疾患リハの経 験を有する専従常勤 PT・Nsが1名 ↑	専従の常勤PT1名を 含む常勤PT又はOT が合わせて2名 ↑	専従の常勤PT又はOT が1名 ↑
算定上限日数		150日		90日	
診療報酬点数		200点	100点	170点	80点

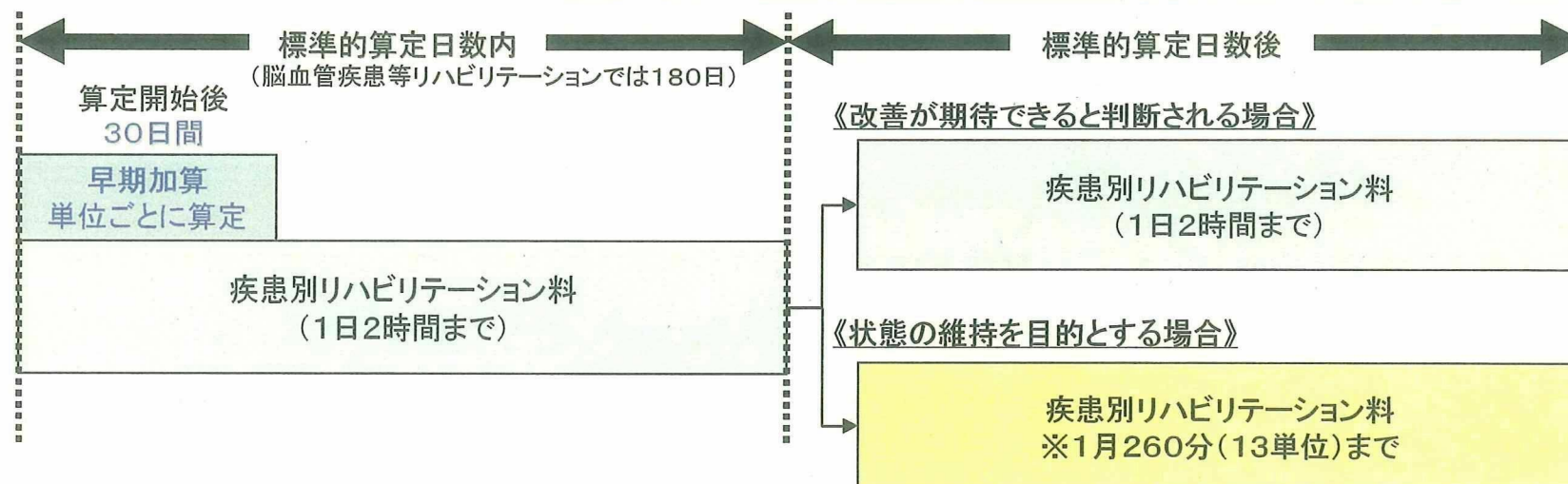
【H18年介護報酬改定及びH18年診療報酬改定】

- 平成18年度の「診療報酬改定」及び「介護報酬改定」において、
 - ・ 医療保険：急性期・回復期の状態に対応し、身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションの実施
 - ・ 介護保険：維持期の状態に対応し、生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションの実施との役割分担がされた。
- 医療保険のリハビリテーションについては、「疾患別リハビリテーション（「心大血管疾患」「脳血管疾患等」「運動器」「呼吸器）」の創設、「算定上限日数」が導入された。
- 介護保険のリハビリテーションについては、医療保険（急性期・回復期）における「脳血管疾患等リハビリテーション」「運動器リハビリテーション」「呼吸器リハビリテーション」を実施していた者のリハビリテーション終了後の受け皿としての機能が求められ、
 - ・ 医療の場合と同様に、医師の指示のもと、理学療法士等の専門職が実施するリハビリテーションを提供
 - ・ 医療（回復期）リハビリテーション終了後、引き続き速やかに介護（維持期）のリハビリテーションに移行できる体制の整備の充実・強化のため、
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算
 - ・ 短期集中リハビリテーション実施加算（個別リハビリテーション）を創設した。

【平成19年及び平成20年診療報酬改定】

- 中央社会保険医療協議会「H18年度診療報酬改定結果検証に係る調査「リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査」」の調査から、維持期（介護保険）のリハビリテーションが必要だが、「専門のリハビリテーションを受けたい」「同じ施設でリハを受けたい」「介護リハの内容に不満」等の理由から、リハビリテーションを受けていない者が存在していることが判明。
- そのため、H19年診療報酬改定で、医療保険でも維持期のリハビリテーションができるように、新たに報酬（「リハビリテーション医学管理料（月包括算定）」）を設定。
- H20年診療報酬改定においては、脳卒中等における発症後早期のリハビリテーションの充実を図る（「早期加算」）とともに、「リハビリテーション医学管理料」を廃止し、新たに、算定上限日数を超えてリハを提供する場合について、1月あたりに実施できる単位数を設定（月13単位まで）。また、「呼吸器」については、医療保険で対応することとした。

平成20年リハビリテーション料再改定後（イメージ） 脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）の場合

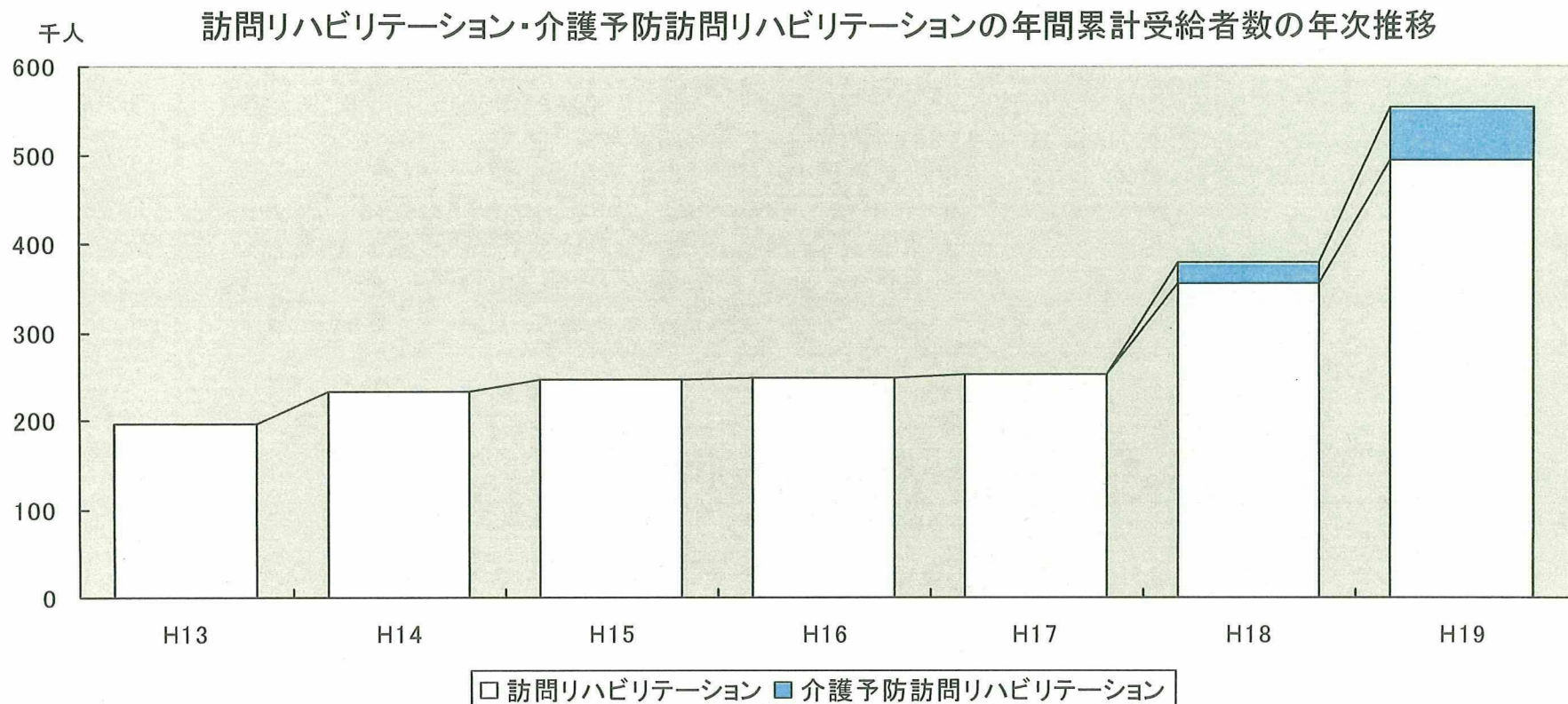


訪問リハビリテーションについて

I 訪問リハビリテーションの現状と課題

【訪問リハビリテーションの利用状況等】

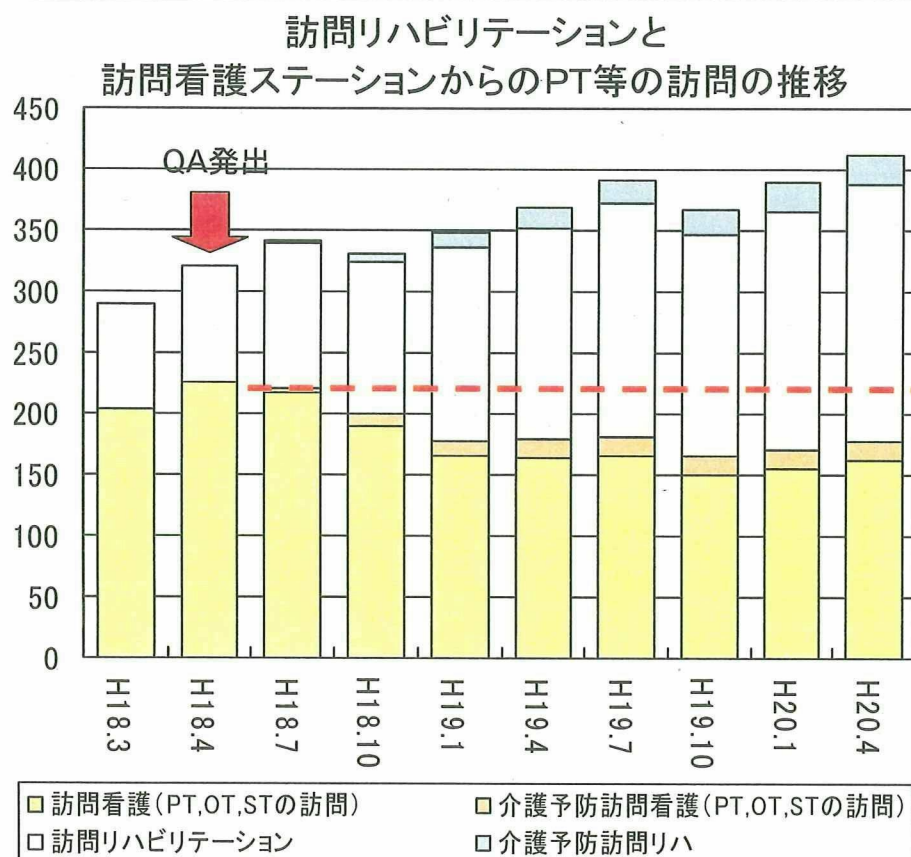
- 訪問リハビリテーションは、「通院が困難な場合」、「家の構造等にあったリハの提供」、「引きこもり要介護者の外出の契機」等に利用されている。
- 訪問リハビリテーション(予防も含む)のH19年度の年間累計受給者数は、約55.3万人となっており、増加傾向にある。



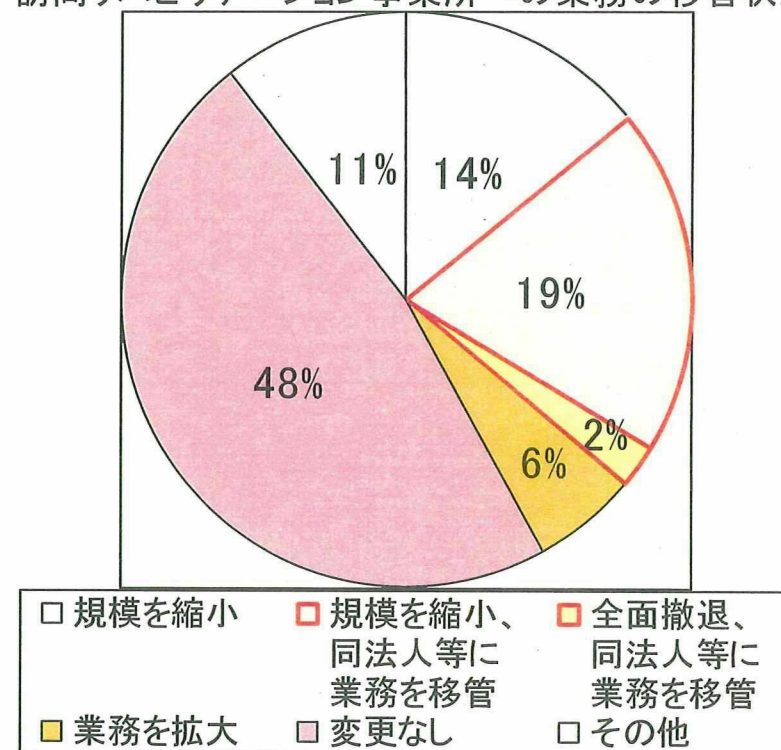
○ 訪問リハビリテーションが、H18、19年に急激に伸びている理由として、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問を制限※したため、一部の事業所では、訪問リハビリテーション事業所へ業務を移管したためだと考えられる。

※「訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師の訪問回数を上回るような設定がなされることは適切ではない」旨のQAを発出(H18.3.22)

(ただし、この取扱いについては、一定期間の猶予を設けるとともに、訪問リハビリテーション事業所がないなど、やむを得ないと認められる場合については、各自治体の判断により算定できるとした。)



訪問リハビリテーション事業所への業務の移管状況



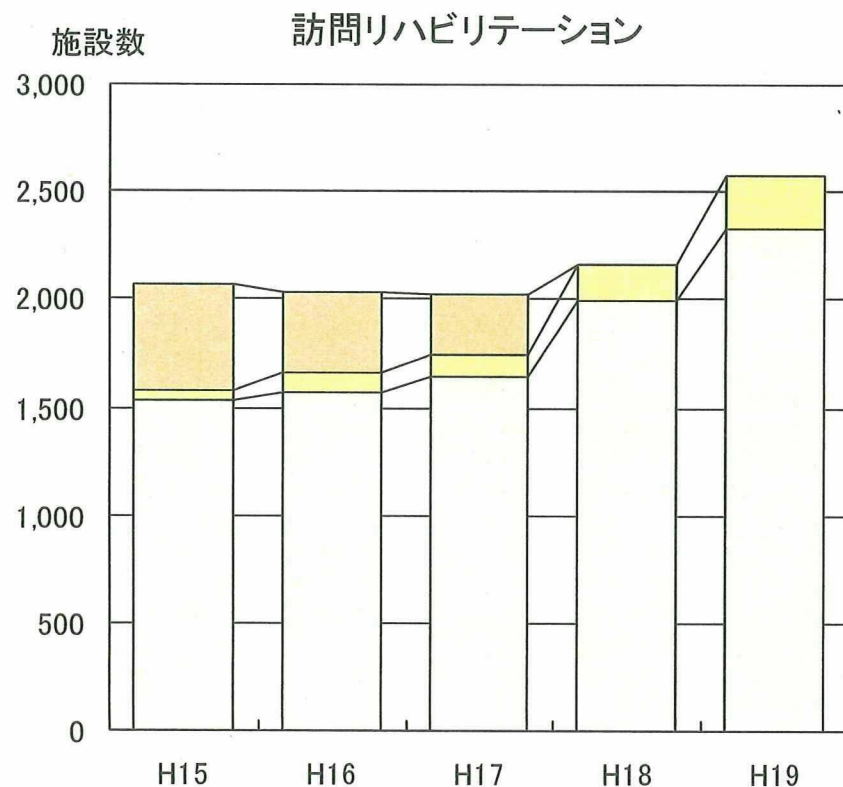
H18年老人保健事業推進費補助金等事業

「地域におけるリハビリテーション提供事業所モデル事業」報告より

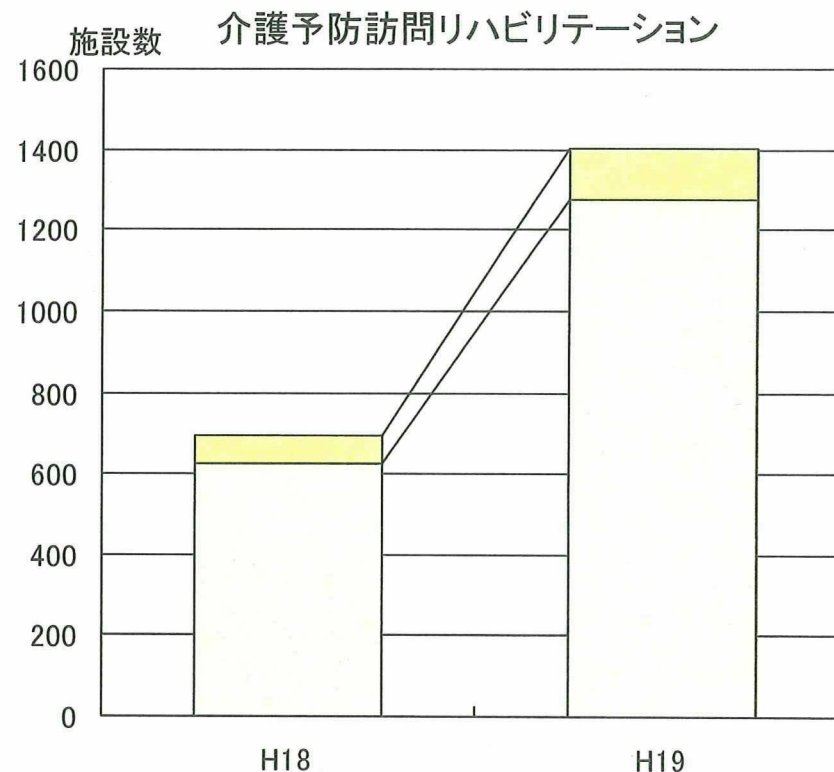
介護給付費実態調査から

- 訪問リハビリテーション(予防を含む)は、
- ・ 指示を行う医師の診療日から1ヶ月以内に行われた場合
 - ・ 介護老人保健施設においては、同施設の医師が入所者の退所時あるいはその直前に診療を行った日から1ヶ月以内
- に算定できることとなっている。
- そのため、請求事業所数は、医療機関の方が多い。

請求事業所数



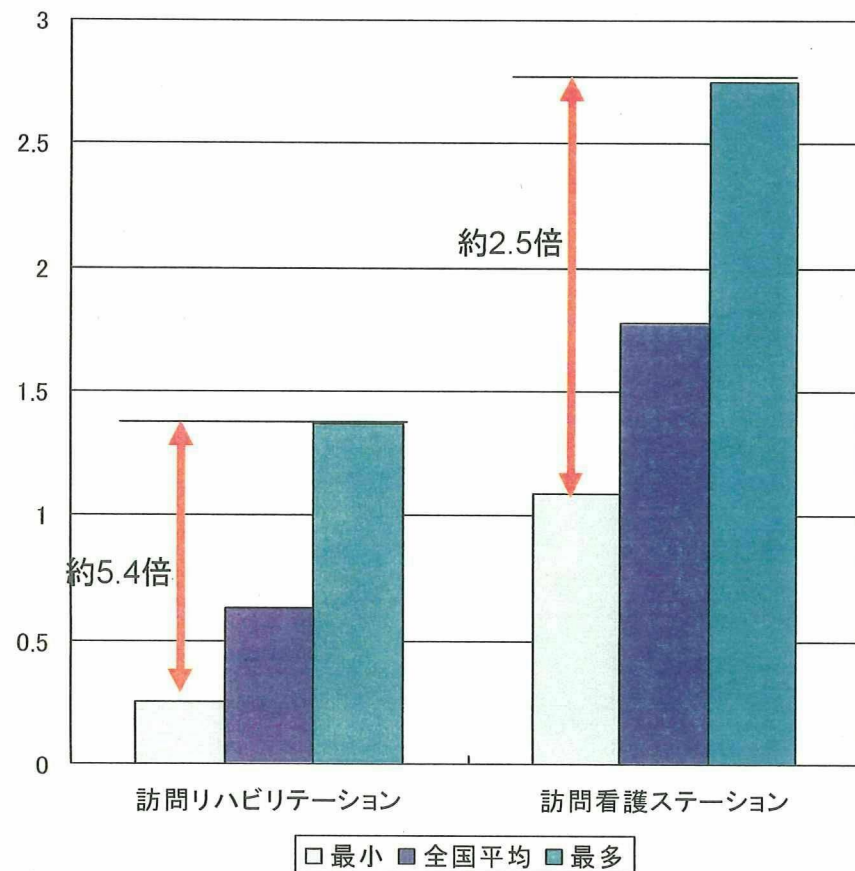
□ 病院又は診療所 □ 介護老人保健施設 □ (旧)施設区分なし



□ 病院又は診療所 □ 介護老人保健施設

- 要介護者1000人当たりの訪問リハビリテーション請求事業所数は、最多と最小の都道府県で約5.4倍の差があり、訪問看護ステーションの場合と比べると、地域差が大きい。（訪問看護ステーションでは、約2.5倍）
- また、訪問看護ステーションでは、各都道府県において、最低でも要介護者1000人当たり1事業所以上あるが、訪問リハビリテーション事業所が要介護者1000人当たり1事業所以上ある都道府県は、9県しかない。

事業所数 要介護者1000人当たりの請求事業所数の比較



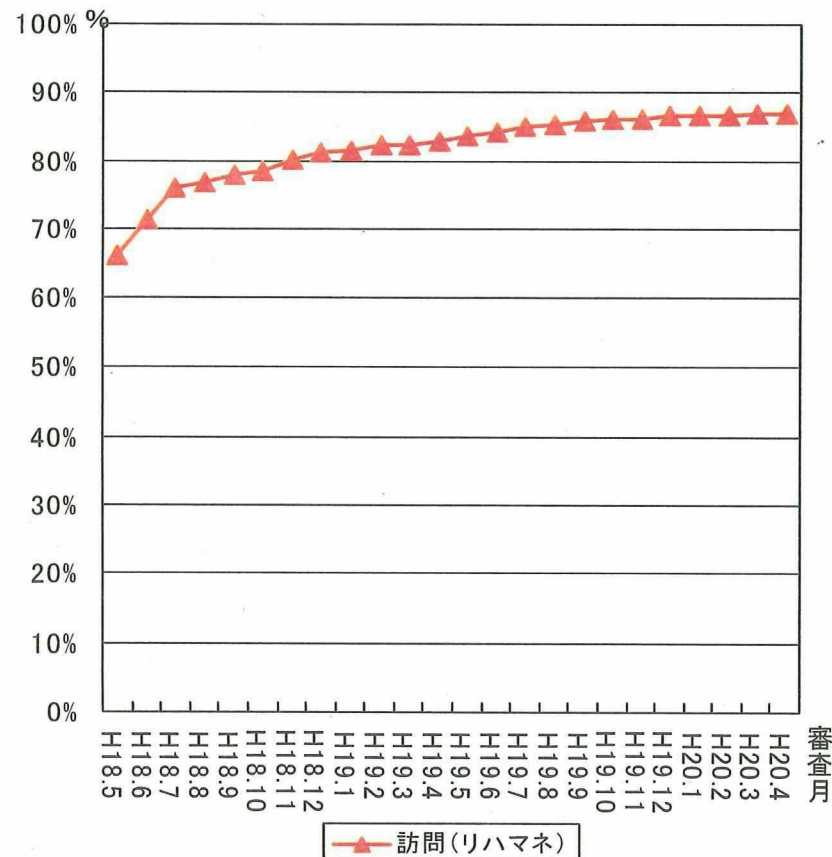
介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)

要介護者1000人当たりの 訪問リハビリテーション請求事業所数	都道府県数
0.0以上 0.5未満	14
0.5以上 1.0未満	24
1.0以上	9

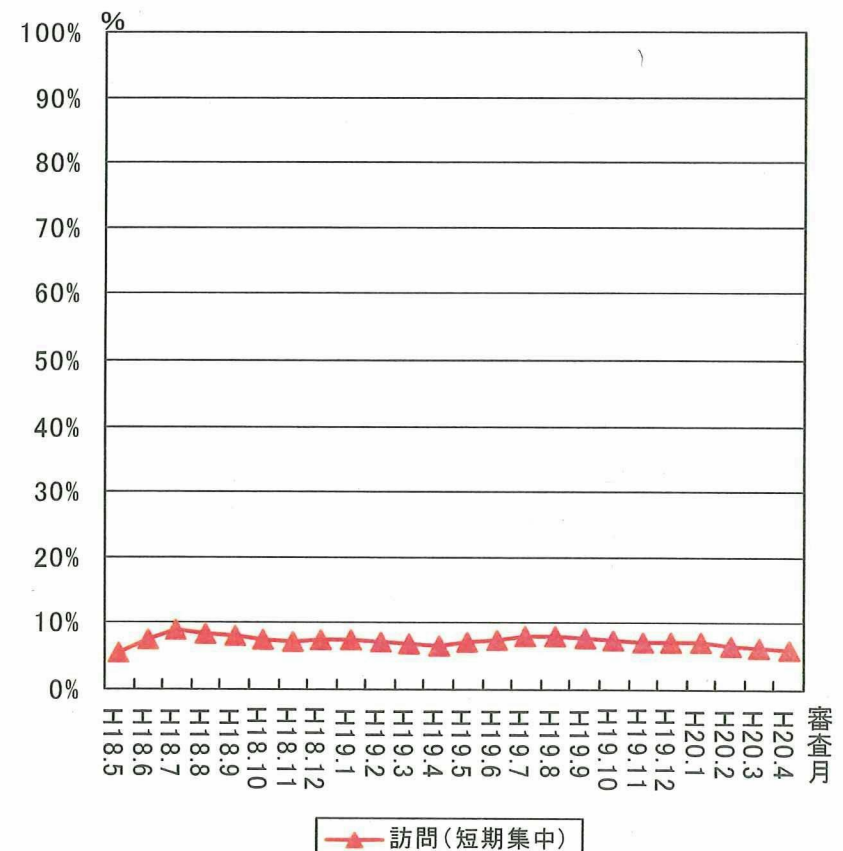
(参考)要介護者1000人当たりの 訪問看護ステーション請求事業所数	都道府県数
1.0以上 1.5未満	8
1.5以上 2.0未満	22
2.0以上 2.5未満	15
2.5以上	2

- 「リハビリテーションマネジメント加算」については、約9割の利用者において算定されている。
- 訪問リハビリテーションでは「短期集中リハビリテーション実施加算」の算定件数が低い（訪問リハビリテーションでは、同加算の算定期間が3ヶ月以内に限定されているため。）

訪問リハビリテーション利用者における
リハビリテーションマネジメント加算の算定割合の推移



訪問リハビリテーション利用者における
短期集中リハビリテーション実施加算の算定割合の推移



- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士については、養成施設や入学定員が年々増えてきており、今後、さらに供給が増える見込まれる。
- 理学療法士については、医療機関で働く人数が一番多いが、介護保険関係の施設で働くケースも増えている。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の
養成施設と入学定員の推移

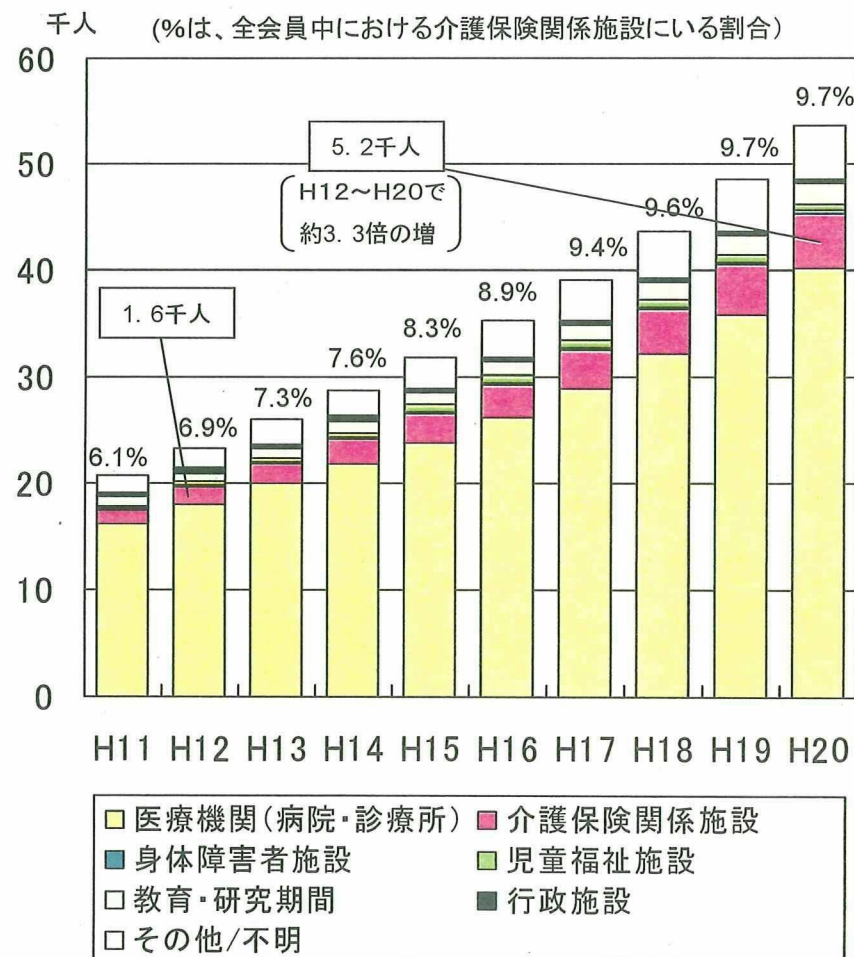
入学定員：千人

	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	施設数	入学定員	施設数	入学定員	施設数	入学定員
S60	43	980	28	585	...	...
H2	48	1115	33	700	...	...
H7	69	2210	52	1540	...	...
H12	118	4231	107	3593	32	1125
H17	190	9048	162	6673	52	2065

厚生労働省医政局医事課調べ

理学療法士協会の会員の分布

(%は、全会員中における介護保険関係施設にいる割合)



(平成20年は、10月1日現在、それ以外の年度は3月末日現在)(社団法人日本理学療法士協会調べ)

【平成18年診療報酬・介護報酬改定及び平成20年診療報酬改定】

	医療保険	介護保険	
	在宅患者訪問 リハビリテーション指導管理料	訪問リハビリテーション	訪問看護ステーションからの 理学療法士等の訪問
H18以前	【基本単位】 530点/日	【基本単位】 550単位/日	【基本単位】 830単位/日
H18改定	【基本単位】 300点/20分	【基本単位】 500単位/日 ・短期集中リハビリテーション 実施加算の導入 退院・退所時又は新たに要介護 認定を受けた日から1ヶ月以内 →330単位 同 1ヶ月超3ヶ月以内 →200単位 ・リハビリテーションマネジメン ト加算の導入 →20単位/日	【基本単位】 30分未満 : 425単位/回 30～1時間未満: 830単位/回
H20改定	居住系入居者に対する報酬を 創設 →255点/20分		

Ⅱ これまでの指摘等の概要

○ 第53回介護給付費分科会(平成20年9月18日)・ヒアリングにおける「日本リハビリテーション病院・施設協会」からの意見

- ・ 訪問リハビリテーションについては、特に、退院(退所)直後もしくは生活機能低下時の集中的な訪問は効果が高いことから、病院・診療所・老健・訪問看護ステーションなど提供拠点を拡充し、サービス供給量の充実を図る必要がある。
- ・ 医療保険と介護保険における訪問リハビリテーション及び訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問の間で、評価方法に係る整合性をとる必要がある。

Ⅲ 訪問リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 要介護者に対するリハビリテーションの報酬・基準については、医療と介護の機能分化・連携を強化するとともに、利用者のニーズにあった訪問リハビリテーション提供体制を整備するという観点から、以下の基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。
 - ① 退院(所)後早期に、家の構造等を考慮したリハビリテーションを集中的に提供するなど、通所リハビリテーションでは対応しにくいサービス提供の充実・強化
 - ② 訪問リハビリテーション提供事業所の拡充
 - ③ 評価方法に係る医療保険等との整合性

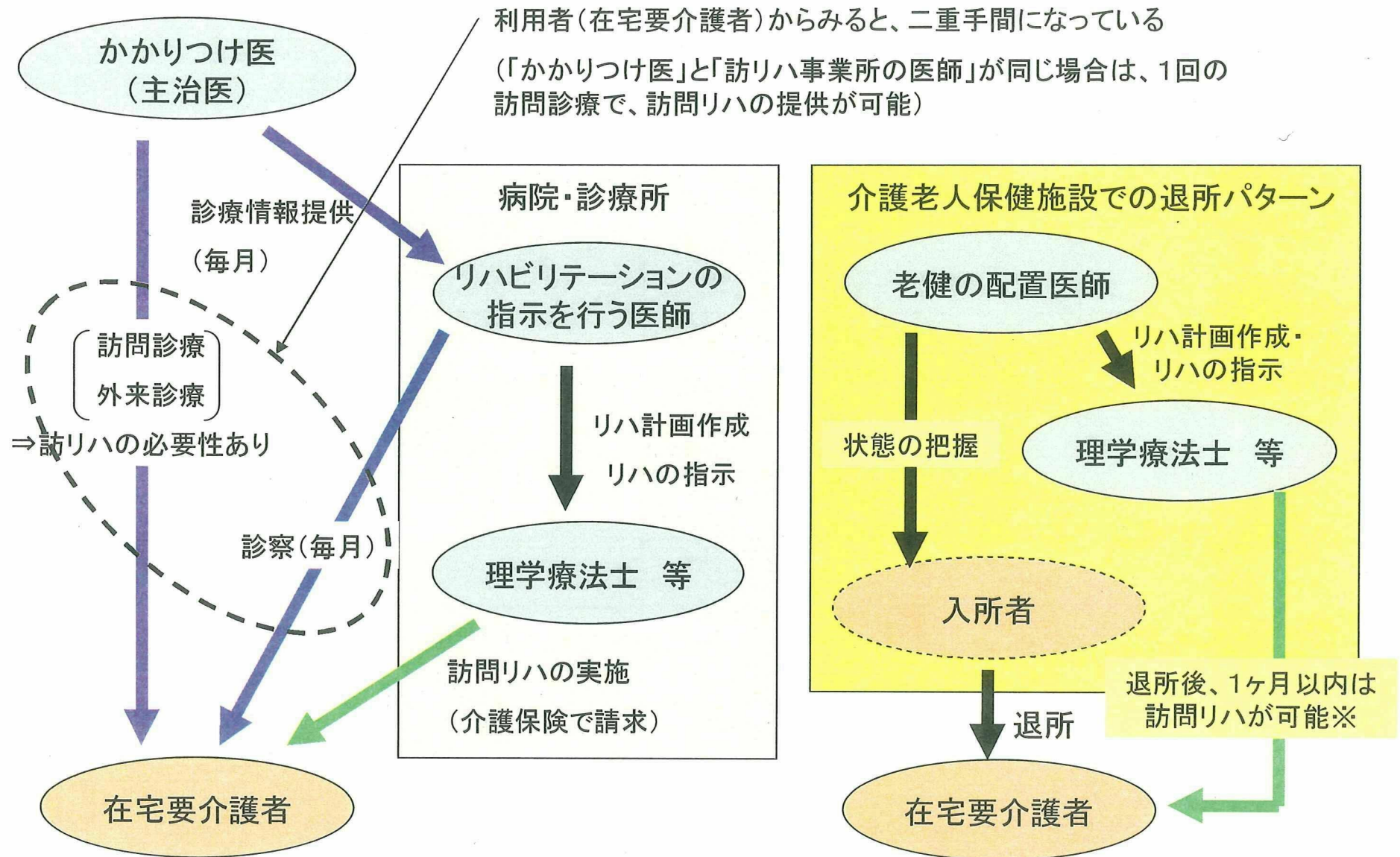
Ⅲ 訪問リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

【具体的な論点】

- (1) 退院・退所直後等、早く日常生活等に慣れるため、家庭環境を考慮したリハビリテーションの提供など、早期・集中的にリハビリテーションを提供した場合等の評価について、医療保険でのサービス提供量と格差が生じないように充実してはどうか。
- (2) 通所リハビリテーション利用者が通所できなくなったために訪問リハビリテーションが必要になった場合について、スムーズに訪問リハビリテーションを提供できる仕組みを構築してはどうか。
- (3) 現在、訪問リハビリテーションについては、整備状況に地域格差が大きいことや、規模を縮小したが業務を移管していないところもあり、実際に訪問リハビリテーションが必要にもかかわらず提供されないケースも考えられることから、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問を制限について再検討する必要があるのではないかと。また、専ら訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問を行っている事業所については、事業所の管理者要件等について検討してはどうか。
- (4) 医療保険や訪問看護と同様に、1日単位ではなく、提供時間に合わせた評価方法を導入してはどうか。

参考資料

(参考)訪問リハビリテーションの流れ



※青線は医療保険、緑線は介護保険で対応

(参考)訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問

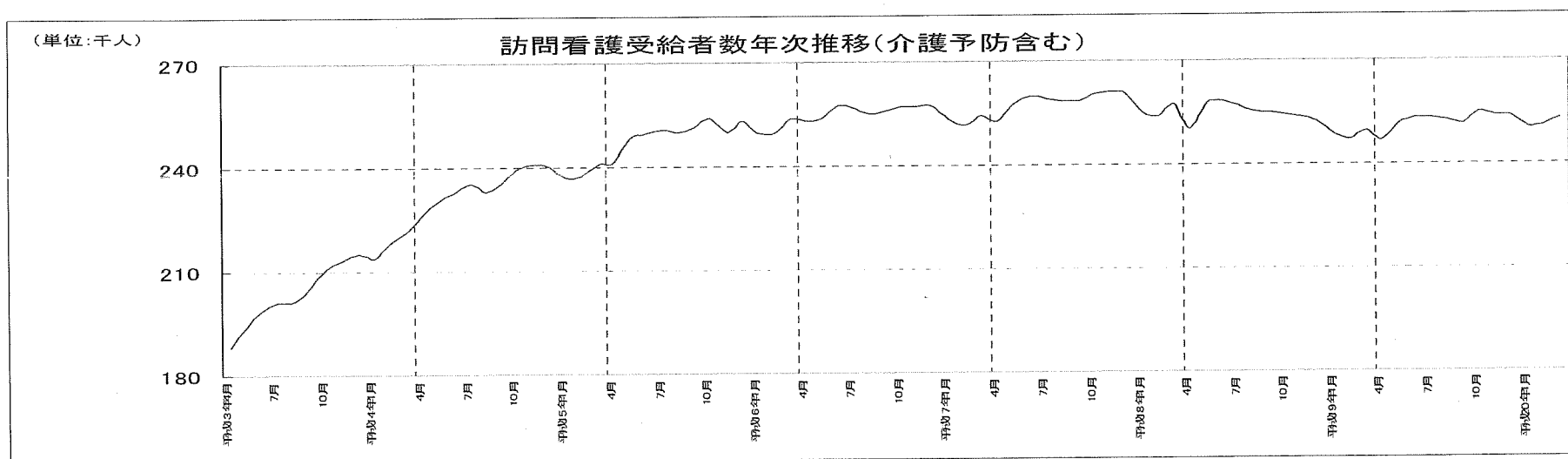
	介護保険		医療保険
	訪問リハビリテーション	訪問看護による理学療法士等の訪問 (訪問看護ステーションの場合)	在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料
対象	要介護認定者	要介護認定者	要介護認定者以外
人員	・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数	・ 管理者……常勤の看護師 ・ 保健師、看護師又は准看護師 ……2.5人以上(常勤換算) ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数	・ なし
設備	・ 事業の運営に必要な広さの区画 ・ 訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等	・ 必要な広さを有する専用の事務室 ・ 訪問看護の提供に必要な設備及び備品等	・ なし
主体	病院、診療所、介護老人保健施設	法人	病院、診療所
報酬 (リハビリ関係)	【基本単位】 1日(20分以上): 500単位/日 【加算等】 ・ リハビリテーションマネジメント加算 20単位/日 ・ 短期集中リハビリテーション実施加算 退院(所)後又は認定日より 1月以内 330単位/日 1月超3月以内 200単位/日	(理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問の場合) 【基本単位】 30分未満 425単位 30分以上1時間未満 830単位	【基本単位(1単位:20分)】 ・ 在宅で療養を行っている患者 300点 ・ 居宅系施設入居者等である患者の場合 255点 * 患者一人週6単位まで ただし、退院日から3ヶ月以内は週12単位まで
請求事業所数 (H20.4審査分)	医療機関: 2,369施設 介護老人保健施設: 269施設	8,041施設※1	
実施件数	平成20年4月審査分 209.1千回	平成20年4月審査分 161.6千回	平成19年6月審査分 15,174回(65歳以上)

訪問看護について

I 訪問看護の現状と課題

【訪問看護サービスの利用状況】

- 訪問看護(予防含む)の利用者数は約25万人(平成20年4月審査分)であり、近年、横ばいである。利用者の約6割は、要介護3以上の中重度者である。
- 訪問看護(予防含む)の費用額(平成19年度)は約1,266億円であり、全体の2.0%。



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

○ 訪問看護受給者数(千人)

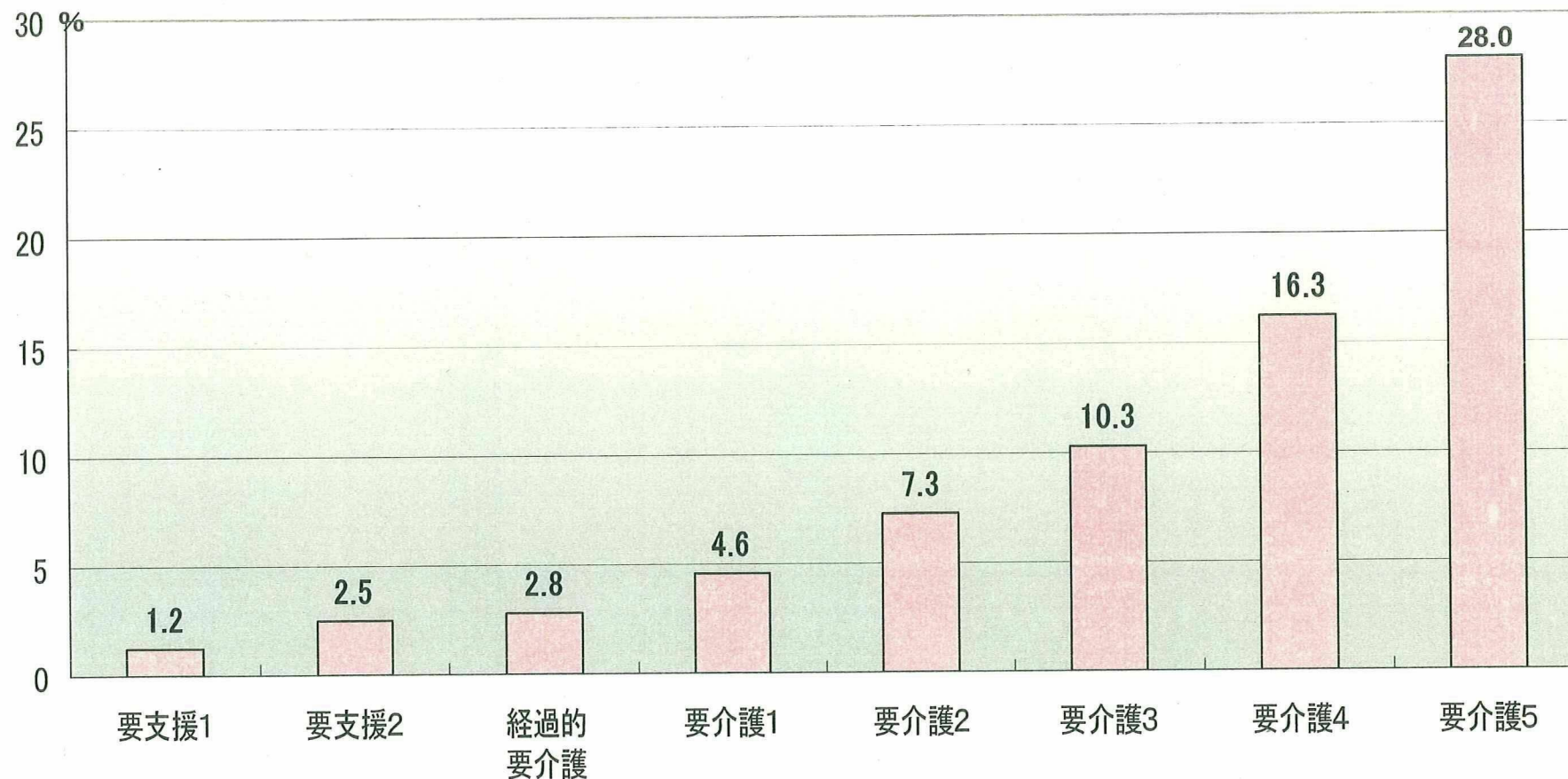
要支援・ 要介護者数	総数	要支援1	要支援2	経過的 要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
受給者数 (%)	252.8 (100%)	6.2 (2.5%)	15.6 (6.2%)	0.1 (0.0%)	31.3 (12.4%)	47.0 (18.6%)	47.1 (18.6%)	46.6 (18.4%)	58.8 (23.3%)

(出典)介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)(厚生労働省統計情報部)

【居宅療養者における要介護度別訪問看護受給者の割合】

○ 居宅療養者における要介護度別訪問看護受給者の割合は、要介護度が高くなるに伴って高くなる。

居宅療養者における要介護度別訪問看護受給者の割合

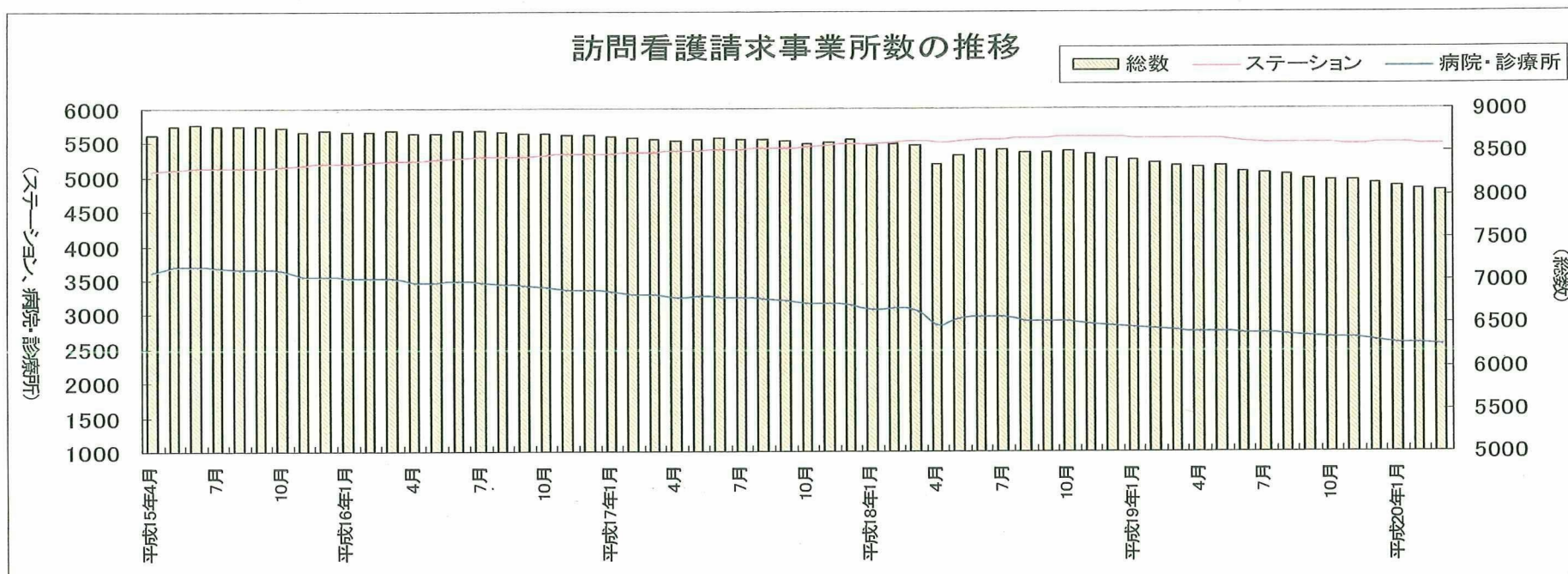


※ 居宅療養者とは、要介護認定者数より施設入所者数を引いた者

※ 施設入所者とは、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（短期以外）、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設サービス、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービスのいずれかを受給している者

【訪問看護サービスの提供状況】

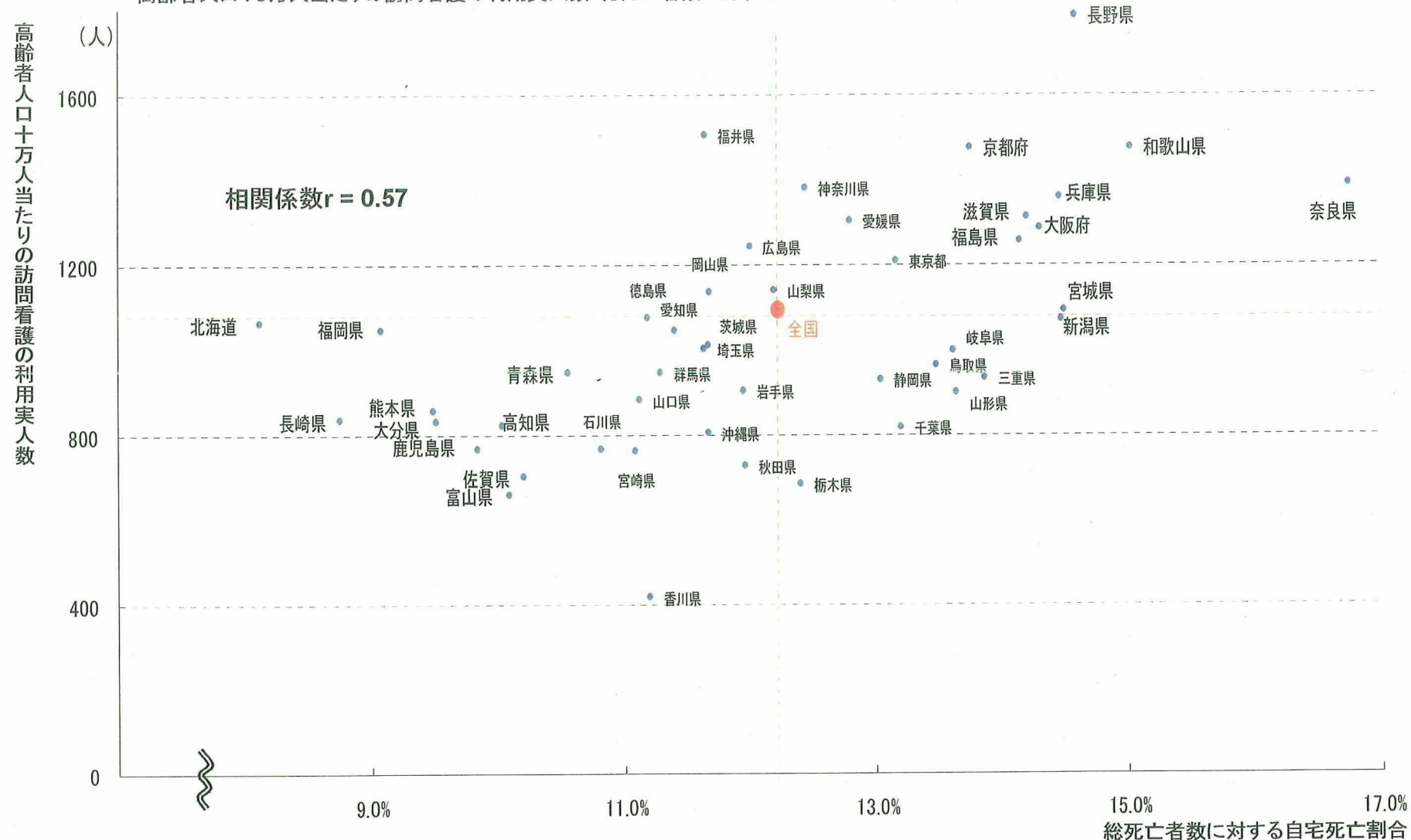
- 近年、訪問看護ステーション数は増加しているが、病院又は診療所による訪問看護事業所数は減少している。訪問看護請求事業所総数は、減少傾向にある。
- 3年前と比較して、訪問看護の算定回数は減少している。



	平成17年4月	平成20年4月		
	訪問看護	総数	訪問看護	介護予防訪問看護
訪問看護 総数	1,382.7千件	1,350.8千件	1,266.8千件	84.0千件
訪問看護ステーション	1,258.7千件	1,257.9千件	1,180.0千件	77.9千件
病院又は診療所	124.0千件	92.9千件	86.7千件	6.2千件

- 都道府県別に見た高齢者人口10万人当たりの訪問看護利用者数には4倍以上の開きがある。
- 訪問看護利用が高い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向にある。

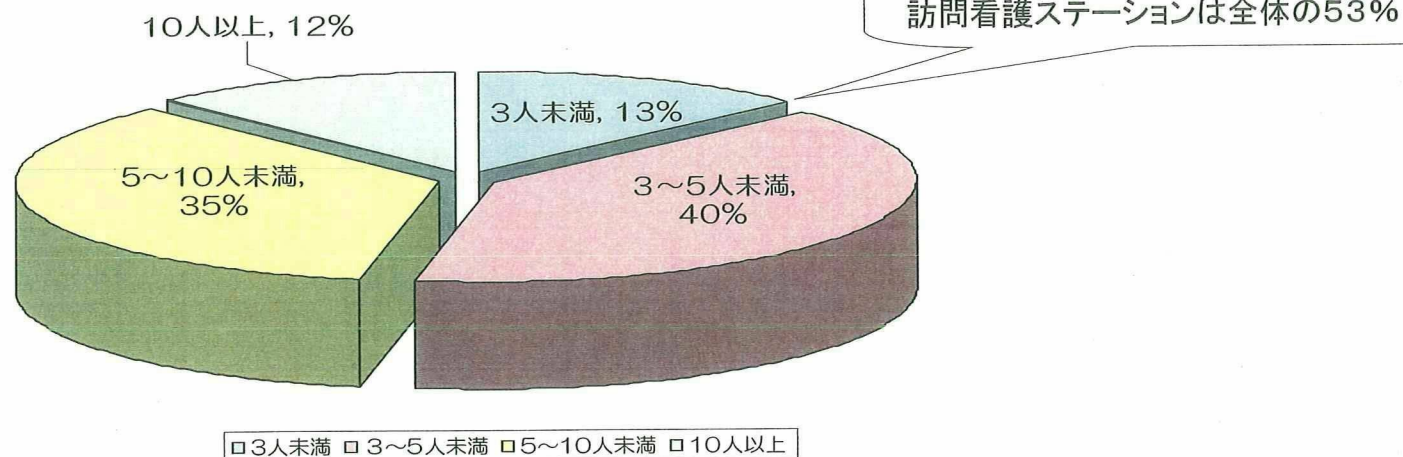
高齢者人口10万人当たりの訪問看護の利用実人数・総死亡者数に対する自宅死亡の割合(都道府県別)



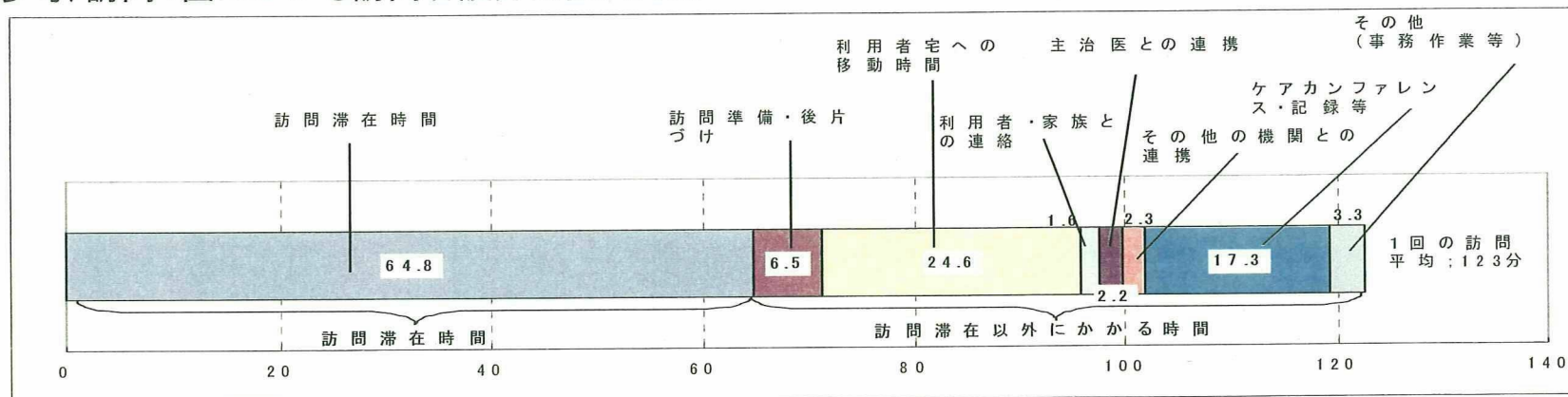
出典: 介護サービス施設・事業所調査(平成17年),人口動態調査(平成17年)
 高齢者人口については総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計」による。

- 訪問看護ステーションは、比較的小規模な事業所が多い。
※ 1事業所当たり看護職員数:約4.2人(平成18年介護サービス施設・事業所調査)(厚生労働省統計情報部)
- 訪問看護においては、利用者宅への訪問時間以外の準備・移動・記録・ケアカンファレンス等に多くの時間を要している。

(参考)訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)



(参考)訪問1回にかかる訪問看護労働投入時間

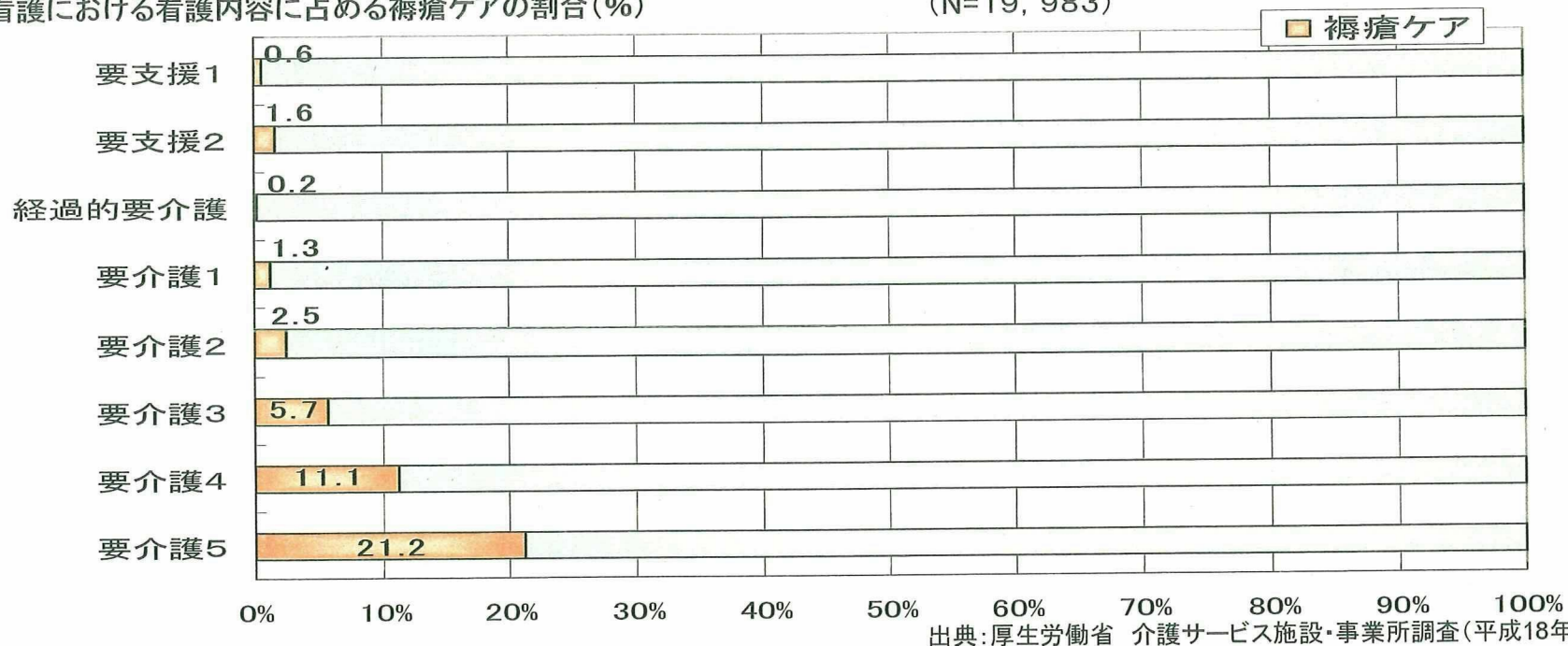


(出典)第50回介護給付費分科会における全国訪問看護事業協会提出資料より

- 訪問看護における看護内容に占める褥瘡ケアの割合は、要介護度が高くなるに伴って高くなる傾向にある。
- 訪問看護を利用している褥瘡患者のうち、42.5%はstageⅢ及び stageⅣの重度の褥瘡患者である。
- 医療保険では、重度の褥瘡のある者等に、特別訪問看護指示書を1月につき2回まで交付できるように算定回数を拡大した。(平成20年診療報酬改定)

訪問看護における看護内容に占める褥瘡ケアの割合(%)

(N=19,983)



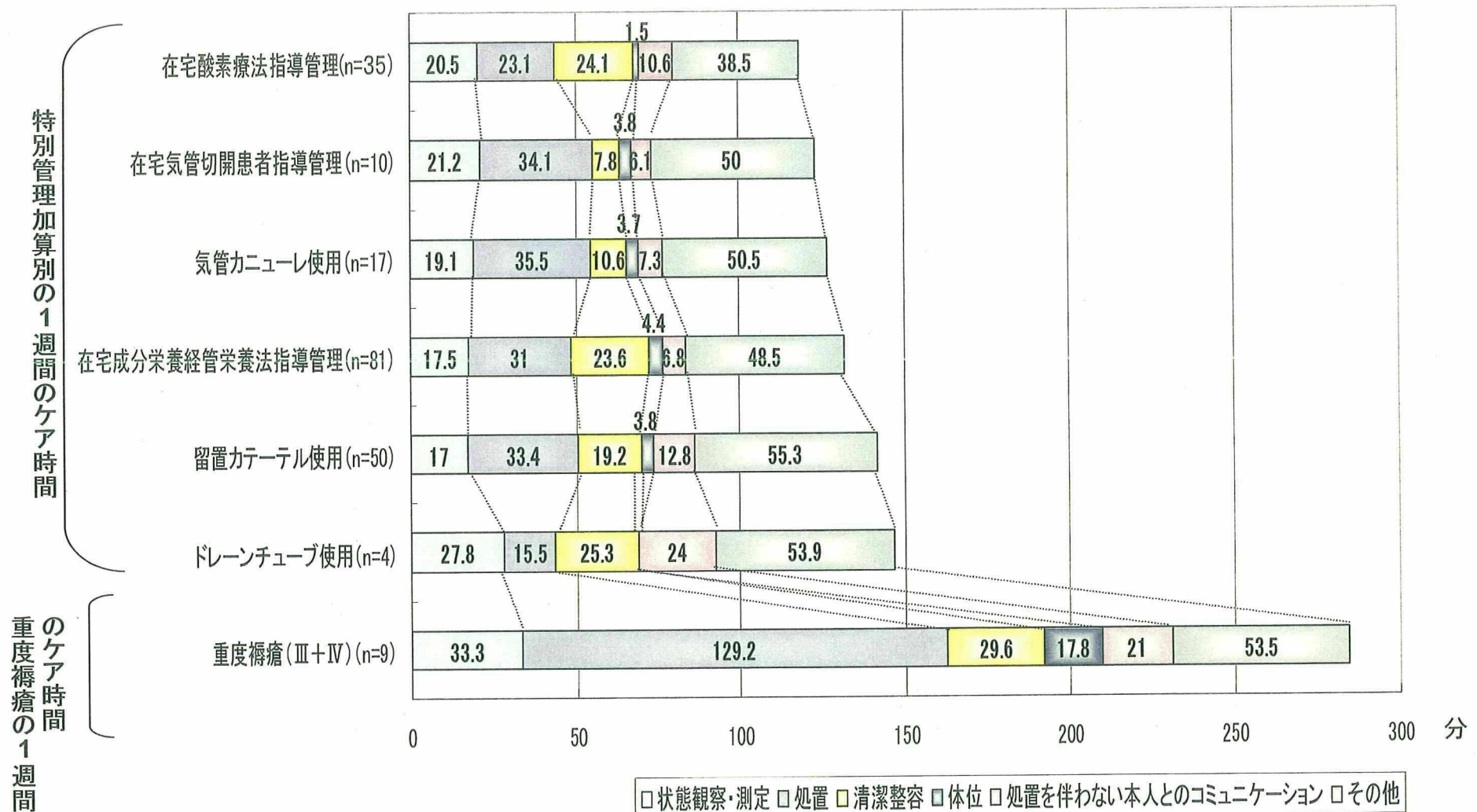
訪問看護を利用している褥瘡患者の褥瘡深達度(NPUAP分類)

(N=4,123)

Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV
847(20.5%)	1525(37.0%)	1360(33.0%)	391(9.5%)

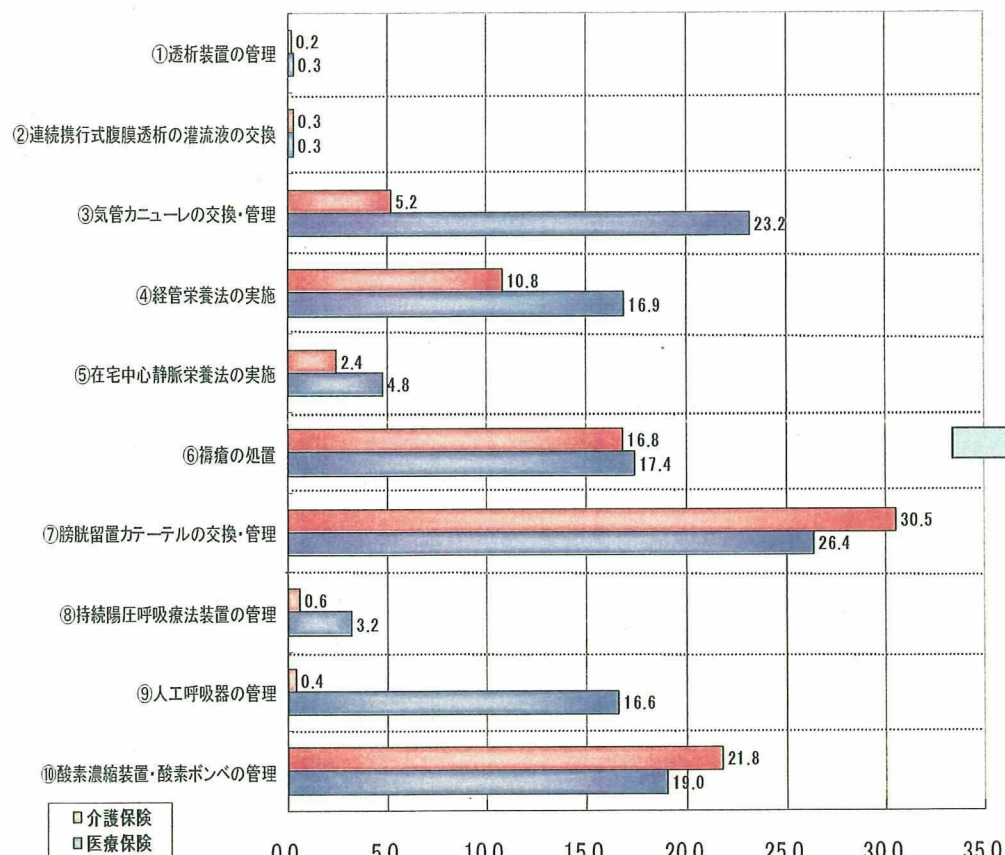
出典: 日本褥瘡学会 在宅医療委員会「訪問看護ステーションにおける褥瘡患者の実態」

- 褥瘡ケアの処置時間は、特別管理加算の対象疾患に対するケア提供時間よりも長い。
- また、褥瘡ケアには専門的な知識、技術が必要とされる。



○ 訪問看護ステーションで「特別管理加算(介護保険)」又は「重症者管理加算(医療保険)」を算定する利用者のうち、褥瘡の処置が必要な者の割合は介護保険では16.8%。

「特別管理加算(介護保険)」又は「重症者管理加算(医療保険)」を算定する利用者において医療処置にかかる管理・援助が必要な者の割合(%)



管理・援助の内容	特別管理加算の対象(介護保険)	重症者管理加算の対象又は特別訪問看護指示書を1月につき2回算定できる者(医療保険)
①	○	○
②	○	○
③	○	○
④	○	○
⑤(※1)	○	○
⑥	—	○
⑦	○	○
⑧	○	○
⑨(※2)	—	○
⑩	○	○

(※1) 栄養素の成分の明らかなものを用いた場合のみ

(※2) 人工呼吸器を使用している状態の者は医療保険でサービスを提供

出典: 国民健康保険中央会「訪問看護ステーションに係るコスト調査報告書」平成17年3月

参考)

特別管理加算(介護保険)(1月につき)	重症者管理加算(医療保険)(1月につき)
(重症度の高いもの) 5,000円(500単位)	(重症度の高いもの) 500点
(上記以外) 2,500円(250単位)	(上記以外) 250点

訪問看護におけるターミナルケアに係る加算

		H12年	H14年	H15年	H16年	H18年		H20年
介護保険	改定	●	—	●	—	●		—
	点数							
	訪問看護ステーション	1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位		1,200単位
	医療機関	1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位		1,200単位
	要件							
医療保険	①在宅で死亡した利用者(＊)	○	○	○	○	○		○
	②死亡前24時間以内にターミナルケアを実施	○	○	○	○	○		○
	死亡月の前月以前の月に当該利用者に対する訪問看護を実施	○	○	○	○	—		—
	改定	●	●	—	●	●		●
	点数							
						在宅療養支援診療所と連携した場合	左記以外の場合	
	訪問看護ステーション	12,000円	12,000円	12,000円	12,000円	15,000円	12,000円	20,000円
	医療機関	1,200点	1,200点	1,200点	1,200点	1,500点	1,200点	2,000点
	要件							
	①在宅で死亡した患者	○	○	○	○	○		○
	②死亡前24時間以内にターミナルケアを実施	○	○	○	○	○		—
	1ヶ月以上訪問看護を実施	○	○	○	○	—		—
	死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を実施	—	—	—	—	○		○
	訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケア実施	—	—	—	—	—		○

(＊)介護保険では、訪問看護においてターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができる(平成18年～)。

介護報酬関係以外の訪問看護の充実に向けた取組(案)

①21年度予算要求

訪問看護ステーションの業務を効率化する広域対応訪問看護ネットワークセンターの設置を支援する。

- ・請求業務等支援事業
- ・コールセンター支援事業
- ・医療材料等供給支援事業

②サテライト事業所制度の周知徹底

都道府県に対してサテライト制度の趣旨について周知を徹底することにより、訪問看護サービスの事務管理コストの軽減を図る。

訪問看護支援事業(案)

【患者・家族等】在宅療養に対する患者、家族の不安
【訪問看護ステーション】人手不足、訪問看護サービス提供
以外の業務により利用者・家族のニーズに応えることが困難

在宅への移行が困難

都道府県訪問看護推進協議会の設置：地域の事情に応じた広域対応訪問看護ネットワークセンター事業
の運営方法を含む訪問看護安定供給のための方策を検討

広域対応訪問看護ネットワークセンター事業

請求業務等支援事業

- ・訪問看護ステーションより送付された記録等を基にレセプト作成、利用者へ料金請求等
- ・看護記録を基にデータ処理を行い実績等を資料化し訪問看護ステーションへ提供

コールセンター支援事業

- ・利用者・家族からの相談受付、内容により適宜訪問看護ステーションへ連絡
- ・利用希望者、医療機関等からのサービス利用の相談対応や訪問看護ステーションの情報の発信

医療材料等供給支援事業

- ・医療材料等の供給が効率的に行われるようなシステムの整備

訪問看護事業の推進

- 利用者・家族のニーズに応える質の高い訪問看護の提供
- 安全・安心の療養環境



医療機関からの在宅へスムーズな移行



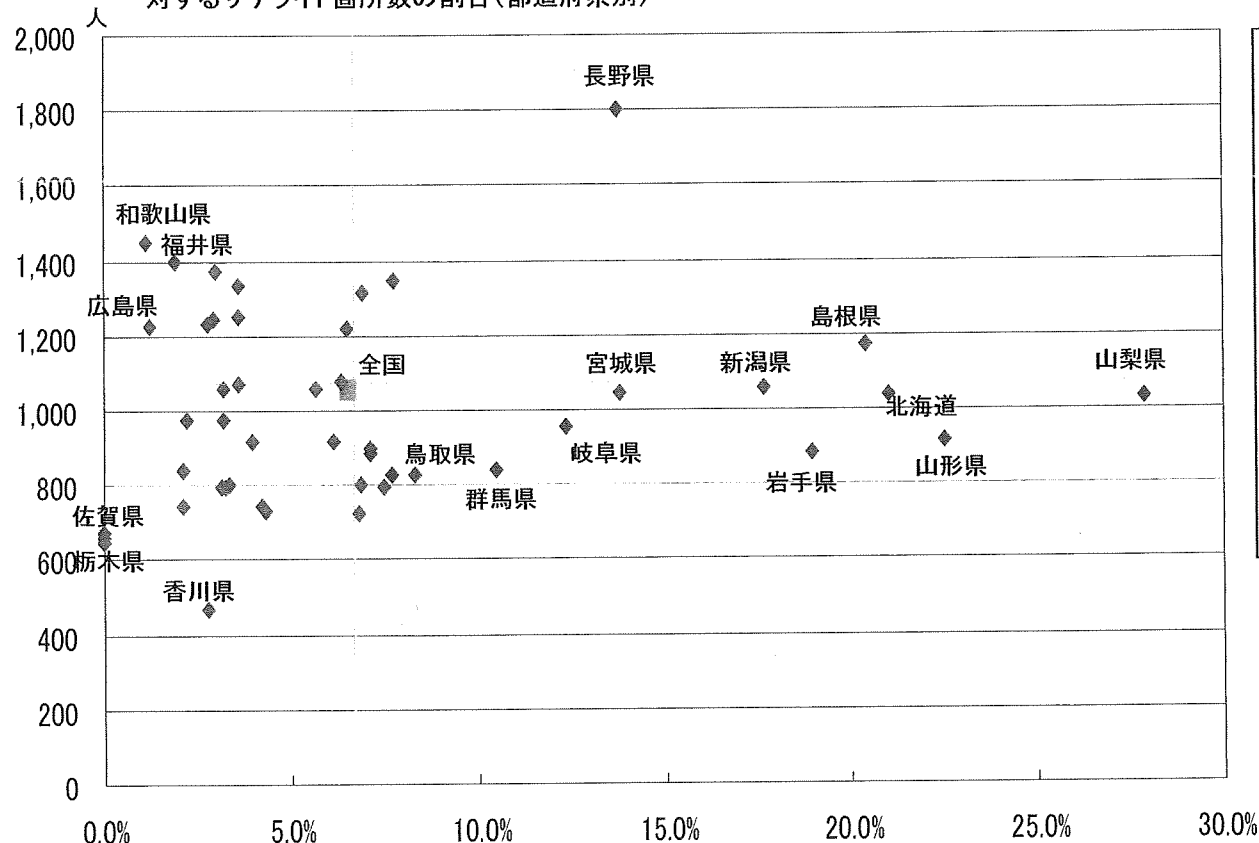
在宅療養の拡充

- サテライト有りの事業所の割合は微増。
- 高齢者人口10万人あたりの訪問看護利用者数と訪問看護ステーション数に対するサテライト箇所数の割合は都道府県で開きがある。

	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
訪問看護ステーション数	3,570	4,730	4,825	4,991	5,091	5,224	5,309	5,470
サテライト有り事業所（延べ）	55(76)	172(239)	159(212)	189(249)	203(249)	208(275)	201(253)	289(353)
%	1.5%	3.6%	3.3%	3.8%	4.0%	4.0%	3.8%	5.3%

（出典：平成11年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、訪問看護事業所数は介護給付費実態調査）

高齢者人口10万人あたりの訪問看護利用者数と訪問看護ステーション数に対するサテライト箇所数の割合（都道府県別）



サテライトの設置の経緯

平成8年（制度創設）
訪問看護事業の効率化及び充実を図ることを目的に過疎地域等に限定

平成10年（要件の緩和）
訪問看護事業の効率化及び充実を図ることを目的に、過疎地域に限らず、患者が散在していること、交通が不便であることその他の地域の実情により効率的な訪問看護事業を行うことが困難にある地域において、訪問看護事業の効率化及び充実を図る

平成12年
地域の限定を解除

Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成19年12月10日 社会保障審議会介護給付費分科会ワーキングチーム報告】

3 今後の検討課題について

(2) 訪問・通所系の事業について

② サービス提供について

- 訪問介護といった福祉系サービスと訪問看護といった医療系サービスについては、利用者のサービスニーズを踏まえた適切なサービスの役割分担と事業運営モデルの検討が必要ではないか。その際、利用者及びケアマネジャーに対するサービスの周知徹底についても考慮される必要があるのではないか。

Ⅲ 訪問看護の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 要介護者に対する訪問看護の報酬・基準については、必要な方に着実にサービスが提供されるという観点及び医療と介護の機能分化・連携を強化する観点から、以下の基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。
 - ① 患者の状態に応じた訪問看護の充実
 - ② ターミナルケアの充実

【具体的な論点】

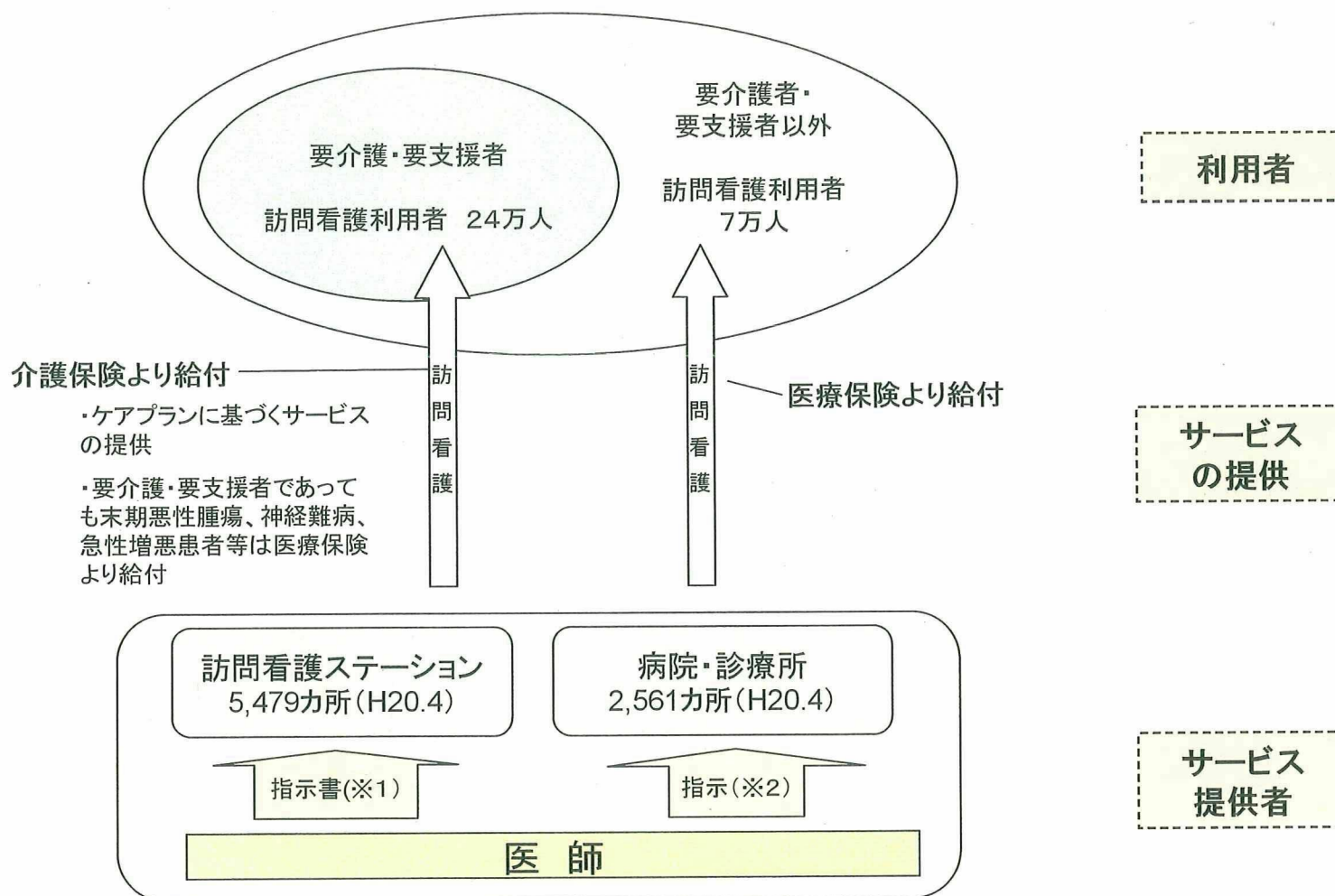
- 特別管理加算については、介護保険の訪問看護サービスにおける医療的な処置の実施状況を踏まえ、その対象を拡大してはどうか。
- ターミナルケアの充実を図るため、ターミナルケア加算の要件や点数を見直してはどうか。

参考資料

- 訪問看護の仕組みについて
- 介護保険・医療保険の訪問看護の報酬体系について
- 諸外国の看取りのデータ
- 国民の在宅療養に関するニーズ
- 「訪問看護ステーションの従たる事業所（サテライト）」制度の経緯
- 平成18年介護報酬改定・平成20年診療報酬改定の概要

訪問看護の仕組みについて

- 原則として、要介護(要支援)認定者に提供された訪問看護は介護保険から、それ以外の者に提供された訪問看護は医療保険から給付される。
- サービス提供者は訪問看護ステーション及び医療機関(病院・診療所)。



(※1) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

(※2) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点(医療保険)を算定

介護保険・医療保険の訪問看護の報酬体系について①(本体部分)

介護保険

(介護予防) 訪問看護費

<訪問看護ステーション>

<医療機関>

20分未満※

保健師、看護師 285単位
准看護師による場合 (90/100)
※日中等の訪問における十分な観察、
必要な助言、指導を前提に夜間、早朝、
深夜に実施。

230単位
(90/100)

30分未満

保健師、看護師 425単位
准看護師による場合 (90/100)
PT・OT・ST※ 425単位
※看護業務の一環として行う診療の
補助。

343単位
(90/100)

30分以上60分未満

保健師、看護師 830単位
准看護師による場合 (90/100)
PT・OT・ST※ 830単位
※看護業務の一環として行う診療の
補助。

550単位
(90/100)

60分以上90分未満

保健師、看護師 1,198単位
准看護師による場合 (90/100)

845単位
(90/100)

○次の場合は算定しないこと。

※ 特別指示の日から14日間。

※ 短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間。

医療保険(平成20年改定後)

<訪問看護ステーション>

<医療機関>

訪問看護管理療養費

月の初日7,050円
2～12日目まで2,900円

訪問看護基本療養費Ⅰ(1回30～90分)

週3日目まで5,550円
(准看護師の場合 5,050円)
週4日目以降6,550円
(准看護師の場合 6,050円)

訪問看護基本療養費Ⅲ

週3日目まで4,300円
(准看護師の場合 3,800円)
週4日目以降5,300円
(准看護師の場合 4,800円)

訪問看護基本療養費Ⅱ

〔精神科標榜医の指示で、複数の精神障害者社会復帰施設※等入所者へ訪問〕

週3回、1回1～3時間 1,600円
延長(8時間限度に1時間) 400円

※表中の「精神障害者社会復帰施設等」は、平成18年10月以降、障害者自立支援法附則第8条に基づく施設〔生活介護、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援、福祉ホームをさす。

在宅患者訪問看護・指導料(1回30～90分)

週3日目まで555点
(准看護師の場合 505点)
週4日目以降655点
(准看護師の場合 605点)

居住系施設入居者等訪問看護・指導料

週3日目まで430点
(准看護師の場合 380点)
週4日目以降530点
(准看護師の場合 480点)

精神科訪問看護指導料Ⅱ

〔精神科標榜医療機関の保健師等が複数の精神障害者社会復帰施設※等入所者へ訪問。〕

週3回、1回1～3時間160点
延長(8時間限度に1時間) 40点

精神科訪問看護指導料Ⅰ

〔精神科標榜医療機関の保健師、看護師等が、患者・家族の看護又は療養上必要な指導を行う。〕

週3回(退院後3か月以内5回)まで575点
急性増悪時は7日以内の期間1日1回算定可。
さらに1月以内の連続7日間の継続が可能。
複数訪問時加算450点

精神科退院前訪問指導料

〔退院前に患家又は精神障害者社会復帰施設※を訪問し、患者・家族等に指導〕

入院中3回(6ヶ月超入院は6回)まで380点
看護師、精神保健福祉士による

共同指導加算320点

介護保険・医療保険の訪問看護の報酬体系について②(加算部分)

介護保険

＜訪問看護ステーション＞

＜医療機関＞

訪問看護費の 早朝・夜間加算 (25/100)	訪問看護費の (25/100)
深夜加算 (50/100)	(50/100)
訪問看護費の 特別地域看護加算 (15/100)	訪問看護費の (15/100)
※限度額に含めない	

※限度額に含めない

緊急時（介護予防）訪問看護 加算（１月につき）５４０単位 ※利用者又は家族等から電話等により 看護に関する意見を求められた場合に 常時対応できる体制にある。	２９０単位
ターミナルケア加算 ※限度額に含めない１，２００単位	１，２００単位
特別管理加算（１月につき） ２５０単位	２５０単位

医療保険(平成20年改定後)

＜訪問看護ステーション＞

＜医療機関＞

特別地域訪問看護加算 (基本療養費の50/100)	
難病等複数回訪問看護加算 1日に2回の場合 4,500円 1日に3回の場合 8,000円	難病等複数回訪問看護加算 1日に2回の場合 450点 1日に3回の場合 800点
長時間訪問看護加算 週1日 5,200円	長時間訪問看護・指導加算 週1日 520点
在宅患者連携指導加算 月1回 3,000円	在宅患者連携指導加算 月1回 300点
在宅患者緊急時等カンファレンス加算 月2回 2,000円	在宅患者緊急時等カンファレンス加算 月2回 200点
後期高齢者終末期相談支援療養費 1回に限り 2,000円	後期高齢者終末期相談支援加算 1回に限り 200点
退院時共同指導加算(退院又は退所につ き1回に限り又は2回)6,000円	退院時共同指導料1 (入院中1回又は2回)600点
退院支援指導加算 6,000円	
訪問看護情報提供療養費 1月につき 1,500円	
24時間対応体制加算 1月につき 5,400円	
24時間連絡体制加算 1月につき 2,500円	
緊急訪問看護加算1日につき (在療診の主治医) 2,650円	緊急訪問看護加算1日につき (在療診の主治医) 265点
訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円	在宅ターミナルケア加算 2,000点
重症者管理加算(1月につき) (重症度等の高いもの) 5,000円 (上記以外) 2,500円	在宅移行管理加算(退院後ひと月1回) (重症度等の高いもの) 500点 (上記以外) 250点

諸外国の看取りのデータ

	スウェーデン 	オランダ 	フランス 	日本 
① 面積	449,964 km ²	41,865 km ²	547,030 km ²	378,835 km ²
② 総人口	903万人 (2005)	1,632万人 (2005)	6,087万人 (2005)	12,776万人 (2005)
③ 高齢化率	17.3% (2005)	13.8 (2003)	16.4% (2005)	20.0% (2005)
④ 80歳以上人口の割合	5.3% (2004)	3.4% (2003)	4.4% (2004)	4.4% (2003)
⑤ 平均寿命	男性 78.4歳 (2005) 女性 82.8歳 (2005)	男性 77.2歳 (2005) 女性 81.6歳 (2005)	男性 76.7歳 (2005) 女性 83.8歳 (2005)	男性 78.6歳 (2005) 女性 85.5歳 (2005)
⑥ 子との同居率	5 %	8 %	17 %	50 %
⑦ 高齢者単独世帯率	41 %	32.5 %	32 %	15 %
⑧ 人口千対就業看護師数 (再)訪問看護師、地域看護師	10.6人 ('04) (4.2人)	14.2人 ('05) (2.7人)	7.7人 ('05) (1.2人)	9.0人 ('04) (0.4人)
⑨ 在宅死亡率※	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%
⑩ 在宅での医療、看護、介護サービス	地域看護師に簡単な医療と治療を行う権限を与え、地区内での簡単な治療を提供。	一般医の往診、高度な技術をもつ地域看護師が在宅医療・看護を提供する医療・看護チームを設けている地域もあるが、サービス量は全体的に不足しがち。	開業看護師は医師の処方箋の下で在宅患者の点滴などの管理を行うことができる。介護・家事援助も並行して利用。	介護保険、医療保険サービスが利用可能。看護サービスは診療の補助として行われる。
⑪ 死亡前に自宅で受けられるケア	特別住宅と同様に死亡期直前のケアが受けられる。	一般医や地域看護師による医療・看護サービス、死亡直前の緊急性の高い短期間に限り、夜間・看護師が泊まり込むサービスもある。	死亡前を特別視せず必要なケアを提供する。ただし1日2時間以上の継続的なケアが必要な段階になると在宅ケアは困難。	主治医の往診や看護師による在宅医療・看護サービスにより対応

出典：①World fact book 2008、②～⑤OECD Health Data 2007、

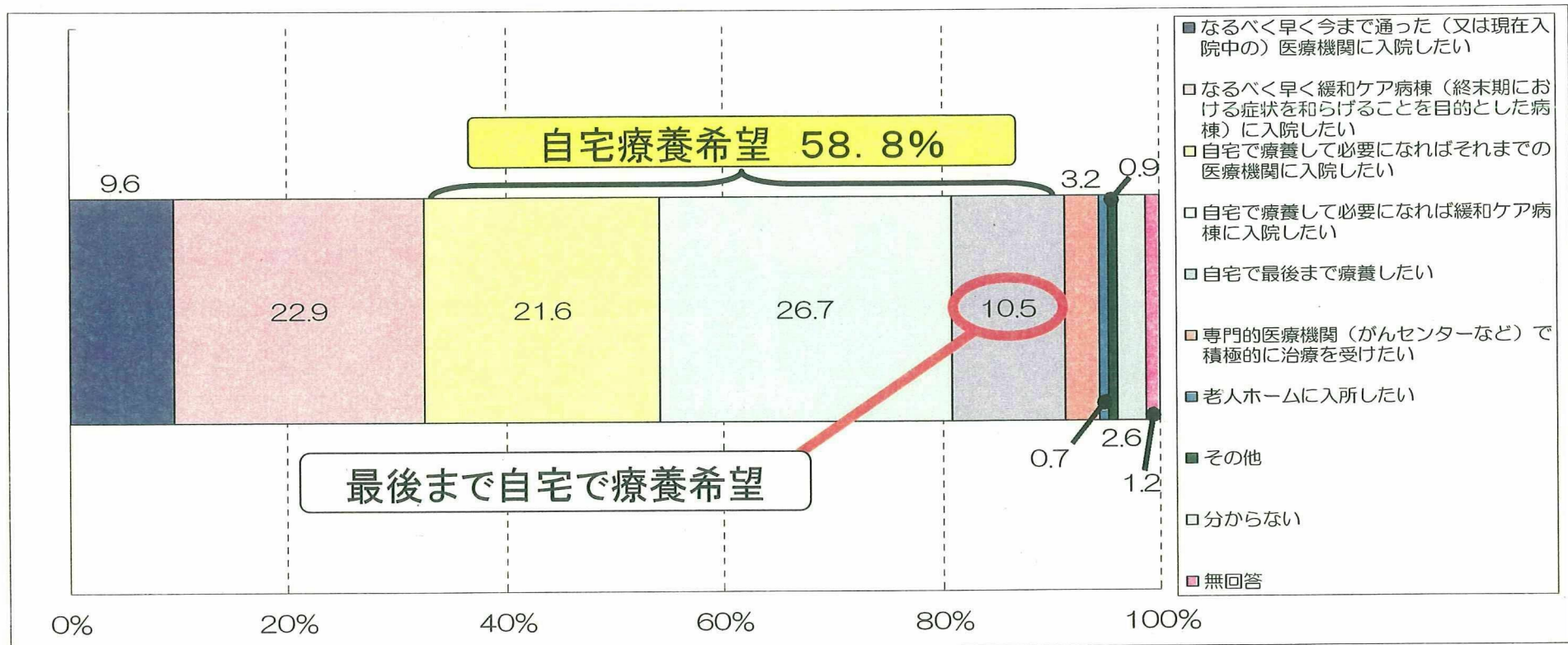
⑥⑦⑨～⑪医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告」（2002）を参考に厚生労働省にて作成。

国民の在宅療養に関するニーズ①

○療養生活を最後まで送りたいかという質問に対し、在宅療養を希望する者は、58.8%、うち、最後まで在宅療養を希望とする者は10.5%である。

○なお、「自宅で療養したい理由(複数回答)」については、平成16年厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」によると、「住み慣れた場所で最期を迎えたい」という理由が62.4%である。

問 あなた(国民)自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度或いはそれより短い期間を想定)場合、療養生活は最後までどこで送りたいか



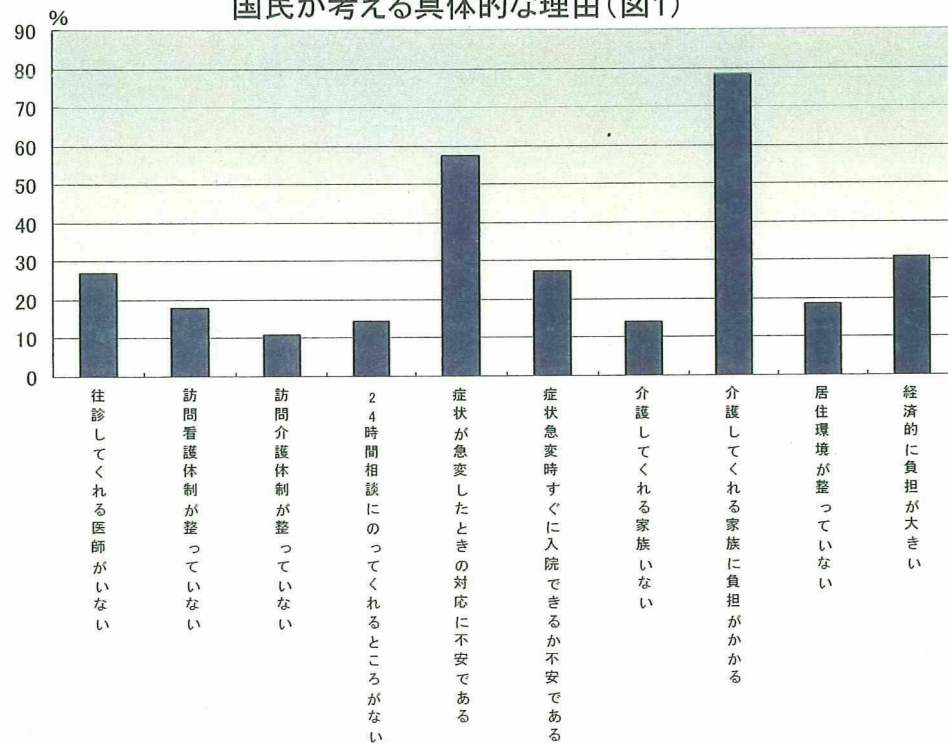
国民の在宅療養に関するニーズ②

○国民は、最期までの自宅療養が実現困難であるとする具体的な理由として「24時間相談にのってくれるところがない」、「症状が急変したときの対応に不安である」等の将来の不安に加え、「介護してくれる家族に負担がかかる」など療養生活を送る上で直面すると考えられる不安があげられており、こうした傾向は居宅療養者にも見られると考えられる。(図1)

○また、要介護者等と同居している主な介護者の悩みやストレスの状況では、「家族の病気や介護」が多い。(図2)

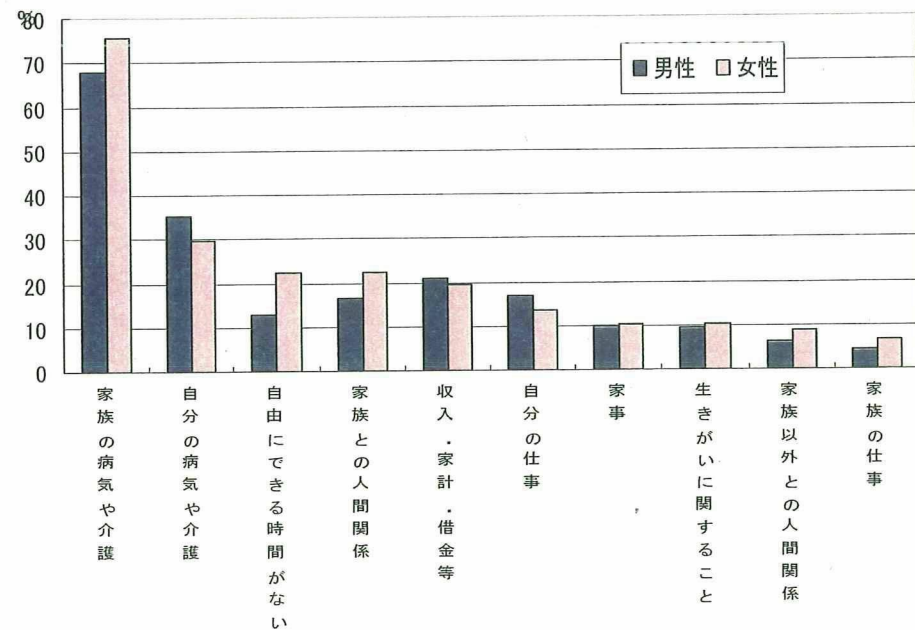
○こうしたことから、要介護者および家族は、医療、介護、生活療養上の様々な不安を持っていることが推測される。

最期までの自宅療養が実現困難であるとする国民が考える具体的な理由(図1)



(出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(平成16年7月)

要介護者と同居している主な介護者の悩みやストレス(図2)



(出典)厚生労働省「平成19年 国民生活基礎調査」

平成18年介護報酬改定・平成20年診療報酬改定の概要

【平成18年介護報酬改定】

- 24時間対応体制の強化、在宅ターミナルケアへの対応などの観点から、短時間訪問の評価や緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算の見直し等を行った。

(主な見直し概要)

- ① 基本単位について、早朝・夜間、深夜における短時間訪問(20分未満)の評価を創設
- ② ターミナルケア加算について、算定要件(※)を見直すとともに、在宅以外で24時間以内に死亡した場合も算定の対象とする。

※ 算定要件(以下の要件を全て満たすことが必要)

- ① 死亡前24時間以内のターミナルケアを実施していること
 - ② 24時間連絡体制が確保された事業所であること
 - ③ ターミナルケアの提供について訪問看護記録書に記録されていること
- 上記を全て満たし、在宅以外で24時間以内に死亡した利用者についても算定できる。

【平成20年診療報酬改定の概要－1】

① 患者の状態に応じた訪問看護の充実

- 重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)のある者等に、特別訪問看護指示書を1月につき、2回まで交付できるよう算定回数を拡大。

→ 介護保険では、訪問看護に関して特別な管理を必要とする患者(在宅血液透析、在宅酸素療法、人工肛門の患者等)について、特別管理加算(250単位/月)が算定されるが、褥瘡患者は対象外。

【平成20年診療報酬改定の概要－2】

② 訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

○ 訪問看護のターミナルケアの評価について算定要件を見直し、点数を引上げ。

【算定要件等の見直しの概要】

- ・「死亡前24時間以内のターミナルケアを実施」かつ「死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを実施」を「死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを実施」に変更
- ・「訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明をした上でターミナルケアを行った場合」の要件を追加
- ・ 点数を2,000点に引上げ。(改定前は1,500点又は1,200点)

→ 介護保険では、在宅で死亡した利用者に、一定の事業者が、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合に、ターミナルケア加算(※1)を算定。

平成19年1～3月にターミナルケア加算が算定できなかった事業所の割合は16.8%。
うち87%の事業所が、24時間以内の訪問ができなかったため算定できていない(※2)。

【※1 現行の介護保険の訪問看護のターミナルケア加算の算定要件】

- ① 死亡前24時間以内のターミナルケアを実施していること。
 - ② 24時間連絡体制が確保された事業所であること。
 - ③ ターミナルケアの提供について訪問看護記録書に記録されていること。
- 上記を全て満たし、在宅以外で24時間以内に死亡した利用者についても算定可。

※2 (出典)訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所との連携に関する研究(平成19年3月
日本看護協会)

事業所評価加算に関する実態調査 ①

1. 方法

- 1) 対象:平成20年8月1日現在、事業所評価加算(以下、本加算)の届出を行い、本加算の算定が可能な事業所
- 2) データ収集方法:47都道府県の介護保険担当課を経由して調査依頼、メール・FAX・郵送にて回収

2. 結果

- 1) 47都道府県より回答あり(回収率100%)。加算算定可能な事業所は全事業所のうち0.8%であった。

	①本加算算定可能な事業所	②全事業所数	事業所の割合 (①÷②)
介護予防通所介護	48事業所	6,609事業所	0.7%
介護予防通所リハビリテーション	36事業所	3,350事業所	1.1%
合 計	84事業所	9,959事業所	0.8%

- 2) 本加算算定可能な84事業所のうち本加算を算定している事業所は66事業所(79%)、算定していない事業所は18事業所(21%)であった。

	算定可能 事業所数	算 定 事業所数
公営	2	2(100%)
社会福祉法人(社福以外)	21	16(76%)
社会福祉協議会	5	3(60%)
医療法人	28	25(89%)

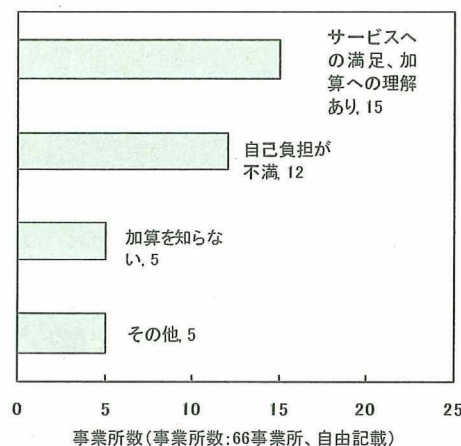
	算定可能 事業所数	算 定 事業所数
営利法人	21	15(71%)
NPO	1	1(100%)
その他	6	4(67%)
合 計	84	66(79%)

事業所評価加算に関する実態調査 ② 結果

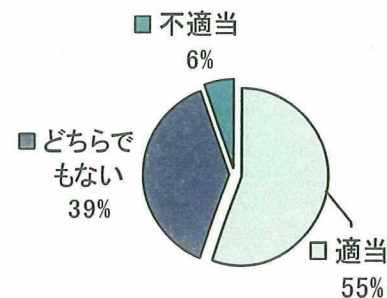
本加算算定の要件を満たす事業所（84事業所）

加算を算定している施設（66事業所 79%）

利用者の声



効果の高いサービスを提供する事業所を評価することについて

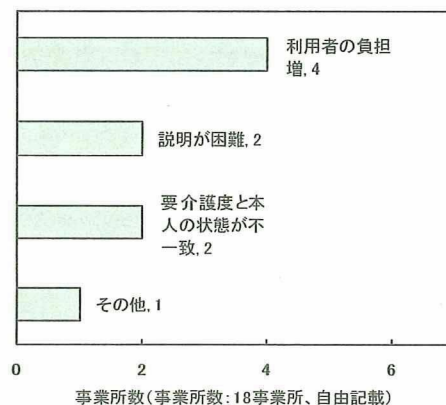


・利用者の声として、質の高いサービスに満足又は加算への理解がなされているとの回答が最も多く（15事業所）、次いで自己負担が不満との回答が多かった（12事業所）。

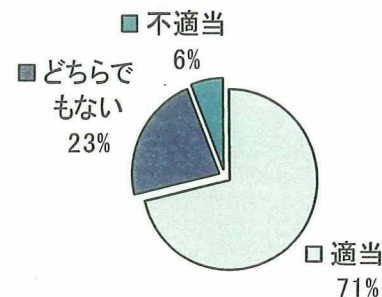
・効果の高いサービスを提供する事業所を評価することについては、約6割の事業所が適当と考えている。

加算を算定していない事業所（18事業所 21%）

加算を算定しない理由



効果の高いサービスを提供する事業所を評価することについて

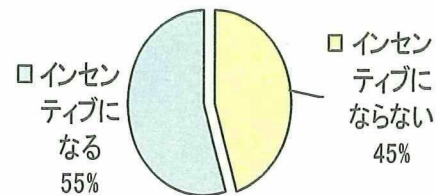


・加算を算定しない理由としては、利用者の負担増を挙げた事業所が最も多かった（4事業所）

・効果の高いサービスを提供する事業所を評価することについては、約7割の事業所が適当と考えている。

事業所評価加算に関する実態調査 ③ 結果

本加算は提供するサービスの質向上への
インセンティブになると考えるか
(回答全事業所:84事業所)

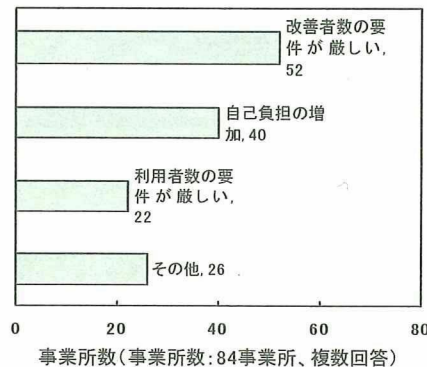


【インセンティブにならない主な理由】 (自由記載)

- ・要支援度のみを指標とするのは不適切
- ・要件が厳しすぎる
- ・評価加算の点数が低すぎる
- ・加算のためにやっているのではない
- ・利用者から自己負担を徴収してまでやるべきでない 等

①本加算をサービスの質向上へのインセンティブとするには、要件の見直し及び点数の引き上げなどが必要との意見。

算定事業所が少ない理由



【施設要件についての主な意見】 (自由記載)

- ・「維持者数」を評価して欲しい
- ・人員体制、プログラム内容の評価を
- ・要介護者も評価の対象とすべき 等

②加算点数を上げることは一部の事業者のインセンティブにつながると思われるが、他方、算定事業所が少ない理由として、「自己負担の増加」を挙げている施設が多かった。

(参考)

- ・加算の点数(100点/月=自己負担100円/月)は、介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションのサービス費(2,226~4,880点/月)と比較すると、2~5%程度
- ・介護予防通所介護費(1月あたり) 要支援1 2,226単位 要支援2 4,353単位
- ・介護予防通所リハビリテーション(1月あたり) 要支援1 2,496単位 要支援2 4,880単位

○要介護認定において、前回の判定が要支援1又は2であった者のうち、要支援状態を維持している者は約6割であり、改善したのは約1割。
○また、前回の判定が要支援2であった者のうち、2ランク改善者（非該当となった者）は0.3%

		総数		判定(平成20年7月申請分)					
				改善		維持		重度化	
前回の判定	要支援1	44807	100.0%	982	2.2%	26615	59.4%	17210	38.4%
	要支援2	50436	100.0%	7082	14.0%	29618	58.7%	13736	27.2%
	合計	95243	100.0%	8064	8.5%	56233	59.0%	30946	32.5%

(件) (%)

(※)平成20年7月に認定申請を行った者について、前回の判定との関係を表にしたもの

(※)出典:認定支援ネットワーク(特別集計)

【詳細データ】

		総数		判定(平成20年7月申請分)															
				非該当		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	
前回の判定	要支援1	44807	100.0%	982	2.2%	26615	59.4%	8882	19.8%	5076	11.3%	1525	3.4%	1013	2.3%	407	0.9%	307	0.7%
	要支援2	50436	100.0%	173	0.3%	6909	13.7%	29618	58.7%	7083	14.0%	3800	7.5%	1753	3.5%	709	1.4%	391	0.8%
	合計	95243	100.0%	1155	1.2%	33524	35.2%	38500	40.4%	12159	12.8%	5325	5.6%	2766	2.9%	1116	1.2%	698	0.7%

(件) (%)

Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成18年1月26日 平成18年介護報酬改定答申（抜粋）】

下記の事項については、社会保障審議会介護給付費分科会におけるこれまでの審議も踏まえ、今回の介護報酬・基準等の見直し後、さらに検討を進め、適切な対応を行うものとする。

1. 介護保険法の一部改正に伴い、新たに導入された「介護予防サービス」や「地域密着型サービス」、今回の介護報酬改定において基本的な見直しが行われた「居宅介護支援及び介護予防支援」、さらに「療養通所介護」等の新たな取組みをはじめ、今回の改定後のサービスの利用実態等について、この度の改定の「基本的な視点」も踏まえ、今後、調査・分析を適切に行うこと。

【平成20年3月25日 規制改革推進のための3か年計画（閣議決定）】

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションに係る報酬の見直し【平成20年末までに結論】

事業所評価加算の実績は、通所介護が1.2～1.3%、通所リハビリテーションが2.5～2.6%（平成19年4月から7月）と少ない。また、利用者の立場からは、要支援度が維持・改善すると、将来的には利用サービス量が減ることによって負担が減ることがあり得る一方、事業所が加算を得た場合には自己負担（1割）として跳ね返ってきてしまうため、利用者自身がメリットを実感しづらいという可能性もある。

そのため、地方公共団体の協力を得て継続的に行われている介護予防の効果検証（費用対効果、属性別サービス別効果等）の結果や利用者の声等も踏まえ、当該加算の対象サービスについて検討し、結論を得る。

Ⅲ 事業所評価加算の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 事業所評価加算(以下本加算)については、平成18年介護報酬改定において、目標の達成度に応じた介護報酬の設定の観点から、試行的に新設されたものであるが、利用者の自己負担増という側面も有する。
- 本加算については、実態調査の結果を踏まえ、そのあり方について検討することが必要ではないか。

【具体的な論点】

- 本加算は、利用者の自己負担増という側面を有するが、同時に
 - ・利用者からは「質の高いサービスを受けられることへの満足」など肯定的な意見の方が、自己負担への不満よりも多く認められている
 - ・事業者の過半が加算の趣旨について適当と考えており、加算の要件を満たした事業所の約8割が本加算を算定していることから、本加算の設定を継続することとしてはどうか。
- ただし、事業者の目標達成に向けたインセンティブをより高め、結果として利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持の評価のあり方などを踏まえ、要件の見直しを行う必要があるのではないか。

参考資料

- ・介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーション(概要)
- ・介護予防サービスの定量的な効果分析について(第2次分析の結果)

【介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーション(概要)】

イ 介護予防通所介護	要支援1 (1月につき 2, 226単位)
	要支援2 (1月につき 4, 353単位)
ロ アクティビティ実施加算	(1月につき 81単位を加算)
ハ 運動器機能向上加算	(1月につき225単位を加算)
ニ 栄養改善加算	(1月につき100単位を加算)
ホ 口腔機能向上加算	(1月につき100単位を加算)
ヘ 事業所評価加算	(1月につき100単位を加算)

イ 介護予防通所 リハビリテーション	要支援1 (1月につき 2, 496単位)
	要支援2 (1月につき 4, 880単位)
ロ 運動器機能向上加算	(1月につき225単位を加算)
ハ 栄養改善加算	(1月につき100単位を加算)
ニ 口腔機能向上加算	(1月につき100単位を加算)
ホ 事業所評価加算	(1月につき100単位を加算)

○運動器機能向上加算 理学療法士等の関係職種が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

○栄養改善加算 低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

○口腔機能向上加算 口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等の関係職種が共同して利用者の口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

○アクティビティ実施加算 利用者に対して、計画的にアクティビティ(集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練をいう)を実施した場合に加算する。

(※)アクティビティ実施加算は、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算の届出を行っている事業所では算定できない。

介護予防サービスの定量的な効果分析について(第2次分析の結果)

1. 介護予防施策の効果を検証する方法について

- 前回の検討会(平成20年3月31日)では、(人・月)法に基づく仮集計を行い、その結果として、介護予防施策(新予防給付、特定高齢者施策)導入前後での要介護度の悪化割合の減少が認められた。これにより、介護予防施策導入による効果が定性的に示された。
- 今回の検討会(平成20年5月28日)では、介護予防施策導入による効果を定量的に検証することを目的に、更なる分析を行った。具体的な分析方法については以下の通り。
- ある集団を一定期間追跡した場合、その期間中に要介護度が悪化した人数を分子に、悪化するまでの追跡期間(悪化しない者については全期間)の累積(人・月)を分母として算出される数値を、その群の「要介護度が悪化した者の発生率」とする。
- このとき、介護予防施策導入前の群(コントロール群)における要介護度が悪化した者の発生率よりも施策導入後の群(調査対象群)における要介護度が悪化した者の発生率が小さい場合、介護予防効果があると解釈され、その差もしくは比を算出することにより、定量的な介護予防効果を算出することができる。

2. 新予防給付導入の効果について

○新予防給付導入には、統計学的に有意な介護予防効果が認められた

	導入前(コントロール群)	導入後(調査対象群)
対象者数	17,612人	5,087人
要介護度が悪化した者の数(1000人を1年間追跡した場合)	389人	→ 155人減 → 234人

(※)導入前(コントロール群)は要支援、導入後(調査対象群)は要支援1の者。いずれもサービスを受けている者。

要介護度が悪化した者の発生率の変化：
・対象者1000人に対して15.5%(155人)減少
・調査対象群の悪化人数(234人)は、コントロール群の悪化人数(389人)に対して、40%(155人)減少

第55回・第56回給付費分科会における主なご意見

1 総論に関する意見

- 国民にとって良いサービスとは何かを考えることが重要。
- 前回改定の評価・検証に基づき、今回の介護報酬改定を行うことが必要。
- 大都市の事業所、小規模の事業所、居宅介護支援事業所については、収支差率が低いことから何らかの対応が必要。

2 介護報酬・保険料負担に関する意見

- 介護報酬を引き上げると保険料も上がることから、報酬引上げの理由をきちんと説明すべき。全国の首長を納得させる説明が必要。
- 介護報酬を引き上げれば保険料が上がるのは当たり前。如何に財源を確保するかという問題がある。
- 新たな加算を創設すると利用料（1割負担）が高くなる。低所得者対策や利用料に跳ね返らない仕組みの創設が必要ではないか。
- 新たな加算を創設すると従来どおりの利用でも支給限度額に到達し、サービス利用が頭打ちになる懸念がある。加算部分に係る区分支給限度額の適用については、工夫が必要ではないか。
- 利用者負担については、高額介護サービス費の議論をすべき。高額介護サービス費の仕組みが十分活用されているのか。
- 利用者の立場からは、サービスの質が向上しない限り負担増には納得しない。
- 加算については、同じサービスを利用しながら、加算取得事業所とそれ以外の

事業所とで利用者負担に差が出るのはおかしい。利用者負担が増えない仕組みの検討が必要。

- 利用者負担の増を避けるのであれば、介護報酬の引上げは不可能である。
- 介護報酬改定の議論では、財源や保険料に関する議論も行うべき。
- 加算の要件が、効率的な事業運営の妨げになっていないか検証が必要。

3 介護従事者対策に関する意見

【総論に関する意見】

- 職員の処遇の悪化については、原因の分析が必要。単純に「悪化しているから報酬を上げる」という話ではない。
- 加算だけに頼らずに介護従事者の処遇向上につながる仕組みの検討が必要。
- 介護従事者処遇改善法の趣旨を踏まえた議論が必要。
- 介護従事者の処遇を向上させるというが、従事者の給料をどの程度引き上げるのか。その結果、介護報酬はどの程度引き上がり、保険料はどの程度引き上がるのか。明確な説明が必要。

【適切な給与水準に関する意見】

- 処遇改善を図る上で適切な給与水準はどの程度か。公務員たる介護福祉士や看護師の給料を参考にしてはどうか。
- 介護職員の給与水準をどの程度にすることが必要かという点を整理すべき。
- 人材育成の観点から介護従事者の賃金水準をどの程度にするかという議論が必要。その際、施設職員については年功給のイメージが合致するが、訪問・通

所系の職員については能力給のイメージが合致する。いずれにせよ、生活給の視点も必要。

- 限られた財源を有効に使う観点から、今回の介護報酬改定をいかに質の向上に結びつけるかという視点が必要。給与水準が高いから介護サービスの質が高いとは限らないが、給与水準が低いと介護サービスの質が低下することは間違いない。
- 介護サービスの提供で生計を立てている者については生活給を保障する視点からの議論が必要。一方、自ら選択してパートタイムで働いている方については、「103万円の壁」があることから、時給を引き上げても就労時間を抑制するだけである。
- 人材確保の観点から介護従事者の給与水準を議論するのであれば、他職種・全産業との比較も重要ではないか。
- 人材確保の観点から、介護従事者が現行の介護報酬で生計を立てていけるのか、望ましい給与水準はどの程度で現状の水準はどうかという分析が必要。

【キャリアアップに関する意見】

- 介護職員としてキャリアを積むとこれだけの仕事ができるという道筋が示されればやる気が出るのではないか。
- 介護職員の配置や専門職を評価するシステムが必要。有資格者の評価や各団体の研修の評価、キャリアアップの仕組みの構築を介護報酬体系上において明確にすべき。
- サービス提供責任者については、常勤でなければならないので、非常勤で優秀な人をサービス提供者にするという柔軟な対応ができない。
- 勤続年数が長いことを報酬上、評価することはできないか。
- サービス提供責任者に対する何らかの評価が必要。

- 訪問介護の管理者に特段の任用要件がないのはいかがか。何らかの資格が必要ではないか。
- 介護従事者のキャリアアップに関しては、事業主に対する支援や事業主団体等による取組も必要である。介護報酬が主力ではない。
- 事業主の人事労務管理により変動する人件費比率や勤続年数をもとに個別の事業所を評価する仕組みは適切ではないのではないかと。

【介護従事者の処遇改善に係る検証に関する意見】

- 介護報酬が上がったことにより、職員の給料が上がったと分かるようにすることが大事。
- 人材確保対策として給与水準を上げるために報酬上の措置を行うとすれば、「給与をいくら上げるために保険料をいくら上げる」という説明や、報酬を上げた結果どれだけそれが介護従事者の給与に行き渡ったかが分かるシステムが必要。
- 事業主に対し従事者の賃金水準に関する情報提供を求めることが必要ではないかと。
- 今回の介護報酬改定で従事者の処遇改善につながるか、国民の目に見える形で検証する仕組みが必要。
- 管理者を含め、介護従事者の給与水準を公表する仕組みの検討が必要。

【その他の意見】

- 中間管理職の職員がリーダーシップを発揮すれば離職が減ると考える。中間管理職の待遇を改善することが必要ではないかと。
- 介護職員の「夜間・深夜時間帯の不安」に対し、報酬による手当・配慮が必要ではないかと。

- 施設における軽易な医療行為を介護職員に認めるべきではないか。
- EPAから受入れた者を人員配置基準上カウントできないので、一定期間経験すれば人員配置基準にカウントできるように見直すことが必要。
- 介護は女性が中心の職場である。男女の賃金格差があることは問題という視点が必要。
- 介護の質を高めるため、介護従事者は正職員を原則とすべき。
- 現下の労働市場では、常勤換算方法でなければ介護従事者の確保は難しい。
- 介護従事者の人材確保対策については、介護報酬以外の対策の必要性についてどう考えるべきか。

4 地域差に関する意見

- 地域区分の見直しは必要だが、都市部の人件費が高いのはかつての自治体単独補助に起因する面もあるので、単に都市部だけ加算するというだけではバランスを欠くのではないか。
- 第5期以降の検討課題ではあるが、地域差を勘案する仕組みとしては、生活保護の仕組みを参考にする余地があるのではないか。
- 通所系サービスを特別地域加算の対象とすることを検討してほしい。
- 中山間地域に居住する者へのサービス提供に係る移動コストについては、介護保険（介護報酬）で手当すべきものなのか。
- 人件費の地域差を適切に反映させる仕組みは当然必要だと考えるが、改定後に検証を行うことが重要。

- 中山間地域におけるサービス提供に加算をすると、利用者負担が上がることから、そうした地域に住む者に必要なサービスが提供されない恐れがあるのではないかな。

5 事業者の経営に関する意見

- 居宅介護支援事業所のあるべき経営収支等を提示すべきではないかな。
- 収支差率について、どの程度であれば適切と考えるべきかな。
- スケールメリットを考慮して事業所規模の拡大を図ることが重要だが、拡大のインセンティブをどう図るかな。
- 事業者に対して安定経営のモデルを提示すべき。
- 経営モデルの研究については、居宅介護支援事業所だけ別個に取り扱って考えるべき。
- モデル事業所を設定し、教育訓練等を十分に行った上で現行の介護報酬で事業運営できるのかな、他産業との比較はどうかの検証が必要。

6 サービスの質の評価に関する意見

- 質の高いサービスを加算で評価するという場合、質の高さの評価の仕方は難しい。
- サービスの質を評価する際は、利用者に分かりやすい評価の仕組みや指標が必要。

7 個々のサービスに関する意見

- 個室ユニットケア重視を見直すべき。低所得者が入れないし、職員1人1人の責任が重いため離職も多い。
- 福祉用具について、いわゆる外れ値の問題や安価な用具の貸与から販売への移行を整理すべき。
- 居宅介護支援事業の収支差率が低いことや人件費比率が100%を超えていることを勘案し、改善のための一定の配慮をお願いしたい。
- 居宅介護支援事業所については、どれくらいの規模をモデルにするのか、利用者側の代表も入れて議論すべき。
- 地域密着型サービスについては、優れたものだと思うので、今後伸ばすための議論をすべき。

8 医療と介護の連携に関する意見

- 在宅医療の推進については、高齢者に必要なサービスを確保することが重要ではないか。介護療養型医療施設の取扱いについて検討するべきである。
- 地方の診療所は医療資源として必要である。療養病床として残すことができないか検討が必要。
- 医療と介護の連携については、シームレスなケアを促進できる仕組みを考えることが必要。

9 資格・研修に関する意見

- 介護従事者の資格・研修制度について、実務経験者ルートの「600時間」の研修が、介護従事者にとっては離職のインセンティブとならないか。
- 研修期間中の賃金保障、人員補充について支援が必要ではないか。

- 2級ヘルパーの者にさらに一定時間の研修が必要となる理由について理解を促すことが必要。
- 介護福祉士の資格取得方法の見直しに伴う研修費用について、すべて自己負担とすることでよいのか。
- 研修期間中の人員配置基準を緩和することが必要ではないか。

10 補足給付に関する意見

- 補足給付については、利用者のことを考えるとなくすべきではないが、保険料を財源とすべきではない。
- 補足給付については、低所得者に対して差別的であってはならない制度なので、維持すべき。
- 補足給付には問題がある。世帯分離をしたら補足給付がもらえたり、在宅とのバランスがとれないこともある。補足給付を維持するとしても、横断的な低所得対策として行うべきである。

11 その他の意見

- 応益負担の考え方は必要だが、格差社会の中にあっては、可能な範囲内で2、3割の自己負担をしてもらう人がいてもよいのではないか。

介護福祉士資格取得課程及び介護職員基礎研修の概要

介護福祉士の資格取得課程 (養成施設ルート・実務経験ルート)の概要

養成施設ルート 実務経験ルート
1,800時間の課程 600時間の課程

		教育内容	授業 時間数	授業 時間数
人間と社会	理 人 解 の 間	人間の尊厳と自立	30以上	15
		人間関係とコミュニケーション	30以上	
		小計	60以上	15
	理 社 解 の 会	社会の理解	60以上	30
		小計	60以上	30
		※上記必修科目のほか、選択科目		
		小 計	240	45
介 護	介護の基本		180	90
	コミュニケーション技術		60	30
	生活支援技術		300	90
	介護過程		150	90
	介護総合演習		120	
	介護実習		450	
	小 計		1260	300
	こころとからだのしくみ	発達と老化の理解	60	45
		認知症の理解	60	60
		障害の理解	60	60
		こころとからだのしくみ	120	90
		小 計	300	255
	合 計		1800	600

介護職員基礎研修(500時間)の概要

形態	教育内容	授業 時間数
講 義	生活支援の理念と介護における尊厳の理解	30
	老人、障害者等が活用する制度及びサービスの理解	30
	老人、障害者等の疾病、障害等に関する理解	30
	認知症の理解	30
	介護におけるコミュニケーションと介護技術	90
	生活支援と家事援助技術	30
	医療及び看護を提供する者との連携	30
	介護における社会福祉援助技術	30
	生活支援のためのアセスメントと計画	30
	介護職員の倫理と職務	30
	小 計	360
実 習	事前演習	8
	施設・居住型実習	80
	通所・小規模型実習	合わせて40
	訪問介護実習	
	地域の社会資源実習	4
	事後演習	8
	小 計	140
	合 計	500

【参考】

社会保障国民会議における検討に資するために行う 医療・介護費用のシミュレーション

平成20年10月23日 社会保障国民会議
サービス保障(医療・介護・福祉)分科会提出資料より抜粋

シミュレーション実施に当たっての基本的考え方

- 医療・介護サービスの将来像を試算することは、多くの要素が複雑にからむことから大変困難ではあるが、今後の国民的議論に資するため、需要、サービス提供、単位費用(単価)の伸びのそれぞれについて、大胆な仮定をおいて、シミュレーションを行う。
- 医療・介護の将来需要(ニーズ)については、現在の疾病・要介護状態の発生状況を基礎として今後の高齢化の進展を見込んで計算し、これを基本需要推計(現状需要推計)とする。ただし、
 - ・現状は、医療・介護ニーズに対して適切なサービス提供がなされていない(ニーズとサービスのミスマッチが生じている)ことから、一方で過剰需要(供給誘発需要)が生じ、他方で必要なサービスが提供されないなど、全体として非効率な利用状況となっている。
 - したがって、今後、ニーズに対し適切かつ効率的なサービスが提供されれば、入院から在宅への転換など、需要全体の姿も変化すると考えられる。これについては、望ましい提供体制像とともに、改革シナリオとして示すこととする。
 - ・予防について取り組みが進めば、需要総量そのものを一定程度コントロールできる可能性がある。これについては、一定水準の予防効果を織り込むこととし、さらに取り組みが進んだ場合についてオプションシミュレーションとして示す。
- 医療・介護サービス提供体制については、以下に示す複数のシミュレーションを行う。
 - ・現在のサービス提供体制を前提として、単純に基本需要推計に対応する提供量をいったん計算し、これをシミュレーションA(現状投影シナリオ)とする。
 - ・これに対して、サービス提供体制について選択と集中等による改革を図ることを想定し、これをシミュレーションB(改革シナリオ)とする。改革シナリオについては、前提により複数のシナリオを示す(それぞれB1、B2、B3)。
 - ・改革シナリオにおいては、この提供体制の改革により生じる単価の変化も併せて見込む。

○今後のサービスの単位費用(1治療等当たりの単価)の伸びについては、経済成長との関係が見られること、医療技術進歩による伸びが大きいこと、等の研究成果が出されていることを踏まえ、以下の二つの仮定(ケース)を置いてシミュレーションを行う。

- ・ケース①：医療費の伸びの主な要因ごとに一定の仮定をおいた伸び率を使用。(効率化要因についても一定の仮定をおいて織り込む)
- ・ケース②：国際的にみて、医療費と経済の間に一定の関連性が見られることから、医療費の伸びを経済成長率との関係で分析し、経済成長率に対応した一定の伸び率を仮定して使用

○サービス提供体制の改革には、人材養成等、一定の時間がかかること、また中長期的なシミュレーションが求められていることから、2025年までのシミュレーションを行う。

○賃金上昇率、物価等の経済前提については、複数の前提を置く。(本国民会議の公的年金制度に関する定量的なシミュレーションの際の経済前提と同じ前提を置く。)

○なお、人的・物的基盤整備に係る費用(ストック費用)については、基本的には単価に反映され、個別の計算は困難であるため、今回は行わない。

○さらに、オプションとして、以下のシミュレーションを行う。

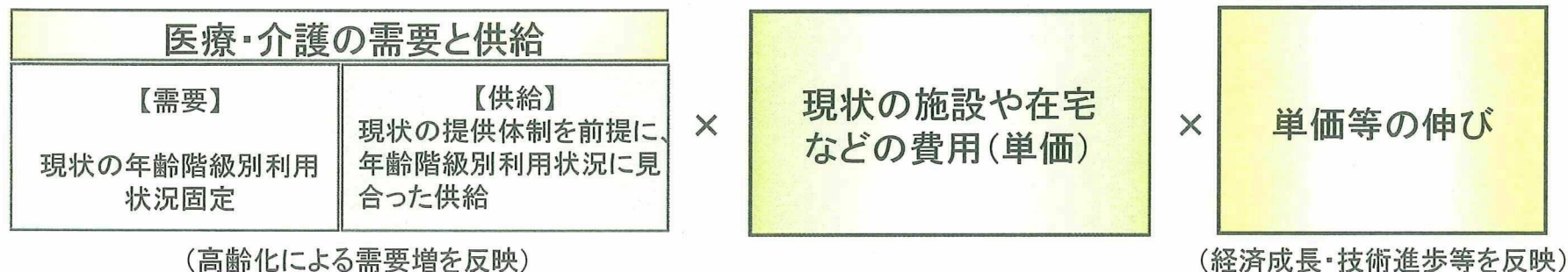
- ・オプション(1)医療・介護予防がシミュレーションB(改革シナリオ)に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合
- ・オプション(2)介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合

医療・介護サービス費用のシミュレーションのイメージ

(1) シミュレーションA(現状投影シナリオ)

(現状の年齢階級別・サービス類型別利用状況がそのまま続いたとした場合の機械的計算

→ 現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点が解決されないまま今後も推移していくシナリオ)



【前提】

需要: 病床ごとの入院、外来・在宅医療、介護施設や居住系サービス、在宅介護サービス等について、仮に、現状の年齢階級別利用状況が続いたとした場合を仮定

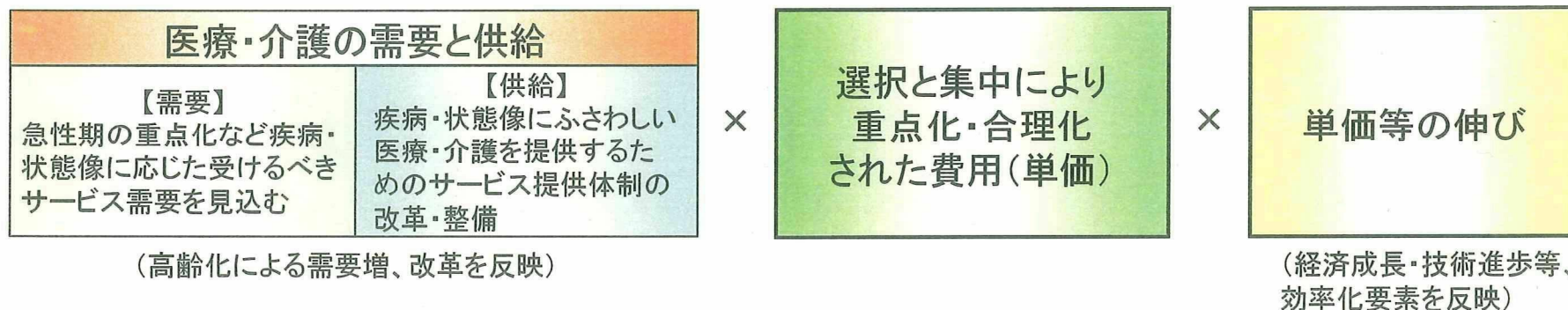
供給: 上記のように仮定した需要に見合うよう、現状と同水準で各サービスの供給が行われるとした場合を仮定

単価: 現在の各サービスにおける単位当たり費用(例えば入院1日当たり費用)が続くとした場合を仮定

→ 現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点(不明確な機能分化、手薄な人員配置、ニーズに対応したサービス供給の不足等)が解決されず、効率化もなされないまま今後も推移していくこととなる

(2) シミュレーションB(改革シナリオ)

(選択と集中～あるべき姿を踏まえたシミュレーション)



※ 医療・介護サービス提供体制の改革に関して、B1、B2、B3の3通りの改革シナリオを想定

【前提】

需要: 急性期の重点化、在宅医療や介護の強化など、各種サービス提供体制の改革を前提として、疾病や状態像にふさわしい医療・介護のサービスを受けたとした場合における、各サービスごとの利用の見込み

※ 医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(平成19年5月 厚生労働省)における取組(予防重視の観点やサービスの質向上・効率化の観点)を踏まえて需要を設定

供給: 疾病や状態像にふさわしい医療・介護を適用することができるようなサービス提供体制の改革・整備が行われることを仮定

単価: 急性期病床における人員配置の重点化など、各サービス提供体制の改革を踏まえた各サービスの単位当たり費用を仮定

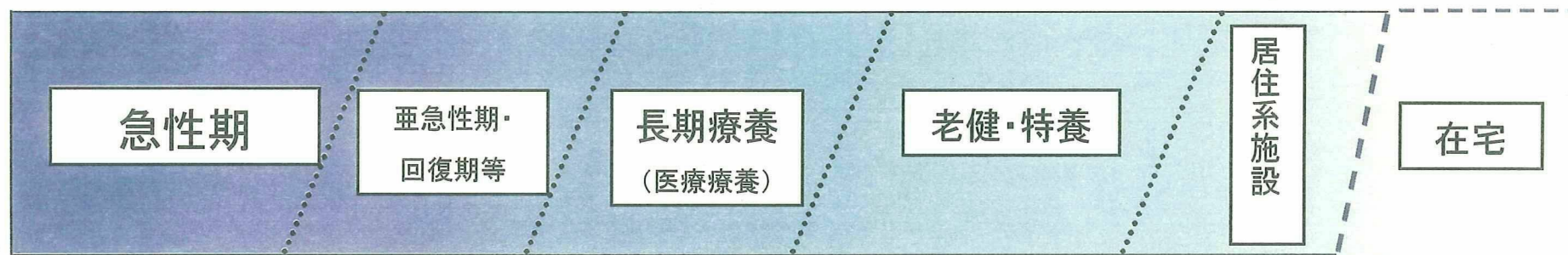
医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



選択と集中による
重点化・集中化

選択と集中、機能分化と連携・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実



将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

経済前提：社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーション(平成20年5月)における経済前提と同じ

※ 名目成長率は、2007年度2.2%、2008年度2.8%、2009年度3.3%、2010年度3.7%、2011年度3.9%、2012年度以降は賃金上昇率マイナス0.5%ポイントを仮定。

足下の経済前提については、2007年1月「進路と戦略」内閣府試算を用い、2012年度以降の長期の前提は、以下の4とおりとする。

足下の前提

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
物価上昇率	0.3%	0.5%	1.2%	1.7%	1.9%	1.9%
賃金上昇率	0.0%	2.5%	3.0%	3.5%	3.8%	4.1%
運用利回り	1.7%	2.4%	3.0%	3.7%	4.1%	4.4%

2012年度以降の長期の前提

	ケースⅠ-1	ケースⅠ-2	ケースⅡ-1	ケースⅡ-2
物価上昇率	1.6%	1.1%	1.0%	1.0%
賃金上昇率	3.7%	2.6%	2.5%	2.1%
運用利回り	4.9%	4.0%	4.1%	3.2%

(注) ケースⅠ-1及びケースⅠ-2は、平成19年10月17日の経済財政諮問会議に示された「給付と負担の選択肢について」の試算における成長ケース及び制約ケースの前提、ケースⅡ-1及びケースⅡ-2は、「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響（暫定試算）：平成19年2月（厚生労働省年金局）」における基本ケース及び参考ケースの前提をそれぞれ踏まえたもの。

シミュレーションの内容

I シミュレーションA(現状投影シナリオ)及びシミュレーションB(改革シナリオ)

(医療・介護サービスの需要や供給、経済前提や単価等の伸びについての各種前提のもとでの平成37(2025)年における医療・介護サービス費用等のシミュレーション)

※各シミュレーションの手順と詳細は解説編「サービス提供体制改革の考え方」P15～の「シミュレーションの手順と詳細」を参照

- (1) 医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション
- (2) 入院・施設・居住系サービス基盤(利用者を支えるベッド数・定員数等)のシミュレーション
(附) 医療/介護・施設/在宅間の利用者の移動に関するシミュレーション
- (3) マンパワーの必要量のシミュレーション
- (4) 医療・介護サービスごとの単価のシミュレーション
- (5) 医療・介護サービス費用のシミュレーション
(附) 財源構造についての粗いシミュレーション
(附) 途中年次(2015年)の財源構造についての粗いシミュレーション

II オプションシミュレーション

- (1) 医療・介護の予防がシミュレーションB(改革シナリオ)に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合のシミュレーション
- (2) 介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合のシミュレーション

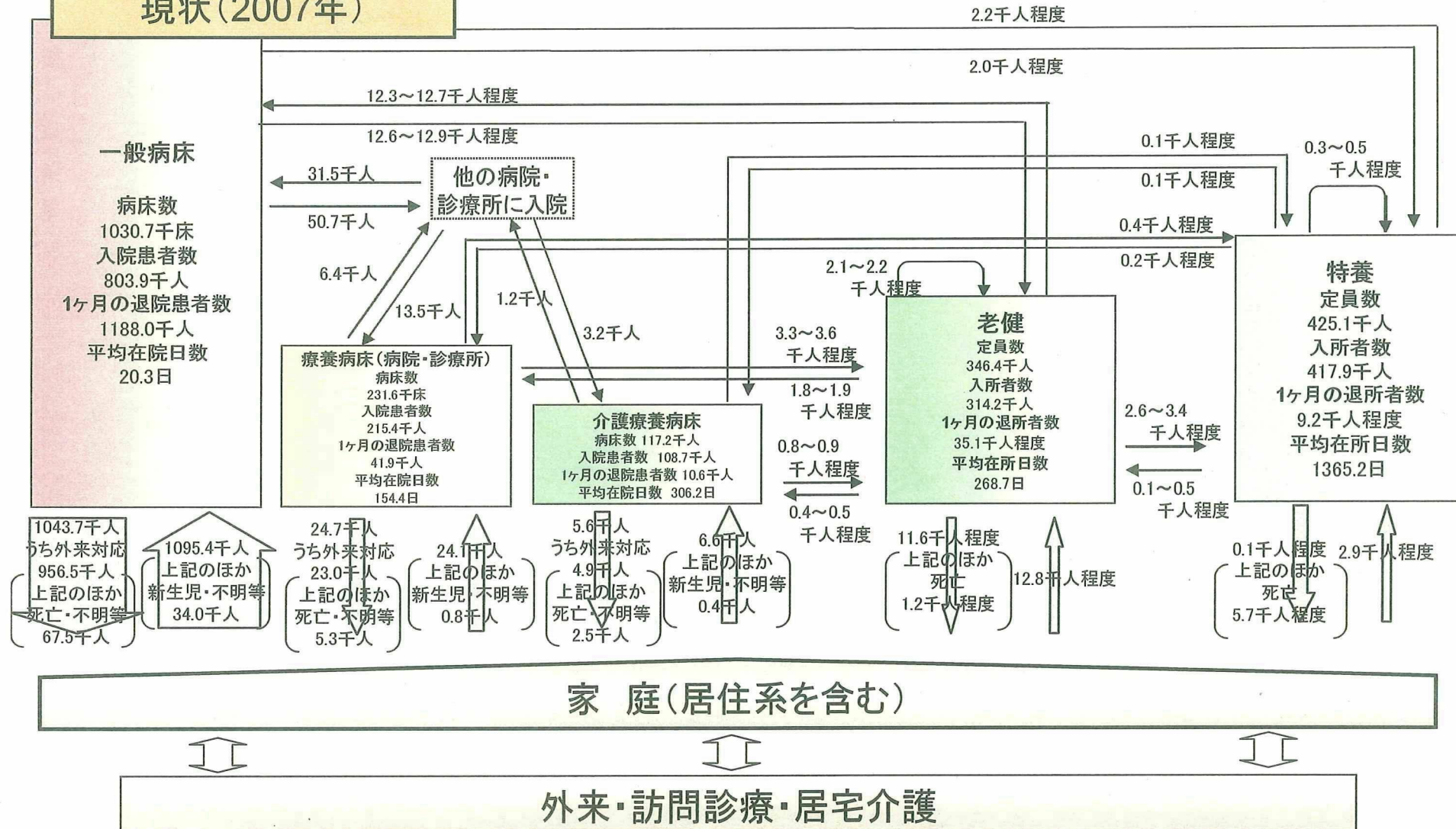
【このシミュレーションでは、人口は各年10月1日時点、利用者や費用等は年度をベースとして推計を行っている。】

(1) 医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	80万人/日	104万人/日 〔73万人/日 31万人/日〕	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期等			47万人/日	40万人/日	36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(104万人/日)	(103万人/日)	(87万人/日)	(88万人/日)
長期療養(医療療養)	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設 特養 老健	84万人/日 42万人/日 42万人/日 (老健+介護療養)	169万人/日 85万人/日 83万人/日	146万人/日 76万人/日 70万人/日	149万人/日 78万人/日 72万人/日	149万人/日 78万人/日 72万人/日
(入院・介護施設小計)	(186万人/日)	(309万人/日)	(271万人/日)	(259万人/日)	(260万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	25万人/日 11万人/日 13万人/日	47万人/日 22万人/日 25万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日
在宅介護 うち小規模多機能	243万人/日 1~2万人/日程度	408万人/日 数万人/日程度	424万人/日 60万人/日	429万人/日 60万人/日	429万人/日 60万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(268万人/日) (14~15万人/日程度)	(454万人/日) (25+数万人/日程度)	(492万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)
外来・在宅医療	582万人/日	634万人/日	631万人/日	644万人/日	643万人/日
利用者総数(重複あり)	(1036万人/日)	(1397万人/日)	(1394万人/日)	(1400万人/日)	(1400万人/日)
(参考)総人口	1億2,777万人	1億1,927万人			

(附) 医療／介護・施設／在宅間の利用者の移動に関するシミュレーション

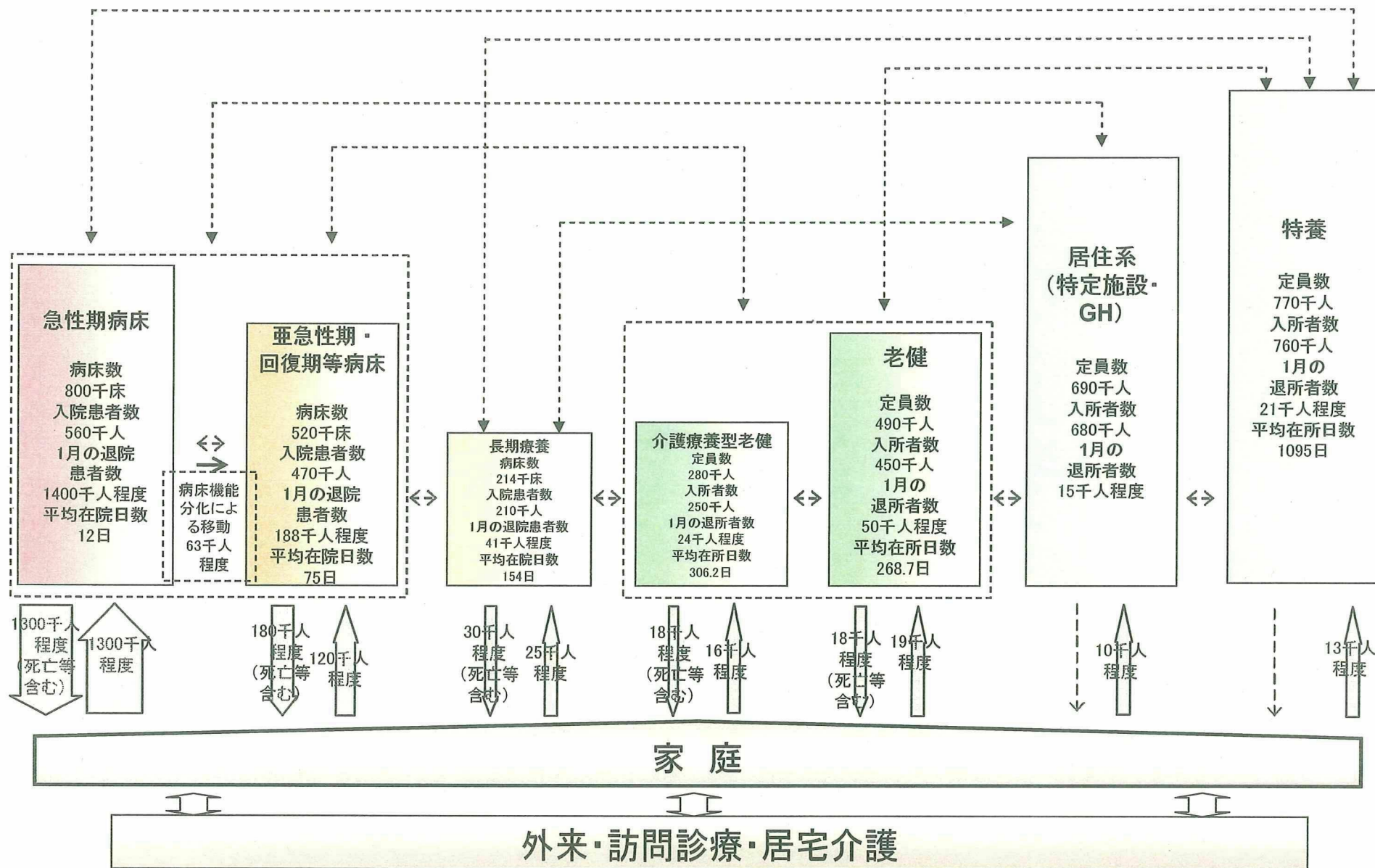
現状(2007年)



(資料)「患者調査」、「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)等
 (作成方法等)

1. 入院・入所者数や平均在院日数は、医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの数値を使用(平均在院日数は調査結果より)。
2. 利用者の移動(入退院・入退所等)数については、「患者調査」及び「介護サービス施設・事業所調査」と、入退院・入退所等の数等が定常状態の場合における関係式(ある日において入院・入所している者の数=ある日における入(退)院・入(退)所者数×平均在院・在所日数)とに基づき設定。なお、1月は30日として計算。
3. 調査によって各施設等に係る「入所前の場所」と「退所後の行き先」とが完全に一致しないこと等から、数値は一定の幅をもって表示している。
 また、特養と医療機関との間の移動については特養の退所者数を基に設定した。

改革シナリオ (B1シナリオ)



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6～7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6～7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

(2) 医療・介護サービス費用のシミュレーション

総括表

(経済前提Ⅱ－１の場合)

	現状 (2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B 1シナリオ	B 2シナリオ	B 3シナリオ
医療＋介護 対GDP比 対NI比 名目額	7.9 %程度 10.7 %程度 41 兆円程度	10.8～10.9%程度 14.7～14.8%程度 85兆円程度	11.6～11.9%程度 15.8～16.2%程度 91～93兆円程度	11.6～11.9%程度 15.7～16.1%程度 91～93兆円程度	11.7～12.0%程度 15.9～16.3%程度 92～94兆円程度
医療 対GDP比 対NI比 名目額	6.5 %程度 8.9 %程度 34 兆円程度	8.4～8.5%程度 11.5%程度 66～67兆円程度	8.6～8.9%程度 11.7～12.1%程度 68～70兆円程度	8.5～8.8%程度 11.6～12.0%程度 67～69兆円程度	8.6～8.9%程度 11.8～12.2%程度 68～70兆円程度
介護 対GDP比 対NI比 名目額	1.3 %程度 1.8 %程度 7 兆円程度	2.4 %程度 3.2 %程度 19 兆円程度	3.0 %程度 4.0 %程度 23 兆円程度	3.0 %程度 4.1 %程度 24 兆円程度	3.0 %程度 4.1 %程度 24 兆円程度

(注1)年度ベースの数値である。

(注2)「～」の左は、医療費の伸び率として要素の積み上げを用いた場合(ケース①)であり、右は賃金と物価の平均に1%を加えたものを用いた場合(ケース②)である。

(注3)GDP及びNIは、2007年：GDP=522兆円、NI=383兆円、2025年(経済前提Ⅱ-1の場合)：GDP=787兆円、NI=578兆円である。

「訪問介護の実態及び効率的なサービスのあり方に関する 調査研究事業報告書」の要旨

◎ 社会保障審議会答申（平成 18 年 1 月 26 日社保審発第 1 号）

- 介護給付の訪問介護については、報酬体系の機能別再編に向けて、訪問介護の行為内容の調査研究を行うこと。

◎ 19 年度調査のねらいと全体構成（各調査の概要）

- これまでの検討結果を踏まえ、訪問介護サービスの業務構造に即した調査の枠組みを設定し、訪問先における介護行為の詳細な把握及び、訪問先以外での業務行為時間を把握した上で、機能別・行為別によるサービスの体系化の可能性を検討。

- 実態調査の構成と手法は、次表のとおり。

調査種別・ねらい	調査手法	実施時期	調査対象・実施件数
1. 訪問介護サービスタイムスタディ調査 ○訪問時における介護サービス行為の把握 ・主要行為と付帯行為の時間の関係把握 ・生活自立支援「その他」の詳細把握	○他記式タイムスタディ調査 ・記録間隔 1 分間 ・サービス時間内での老計 10 号コード行為 + 追加コード検討 ・調査期間 2 週間程度	○平成 20 年 3 月 10 日～27 日 （一部 4 月上旬に再確認）	○調査事業所数 11 事業所 ○回収件数 225 件 （分析対象件数 223 件） ○協力介護員数 137 人
2. 訪問介護サービス映像記録調査 ○訪問介護行為の流れの把握とタイムスタディ調査の対象確認 ・介護行為内容と作業の流れの確認 ・円滑作業の阻害要因による行為内容の違いの把握 ・介護作業効率化のポイント探索	○ビデオ映像記録調査 ・種々の介護サービスの内容と作業の流れを映像で記録 ・事後分析により行為内容を、主作業と付随作業・作業余裕に区分（後にサービスの標準を検討する際の材料とする。）	○平成 20 年 3 月 14 日～31 日 （一部 4 月上旬に再確認）	○調査事業所数 4 事業所 ○記録ケース数 15 件 （分析対象件数 13 件）
3. 業務時間調査 ○1ヶ月の業務時間（内容別）の把握 ・訪問先での介護サービス時間と合わせて、サービススケジュール及び介護スタッフの調整、管理、介護スタッフの移動等、訪問介護サービス提供に係る全体の時間を把握	○事業所調査 ・調査 1・2 の対象利用者についての基本属性記録、訪問介護計画内容 ○サービス提供責任者調査 ・サ責の業務内容を把握 ○介護員調査 ・1ヶ月の業務時間記録（自記式）	○平成 20 年 3 月 10 日～27 日	○調査事業所数 11 事業所 ○調査対象者の範囲 サ責・常勤訪問介護員 ○回収件数 ・サ責調査 20 件 ・介護員調査 90 件

◎ 調査研究結果のまとめ

- タイムスタディ調査、映像記録調査、業務時間調査等により、下記の事項が把握できた（各調査結果のポイントは別添のとおり）。

（１）訪問介護サービス行為の流れ

- ① サービスの類型（身体介護中心と生活援助中心）により、介護行為の組み立て・流れが異なる。
- ② 健康チェックは、サービスの類型にかかわらず最初の 5 分間で集中的に行われる。
- ③ 身体介護中心のサービスでは、
 - ・ 前半の時間帯で排泄介助、後半で清拭・身体整容が行われる（サービス時間が短いほどこの傾向は顕著であり、サービス時間が長くなると全身浴・部分浴が行われるケースが増え、相対的に、清拭・入浴・身体整容に関する時間の構成比は大きくなる。）。
 - ・ 60 分以上のケースでは、食事介助が含まれるケースが増える。
- ④ 生活援助中心のサービスでは、
 - ・ 60 分以上のサービスの場合、前半で掃除を行い、後半で一般的な調理を行うケースが多く、90 分以上のサービスの場合、前半に調理を行い、後半で掃除を行うケースが多くなる。
 - ・ 90 分以上では、後半の時間帯に洗濯が追加されるケースが増える。
- ⑤ 最後の時間帯で、サービス提供の記録が行われるが、生活援助中心サービスの場合、記録だけでなく、相談援助・情報収集が行われるケースが多い。

（２）サービスの流れの変動要素

基本的なサービス提供の流れは①で整理したものとなるが、次のような変動要素により、個々のケースで流れに変動が生じる。

- ① サービス利用者の身体状況
- ② 介護員の熟練度
- ③ 掃除等の生活援助行為が、予定時間内での介護行為の組み立ての調整項目となっているかは明確には確認できなかったが、長時間サービスの最後の時間帯に集中するなど、可能性を残す結果となった。

（３）サービス行為における作業度内訳の把握

サービス行為の内容について、生産管理分野における知見をもとに、

分類を行い、分析を行ったところ、介護の内容及び担当介護員により主作業と付随・付帯作業の割合が異なり、作業余裕はサービス利用者の状態により大きく左右される（作業分類については別添資料のとおり）。

これらのことから、主な介護行為ごとに専門家の検討も交えて、主作業等の作業分類のあり方を検討・整理し、さらに分析ケースを増やして、その関係を検証することにより、「標準的な介護サービス」を検討できる可能性が得られた。

○ 今後の課題

本調査により、時間経過に沿った、おおよその訪問介護サービスの流れが把握でき、標準化の可能性が示されたところであるが、変動要素（介護員の熟練度、サービス利用者の身体状況等）が多く、調査目的の明確化、調査・分析の手法の検討及び検証並びに調査対象ケースの絞り込み等を行った上で、今後の研究が必要。

◎ 実態調査結果のポイント（具体的データは報告書参照）

1. タイムスタディ調査の結果のポイント

- これまで介護サービスの内容は、サービス時間全体に対する介護行為分類の構成比でしか把握できなかった。

本調査では、5分・10分間隔での時間経過ごとに介護行為の構成比を集計した結果、時間経過に沿ったおよその介護の流れを把握することができた。

（1）介護の流れの把握について

① サービス類型共通

- ・ 多くのケースで最初の5～10分でサービス準備が行われる。
- ・ 身体介護と生活援助が複合されるサービスにおいて、身体介護は前半の時間帯で、生活援助は後半で行われる。

② 身体介護中心サービス

- ・ 全体的なサービス提供の流れ

サービス準備（健康チェック）

- 清拭・入浴介助、身体整容、食事介助、排泄介助等の身体介護
- 自立生活支援のための見守りの介助等の生活援助に近い介護
- 一般的な調理、配膳・下膳、洗濯等の生活援助
- サービス記録

③ 生活援助中心サービス

- ・ 全体的なサービス提供の流れ

サービス準備（健康チェック）

- [一般的な調理、配膳・下膳、掃除、洗濯]+[清拭・入浴、身体整容]
- サービス記録

- ・ 洗濯、掃除はサービス時間の後半で行われる傾向が見られ、生活援助において掃除はサービス時間終了までの調整的な使われ方をしているのではないかと仮説と整合した形となっている。

（2）介護の流れの変動要素把握について

① サービス利用者の身体状況（要介護度）による介護の内容・流れの違い

- ・ 要介護度が高くなるにつれ、身体介護サービスの割合が高まる。
- ・ 要介護度が高くなるにつれ、排泄介助の内容が、トイレ利用からおむつ交換へ移行する様子が把握できた。

② 介護員の属性による介護時間の違い

- ・ 比較的経験の長い介護員（経験 7～9 年）の介護時間が長く、長時間型の介護を担当していることが考えられる。
- ・ 比較的経験の短い介護員は、食事介助、掃除等の時間割合が比較的多く、比較的要介護度の低いケースを担当していると考えられる。

(3) 生活援助における介護の流れ、「掃除」等の位置づけについて

介護行為の効率化・標準化の検討に際しては、次のような、介護行為の組み立ての中での、介護行為間の「優先順位」を理解することが重要と考えられる。

① 身体介護・生活援助の複合サービス

- ・ 生活援助は後半に行われる傾向がある。

② 掃除等の生活援助サービス

- ・ サービス時間の後半で行われることが多く、予定時間を満たすまでの介護行為の組み立ての調整項目となっている可能性がある。

2. 映像記録調査の結果のポイント

- 調査結果については次のとおり。

(1) 身体介護の行為内容の特徴

- ① 主要サービスである清拭・食事介助においては、主作業が占める割合は比較的小さく、付帯作業や作業余裕の割合が大きい。特に作業余裕は利用者側の要因で発生することが多く、予測が困難。
- ② 利用者による差異が大きいですが、利用者ごとであれば、ある程度の振幅を予測できる可能性が高い。
 - ・ 事業所として、扱いの難しい利用者とそうでない利用者を予め分類・管理できれば、利用者による困難さを踏まえた管理が可能。
- ③ 職場余裕として分類される「利用者の非協力的な態度や拒否」は、介護作業上、最も効率性を左右する。
 - ・ 多くの場合、ヘルパーはこの状況を見込んだ対応をして時間内に作業が遂行できるようにやりくりをするが、この対応がうまくいかなかった場合、サービス時間内での作業完了は困難となる。

(2) 生活援助の行為内容の特徴

- ① 主要サービスである調理・掃除においては、主作業及び付帯作業の割合が大きく、付随作業が少ない。(主作業は介護員のスキルに、付帯作業は居室の環境や同居家族の協力・生活習慣に影響される部分が多い。)
- ② 利用者の状態が変動要素として大きい身体介護と異なり、生活援助は介護員のスキルや居住環境が変動要素として大きい。
- ③ 職場余裕として分類される「利用者の非協力的な態度や拒否」は、介護作業上、最も効率性を左右する。

(参考) 本調査における行為内容の分類に用いた指標について

分類		性質
作業	主体作業	その作業者に課せられた本来の目的の仕事
	主作業	その仕事に直接的に関与している部分
	付随作業	主作業に付随して規則的に発生するが、仕事の目的に対し間接的に役立っている要素
	付帯作業	本来の作業のための準備、段取り、後始末、運搬等の作業で1ロットごとにのみ発生するもの
余裕	作業余裕	必要な作業要素ではあるが、不規則・偶発的に発生するもの (その原因が物的要素にあり、標準化されないことが多い)
	職場余裕	本来の作業とは無関係に発生するもの (各種の手待ちや、管理上から発生する遅れ、管理の改善で減少可能)

注)「分類」についてはIE (Industrial Engineering (経営工学)) (※1)の概念による。一般的には、製造業や建設業等の生産管理分野において、これらの分類をもとに観測を行った結果について作業研究・動作分析を行い、作業者の習熟度による補正・余裕時間の設定等を行うことで、一連の作業の標準時間(一定スキルのある作業者が、通常の条件下で作業を遂行するための必要時間)を算出し、作業時間の標準化による生産管理や工程分析による生産効率性改善のために用いられる。

(※1) IE とは、「経営目的を定め、それを実現するために、環境(社会環境および自然環境)との調和を図りながら、人、物(機械、設備、原材料、補助的エネルギー)、金及び情報を最適に設計し、運用し、統制する工学的な技術・技法の体系」として定義されている。

○ まとめと今後の課題

(1) 調査の前提について

- ① 今回、初めて映像記録の分析を行い、どのような分析が可能か確認する作業に重点を置いた結果、次の2点について定量的に把握できる可能性が示されたところ
 - ・ 身体介護・生活援助のサービス特性の違い
 - ・ 同じ利用者における介護員によるサービスの違い

② 今後、この手法による分析を深めるための調査方法は、次のようなスタイルをとり、これらの可能性を検証する手法が望ましい。

- ・ サービス体系の見直しのターゲットとなる行為を絞り込む。
- ・ 見直しの方向性（シナリオ）をある程度定める。

（２）調査方法について

① 映像記録調査の有効性を高める調査方法の工夫

- ・ 介護員のスキルの差異の把握にフォーカスする場合
→利用者を固定し、複数種類のヘルパーによるサービスの違いを記録
- ・ 居住環境の違いによる差異を把握する場合
→明確に居住環境に差異があるケースを設定し、同様のケアプラン例を抽出する

② 映像記録調査の限界の認識

- ・ 利用者の同意が必要なため、記録対象が限定される。
- ・ 介護員側の同意を必要ため、介護員側が粗悪な例は観測が困難。
- ・ 画像分析のため、分析に手間がかかる。（現状では、大量データを同時並行的に分析することはかなり困難。）

（３）分析について

- ・ 明確な分析計画の組み立て及び記録ケースの確保ができれば、かなり有効な分析が可能。
- ・ ただし、ヘルパーの技術を評価する場合、介護技術の専門家の観察・評価及び判断が必要となる。（分析手法について十分に検討し、分析データを起こす段階から専門家の指導を仰ぐ必要がある。）

３．業務時間調査の結果のポイント

○ 事業所調査の結果のポイント

（１）全体の傾向

- ・ 調査対象者に占めるサービス提供責任者の割合が高かったこともあり、事務作業が５割近く、サービス提供時間が３割程度にとどまった。

（２）サービス提供責任者（N＝40）について

- ・ 業務時間の５６％を事務作業が占めている。
（サービス提供責任者としての事務作業４６．３％、その他作業９．６％）
- ・ サービス提供時間は２２．７％。

(3) サービス提供責任者以外の常勤ヘルパー (N=14)

- ・ 事務作業時間が 20%程度を占めている。
- ・ 移動・休憩時間を差し引いたサービス提供時間は 50%あまり。

介護報酬見直しに係る要望事項

社会保障審議会介護給付費分科会 委員 稲葉雅之

(民間介護事業推進委員会 代表委員)

1. 総論

介護保険制度には、多様な民間介護事業者の参入が進み、サービスの供給量が飛躍的に拡大した。特に民間介護事業者は、在宅サービスを中心として既に主要な担い手として成長してきている。

介護給付が急速に膨らんでくるこれからの高齢社会における介護サービス供給体制の在るべき姿は、これら多様な事業主体がそれぞれの特性を活かしながら、効果的、効率的なサービス提供ができるものでなくてはならない。また、深刻化する介護分野での人材不足を解消するためには、介護従事者の処遇改善は急務である。

過去2回にわたる介護報酬改定の結果としての現在の経営状況の厳しい実態は、「平成20年度介護事業経営実態調査」の結果をみても、既に経営努力だけでは限界に達しつつあり、介護報酬の引き上げを強く求めるものである。然りとて、処遇改善を介護報酬の引き上げだけに求めることには限界がある。介護報酬の上昇は給付額の増加に直結し、国民の保険料負担増、サービス利用料負担増として跳ね返るものだからである。

「介護報酬」の引き上げによる事業収支バランスの確保は、対症的対処方法である。生産性の向上による収支バランスの確保は、事業者が自らの効率化努力により持続的に獲得していく長期的・抜本的対処方法と言える。このような事業者の効率化努力を促進する発想を持った制度運用は、政府の推進する財政再建の視点からも、いま、求められているものではないだろうか。

介護サービス供給事業の安定性、継続性にとって最も重要なことは、事業者の活力とコストコントロール機能が働く、事業の効率的運営による収支バランスの確保である。

2. 民間介護事業者に共通した要望事項

(1) 各サービス共通の事項

- ①良質なサービスを安定的に提供できるよう、専門性の高い人材の確保及びサービスの提供に必要なコストを適正に評価した介護報酬とすること。

(理由)

介護保険制度では、人員、設備及び運営に関する基準（指定基準）に定められたサービスを国民に提供することを保障しており、介護事業者にはそのサービス提供体制を維持するとともに、常にサービスの質の向上に努めることが責務とされている。このためには、専門性の高い人材の確保やスキルアップ及び事業運営の効率化が求められる。こうした人材の確保・育成に係るコストを適正に評価し、これに見合う介護報酬の水準となるよう見直していただきたい。

- ②介護サービスの提供にあたって、給与水準の差及び中山間地域等でのサービス提供の非効率性など、介護報酬の地域区分の違いに基づく格差を是正するよう介護報酬を見直すこと。

(理由)

介護保険制度の下では全国どこでも均質な介護サービスが提供されなければならない。しかし、都市部では給与水準や事務所の賃料等が高いこと、中山間地域等では訪問時の移動距離が長いこと等からサービス提供の効率性が低下するなど地域における条件の格差が生じている。反面、現在の介護報酬の地域区分は、こうした地域の実情を適切に反映したものとなっていないことから、これを是正していただきたい。

(2) 訪問介護サービスに関する要望事項

- ①サービス提供責任者の業務の重要性に鑑みその介護報酬上の評価をすること及び効率的な運用や非常勤職員の登用ができるよう配置基準等を見直すこと。

(理由)

サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成するとともに、利用申し込みの調整、サービス担当者会議への出席、訪問介護員等の管理などその責務は重く、人員配置基準も厳しい。しかし、現在の訪問介護の介護報酬体系の中ではその確保が難しいことから、サービス提供責任者の十分な配置が可能となるよう介護報酬の引き上げを図っていただきたい。

サービス提供責任者は要件として、常勤であることが規定されているが、優秀な人材であれば非常勤職員であってもサービス提供責任者の責務を十分担えるはずである。当然それは勤務形態で判断されるべきものではない。

また、優秀な人材であれば効率的なサービス管理が可能であり、その範囲も一律的に規定できるものではない。従って、サービスの質が低下しない限りにおいて、現行の人員配置基準の緩和を図ることを要望する。

②特定事業所加算の算定要件を緩和すること及び利用者の負担軽減策を講じること。

(理由)

サービスの質の高い事業所を評価するため設けられた仕組みであるが、特定事業所加算の条件が厳しいことから加算を受けている事業所数は少ない。また、利用者にとっては、特定事業所加算の趣旨が理解されにくいことに加え、この加算の取得が利用者の一割負担の増加やサービス提供量の減少につながることにとなり、たとえ要件を満たせる事業所であっても敬遠しているのが実情である。

このため、算定要件を緩和するとともに、加算制度であることを考慮し、利用者の負担増に対する軽減措置を講じていただきたい。

(3) 居宅介護支援サービスに関する要望事項

①介護報酬を大幅に引き上げること。

(理由)

介護事業経営実態調査結果でも明らかなとおり、居宅介護支援事業所の収支差率は大幅なマイナス値となっており、他の介護サービスと比較しても突出している。健全な事業所運営が図れるように介護報酬の大幅な引き上げを検討していただきたい。

②特定事業所集中減算については、廃止を含めて見直しすること。

(理由)

特定事業所集中減算の考え方は、居宅介護支援事業所の公正中立性を確保するため特定の事業所に集中することを回避することが目的であるが、現行制度の運用では、良質な事業所の利用にも制限がかかることになり、努力をした事業所が報われないという現象が発生している。

利用者がサービス水準の高い良質な事業所を求めることは当然のことであり、こうした介護保険の基本理念である利用者の選択を損ないかねない現行の特定事業所集中減算については、廃止を含めて見直ししていただきたい。

【参考】

民間介護事業推進委員会について

1. 設立の趣旨

介護サービス事業については、地方自治体や社会福祉法人のみならず、民間営利法人、農協、生協、NPO法人など、多様な主体によって介護サービスが提供され、在宅サービスを中心に介護サービスの供給量は飛躍的に拡大してきた。

一方、この介護保険制度を将来にわたって持続可能なものにしていくためには、制度そのものや介護報酬の見直し等において、介護サービスの需要動向や、多様なサービス提供事業者などの意見も取り入れた実態的な見直しが不可欠となってくるものと考えられる。

従来より、在宅関係事業者は、複数の団体に分かれて活動しているが、民間の主体性に基づいた活動として、在宅介護の関係諸団体が参集し、介護保険制度の下での事業環境の整備及びこれを支援する方策等について、それぞれの経験、成果、課題等についての情報や意見交換及び要望等を集約することを目的に、民間介護事業推進委員会が設立された。

2. 設立年月

平成20年8月

3. 構成団体（順不同）

○社会福祉法人 全国社会福祉協議会

○J A高齢者福祉ネットワーク

○有限責任中間法人 日本在宅介護協会

○日本生活協同組合連合会

○「民間事業者の質を高める」有限責任中間法人 全国介護事業者協議会

○特定非営利活動法人 市民福祉団体全国協議会

○社団法人 シルバーサービス振興会

今後、介護給付費分科会での審議が進み、具体的に給付額及び基準の見直し等の骨子が検討されていく段階で、当民間介護事業推進委員会といたしましては、具体的な数値を含めた要望、あるべき提言を再度提出させていただきたいと考えます。

2008年10月30日

社会保障審議会委員

社会保障審議会介護給付費分科会委員

沖藤典子

介護報酬改定について

住み慣れた我が家で人生を全うするために

はじめに：

これまで利用者市民の立場から意見書を提出してきましたが、介護給付費分科会における議論のなかで、認定ランクが軽度・中度といわれる人たちを支える在宅サービスについての議論が少ないことに危惧を抱いています。施設介護サービス利用者の課題はもちろんですが、介護保険サービス利用者の7割を占める居宅サービスのあり方について、重度化しないようにと支援を求める軽度の在宅利用者、認知症の在宅利用者についての議論はさらに重要と考えます。

今回は、在宅の利用者、在宅介護者の立場から、訪問介護については前回の意見書に新たなヒアリングにもとづいて加えた意見を、そして地域密着型サービスで新設され、在宅認知症ケアの「切り札」とも呼ばれる小規模多機能型居宅介護について、あわせて意見を提出させていただきます。

訪問介護について：

1. 利用者の暮らしを支える訪問介護の充実を

介護保険法施行前から、「生活援助」における掃除、洗濯、買い物、調理、手続き代行は5大サービスと言われ、もっとも利用されてきたサービスです。

しかしながら「生活援助」の利用制限によって、さまざまな問題が起こっています。掃除の制限により、家の中がほこりまみれで喘息を起こすケース、洗濯の制限により不潔な状態で暮らすケース、買い物の制限により食材や日用品が入手できず、“買い物難民”と呼ばれるケースなどなどです。昨夏の猛暑では熱中症で900人を超える死者がでましたが、60歳以上が7割を占めたとのこと、早朝に訪問した訪問介護員が衰弱した利用者を発見し、一命を取り留めたケースもありました。

制度設計時には家族介護が前提とされていました。しかし、現在、“65歳以上の高齢者のいる世帯”のうち3世代世帯は20.5%で、1980（昭和55）年の50.1%から半減、2000（平成12）年の制度創設からも5%減少し、家族介護力が大きく低下しています。利用者の暮らしそのものには脆弱性、危険性があり、ひとり暮らしや老老世帯、“親と未婚の子のみの世帯”などの利用者にとって「生活援助」は欠かすことのできないサービスです。

2006（平成18）年度の介護報酬改定、介護給付適正化計画、指導・監査の強化のなかで、厚生労働省は再三、「一律機械的にサービスに対する保険給付の支給の可否について決定する

ことがないよう」との事務連絡文を出しています。それにもかかわらず、「生活援助」を過度に抑制する保険者がまだ多いのが現状です。「生活援助」の制限によって、老老介護の崩壊や施設入居待機者の加速、働き手である訪問介護員の離職などの社会的損失が懸念されます。

介護給付費分科会において、在宅サービスのなかでも訪問介護は必須のサービスとして、改めて評価を検討し、特に“同居家族”など家族形態による、「生活援助の制限を認めない」との見解をまとめることを提案します。

2. 介護予防訪問介護の、必要に応じた利用を認める必要があります

介護報酬の改定により、介護予防訪問介護に定額制が導入されました。その結果、利用者にとっては、認定ランクに応じた支給限度額の範囲内であるにもかかわらず、介護報酬の範囲でしかサービスが利用できないという二重構造が生じています。サービス提供事業所においては、やむを得ない状況に対応するため、介護報酬の採算を超えて、“持ち出し”でサービスを提供するケースも出ています。

介護予防訪問介護の制約により、「支給限度額があまっているのに、必要なサービスがなぜ利用できないのか」という声が多くあります。また、介護予防支援では介護予防訪問介護などに加えて、市区町村の独自サービス、非営利有償サービスを組み込むことが推奨されていますが、「非営利有償サービスではスタッフが限られ、希望する時間に訪問してもらうことができない」といった声が寄せられています。

介護予防訪問介護の定額制の課題について分析するとともに、事業者が必要な利用者に必要なサービスを届けることができるよう、報酬上の評価を再検討することを提案します。

3. 「生活援助」の提供時間に応じた評価が必要です

介護報酬の改定により、訪問介護の「生活援助」の提供時間が1.5時間を超えた部分について報酬上の評価がなくなり、「身体介護」では生活支援単価となりました。認知症の利用者へのサービス提供であっても、1.5時間を超えると生活援助と同等単価になります。事業者にとって訪問介護員の人件費が確保できない、あるいは持ち出しになるなど、大きな打撃となっています。専門性が求められるサービスであるにもかかわらず、なぜこのような評価となるのでしょうか。提供時間が長時間になると単価が下がることへの、合理的な理由が不明です。「生活援助」が2時間必要な場合には、1回で済んだサービスを2回に分け、むしろ提供回数が増えるという奇妙な事態も招き、利用者の不信感をも招いています。

「生活援助」のサービス提供時間に応じた評価を、再検討することを提案します。

4. 介護現場の裁量を認める必要があります

高齢期の心身の状況は日々異なり、不安定なものです。訪問介護員は訪問時に、利用者の心身の変化を見極めながらケアを提供しています。しかし、「ケアプランにないサービスは介護報酬を認めない」という一律の指導により、規制が強まっています。一方、訪問介護員の訪問時に緊急事態が起こり、事前プラン以外のサービス提供が必要になるのは日常的状況です。

利用者の心身の変化に対応したサービス提供を保障するために、担当訪問介護員が訪問介護事業所のサービス提供責任者と連絡を取り、後にケアマネジャーに事後承認を得るなど柔軟なサービス提供を認めることを提案します。

5. 「通院等乗降介助」の再検討が必要です

通院では、医療機関に支援があることを前提としており、訪問介護員による「通院等乗降介助」、「院内介助」が認められておりません。

しかし、支援機能のある医療機関は少なく、通院を断られるだけでなく、ケアマネジャーとの連携もないまま、一方的に医療機関が訪問介護員に支援を要求するケースもあります。高齢夫婦世帯、高齢ひとり暮らし世帯では、家族などの付き添いも頼むことができません。また、「通院等乗降介助」、「院内介助」には利用者の病状などの把握が必要で、ボランティアによる代替には限界があります。だからといって、ホームヘルパーの待機時間を自費で賄うことは、低所得層はもちろんのこと利用者には経済的負担が大きく、通院そのものが制限されています。

介護予防訪問介護では、定額制の報酬、包括的サービスになるとともに、「乗降介助」が除外されましたが、電話相談では支援がないことによる窮状が寄せられています。要支援1・2の要支援認定者であっても、「乗降介助」の提供が必要となる場合があると考えます。

「院内介助」については医療機関との連携がない場合には、訪問介護のメニューに位置づける必要があると考えます。

要支援認定者、要介護認定者に対する「通院等乗降介助」、「院内介助」のあり方について、再検討することを提案します。

6. 「散歩」を認めることが必要です

前回の報酬改定以降、訪問介護における「散歩」の付き添いに対する制限が厳しくなっています。しかし、介護保険における最大の理念は、支援を必要とする人たちが、心身ともに健やかな“日常生活”を営むことができるようになることです。

家族や周囲の人に遠慮して、散歩などのささやかな外出を依頼することができない利用者がいます。老老介護やひとり暮らし高齢者では、付き添いがいなければ散歩そのものが困難です。

介護予防事業では「閉じこもり予防・支援」がメニューになっていますが、外出の機会が少ない利用者にとっては、廃用症状を防ぐためにも「散歩」は必要なメニューであると考えます。

訪問介護において、利用者の日常生活におけるADLを高め、QOLを高めるためにも、「居宅」内のみならず、訪問介護員による「散歩」の付き添いを認めることを提案します。

7. 認知症の利用者に対するサービス提供に評価が必要です

現在、多くの高齢者は「認知症になったら、我が家にいられない」と危機感を抱いています。居宅サービスには、地域密着型サービスにおける認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護が用意されていますが、事業者数、サービス提供量ともに不足しています。

そして、利用の最も多い訪問介護では、現行の「生活援助」、「身体介護」のメニューだけでは認知症ケアが不十分であり、サービスの充実は急務と考えます。また、訪問介護員が提供する認知症ケアについて、教育方法の確立も必要と考えます。

訪問介護における認知症ケアに対する、報酬上の評価を検討することを提案します。

8. サービス提供責任者の業務に対する評価が必要です

訪問介護におけるサービス提供責任者の役割は大きいものですが、介護報酬上の評価がないため、他の訪問介護員と同じく現場でのサービス提供も兼務しなければならないという、厳し

い労働環境にあります。

入れ替わりの激しい訪問介護員の管理者、指導者としての役割に見合う、介護報酬上の評価を検討することを提案します。

9. 特別な日時に対する評価が必要です

訪問介護では「身体介護」、「生活援助」とともに1年365日、サービスを提供する必要があり、多くの事業所そして訪問介護員は、スケジュール調整も含めて、途切れることのないサービス提供に努めています。しかし、朝・晩、土曜日や日曜日、お盆や連休、年末年始などには十分なサービスが提供されていない現状があります。

訪問介護は利用者にとって命綱であり、欠かすことのできないサービスです。

特別な日時であっても訪問介護員を安定的に確保するために、介護報酬上の評価を検討することを提案します。

10. ホームヘルパーの待遇改善について

高齢化が進むなか、訪問介護員などの介護サービス従事者は、今後6年間で約40万人から約60万人のさらなる確保が必要と言われています。しかし、賃金が低いため離職に歯止めがかからず、人員基準を満たすことができないなどの理由で、訪問介護事業所の廃業が相次いでいます。また、応募してくる人なら誰でも採用せざるを得ないなど、「質を問う採用ができない」という事業所からの訴えもあります。

今後、質のいい訪問介護員を確保していくためには、常勤雇用を少なくとも4割以上確保できるようにするとともに、登録ヘルパーやパートであっても移動時間、待機時間、業務報告作成時間などを労働時間として認定し、賃金を払えるような介護報酬上の評価を検討することを提案します。

また、質の向上のために、介護福祉士を目指す訪問介護員養成研修修了者への支援策を早急に提示することが大切です。経済的にも時間的にも負担が大きくなると、介護福祉士を断念せざるを得ない人も多くなり、離職が促進され、人材不足に拍車がかかります。

さらに、訪問介護においても対応難度の高い利用者の増加が予想されています。施設介護では認定ランクに応じた介護報酬上の評価がありますが、訪問介護は一律の評価となっています。

専門職として命と生活を守り、神経をすり減らして働いている訪問介護員のために、重度加算の設定を検討することを提案します。

今後、訪問介護員も介護福祉士の国家資格になります。“国家”の名に恥じぬ待遇改善を希望します。

小規模多機能型居宅介護について：

小規模多機能型居宅介護は、介護保険法改正で創設された地域密着型サービスのメニューのひとつであり、『通い』を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時『訪問』や『泊まり』を組み合わせてサービスを提供することで、在宅の生活継続を支援する」と謳われ、認知症ケアの理想モデルとも言われています。

この実践が各地で行われるなら、在宅の要介護者、介護者にとって大変、有用なサービスです。

しかし、介護給付費分科会におけるヒアリングでも示されたように、サービス創設から2年半を経た現在、小規模多機能型居宅介護事業所は全国約 1700 カ所にとどまり、第 55 回分科会の資料によると、小規模多機能型居宅介護事業所（介護予防も含めて）の収支差率は-8.0%です。

また、要介護高齢者の生活は、同じ要介護度であっても、都市部と農山漁村、人口密集地域と過疎地で大きく異なります。保険者である市区町村に指定権限のある「地域密着型サービス」の利点を生かし、それぞれの自治体が地域特性を生かしたサービスを構築できるよう、自治体の裁量権を広げ、地域の実情に即した小規模多機能型居宅介護が全国各地に生まれるような報酬上の評価が必要と考えます。

「在宅の生活継続を支援する」サービスを定着させるために、以下のことを提案させていただきます。

1. 小規模多機能型居宅介護事業の報酬設定の見直しを

小規模多機能型居宅介護事業所が増えないのは、「通い」、「泊まり」、「訪問」、そしてケアマネジメントとトータル・ケアを提供するにもかかわらず、介護報酬の低すぎるのが原因です。特に利用者数、利用頻度とも多い要介護1、2の介護報酬の低いことが、経営を困難にしています。

また、「通い」を15名に限定していることは、利用制限ではないかとの疑問が呈されています。

トータル・ケアを1カ所で、しかも家庭的雰囲気の中で提供するサービスにふさわしい事業として、介護報酬の改善および利用のしやすさを増す定員改善を提案します。

2. 計画作成に新たな評価を

小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者は、登録定員25名までのケアプランの作成支援をしますが、介護報酬上の評価がありません。居宅介護支援事業所のケアマネジャーの担当件数上限は35件ですが、小規模多機能型居宅介護では介護職員との兼務や併設グループホームとの兼務も認められたうえで計画を作成している現状です。小規模多機能型居宅介護の計画作成を評価し、計画作成に要する時間を勘案した人員配置を設定することを提案します。

なお、当然のことながら、この評価については、居宅介護支援と同じく支給限度額の枠外とし、利用者負担が発生しないことが重要です。

3. 地域のケアマネジャーとの連携に評価を

小規模多機能型居宅介護の利用者にとって、それまでの居宅サービス担当ケアマネジャーから離れてしまうことは、地域との関わりを切られることになり、大変不安を覚えることです。小規

模多機能型居宅介護は定額報酬で、「通い」、「泊まり」、「訪問」を1ヵ所で提供するサービスであり、「囲い込み」にしないためにも、居宅介護支援専門員との連携加算を設定することを提案します。

4. 適切なサービス選択につなげるための評価を

小規模多機能型居宅介護では、利用が増えるまでに時間がかかるといわれています。小規模多機能型居宅介護を紹介するケアマネジャーからは、数が少ないゆえに選択の余地が無く、利用者に適したサービスなのか判断がつかないという意見も聞きます。

利用者にとって適切なサービスかどうかを見極めるためにも、一定期間の「お試し」利用ができるよう報酬上の評価を検討することを提案します。

5. 医療系サービスとの連携

- ① 小規模多機能型居宅介護の利用者には、医療ニーズが高く、小規模多機能型居宅介護事業所での在宅診療や訪問看護が必要なケースがあります。

ひとり暮らしや日中独居の利用者の場合、病状説明や指示を受ける家族がいない自宅より、小規模多機能型居宅介護事業所での医療系サービスサービス提供に合理性があります。また、小規模多機能型居宅介護事業所には正看護師の配置が義務づけられていますが、併施設設がある事業所でなければ雇用が難しい状況にあります。

認知症対応型共同生活介護と同じく、医療連携加算による訪問看護事業所との契約でも可とすることを提案します。

- ② また、小規模多機能型居宅介護利用者は、現在の支給限度額の範囲では、在宅における訪問看護など医療系サービスを十分に利用できない状況にあります。在宅生活を続けるため、小規模多機能型居宅介護利用者の医療系サービス、特に訪問看護が利用できるようなしくみを検討することを提案します。

以上

介護報酬に関する意見

平成 20 年 6 月 2 日 決 定
全 国 市 長 会
介護保険対策特別委員会

次期介護報酬の改定にあたり、介護保険者の立場から本意見を取りまとめたので、これを十分尊重し、国の検討に反映されたい。

1 介護報酬の水準について

都市においては介護従事者の定着率が低く、事業者が従事者を募集しても集まらないなど慢性的な人材不足の状況となっている。

この要因として、介護報酬が低いとの指摘があるが、介護報酬の安易な引上げは保険料の上昇に直接結びつき、年金額が増えない中、高齢者の負担が増える結果となる。

制度の持続可能性を高めるためには、必要性が低いサービスの見直しを進めるとともに、必要性が高いサービスについては、人材の確保が図られるよう、保険料の水準に留意しつつ適切な介護報酬を設定すること。

なお、介護報酬が介護従事者の賃金等に反映するような仕組みについて十分に検討すること。

2 介護報酬体系について

現行の介護報酬の体系は、加算・減算の種類も多くて複雑でわかりにくく、また、事業者にとって請求事務が大きな負担となっている。

加算・減算の中には、実績としてほとんどの場合に請求されているもの、逆に、ほとんど請求されていないものもあることから、できるだけ本体報酬に包括化するなど、簡素でわかりやすい報酬体系とすること。

3 居宅介護支援について

ケアマネジャー1人あたり40件を超えると、すべての件数に逓減が適用される。このため、現在の規定では担当件数を低く抑えざるを得ないことから、利用を断る場合がある。標準担当件数を超えた部分についてのみ逓減を適用するなど、ケアプランの質を確保しつつ、利用者を確保できる仕組みとすること。

4 介護予防支援について

現行の介護予防支援の報酬は月400単位と低く、ケアマネジャー1人分の人件費も賄えない状況にある。

介護予防支援にかかる手間は、居宅介護支援と比較しても大きな差異がないことから、介護予防支援の報酬を引き上げること。

5 訪問介護について

訪問介護については、現行の2類型を基本とすること。

訪問介護の在り方や行為別の報酬体系の導入については、利用実態等を踏まえて十分検討すること。

サービス提供責任者の業務や配置基準を見直すこと。

6 介護予防通所介護等について

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの介護報酬は、月単位の定額報酬となっており、月1回の利用や月途中に入院した場合でも1か月分の報酬を請求できる仕組みとなっている。このことは利用者負担や保険財政の面からも問題があるため、他のサービスと同様に回数や日数単位の報酬体系に見直すこと。

また、アクティビティ実施加算や事業所評価加算は廃止し、基本報酬に包括化すること。

7 福祉用具貸与について

福祉用具貸与の品目や期間によっては、「貸与」の方が「購入」より多くの給付費が支給されているケースが見受けられる。給付適正化の観点から、福祉用具の貸与品目と購入品目を見直すこと。

また、貸与価格が実際の販売価格と比較してかなり高く設定されていることから、一定の上限を設けるなど、適切な貸与価格を設定すること。

8 小規模多機能型居宅介護について

小規模多機能型居宅介護については、事業者の参入が低調であり、整備が進んでいないことから、報酬の水準について適切な見直しを行うこと。

また、報酬体系については、月単位の定額報酬となっており、週1回程度の利用や月途中で入院した場合であっても登録を解除しない限り、1か月分の報酬を請求できる仕組みとなっている。このことは利用者負担や保険財政の面から問題があるため、回数や日数などの利用実績を基礎とした報酬設定に見直すこと。

9 特別養護老人ホーム等について

特別養護老人ホーム・老人保健施設の人員配置については、看護職員・介護職員の最低配置基準が3：1となっているが、実際はサービスの質を向上させるため、多くの施設で現行の基準を上回って配置している実態がある。3：1を上回る分については、報酬上評価する仕組みとすること。

また、療養病床の再編に伴い、経管栄養や胃ろうなど医療ニーズのある者が安心して入所できるよう受皿づくりが必要である。このため、介護療養型老人保健施設への転換を進めるとともに、一定程度、特別養護老人ホームと老人保健施設でも受け止められるよう、介護・看護体制の充実を図ること。

平成20年10月30日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大 森 彌 様

社会保障審議会介護給付費分科会
委 員 池 主 憲 夫

次期介護報酬改定に向けた意見書

日本歯科医師会として平成21年4月実施予定の介護報酬改定に関する意見をまとめたので、以下に報告する。

日本歯科医師会は、介護保険制度の目指す「介護を社会全体で担っていく」という基本的な理念に賛同すると共に、地域における生活を支える歯科保健・医療の推進を通して、介護保険制度を将来にわたって持続可能なものとする事へ寄与したいと願っている。しかし、現状において、介護保険制度の中で提供される歯科分野のサービスの実施率、及びその社会的な認知度は未だ極めて低い状況である（参考資料1）。

一方、施設入所者及び入院している要介護高齢者の口腔内環境は要介護度が重いほど劣悪な状況であり、口腔管理の必要性が高い。

口腔機能が、「食べること」・「発話」・「表情」などを通じた日常の生活を直接支え、人が尊厳を維持し生きていくための基本的な機能であり、平成18年度の介護保険制度に「口腔機能向上」サービスが導入されたことは、歯科分野の社会的な役割の新たな展開であると認識している。

これらの状況を勘案し、介護予防における「口腔機能向上」サービスの普及と併せ、施設入所者及び在宅の要介護者に対する口腔の管理の体制整備を「平成21年度介護報酬改定の視点（例）（社会保障審議会第55回介護給付分科会資料）」の内容に添って以下のとおり改善を要望するものである。

1. 介護従事者の人材確保対策

口腔機能を適切に評価する人材とサービスを提供する人材の確保対策を要望する。

介護認定にあたり歯科医師が口腔機能を評価する機会がなく、口腔機能向上が必要な利用者を適切に抽出することが困難であることが、「口腔機能向上」サービスが低調な大きな要因となっていると考える（参考資料2）。口腔機能を評価する際、歯科医師が何らかの形で参画し、意見を述べるようなシステムの検討を要望する。

口腔機能向上加算の介護報酬が低いことがサービスを担当する歯科衛生士等の人材確保の障害となっているので、保険者・利用者の負担についても考慮しつつ適切な改定を要望する。

2. 医療と介護の連携

歯科医療と口腔機能向上加算が必要に応じて同時に実施できるよう改定を要望する。

高齢者のADL・QOLの維持・向上には介護保険制度と医療保険制度が必要に応じて潤滑に利用されることが重要である。しかしながら現状では、歯科医療を受けている者は「口腔機能向上」サービスを利用することができない。このため、「口腔機能向上」サービスが利用できない事例や、サービスを中断する事例が多く見受けられ、十分な効果が得られているとは考えにくい。

運動器機能向上や栄養改善では医療を受けながらサービスが利用できるのと同様に、口腔機能向上においても歯科医療を受けながらサービスが利用できるような制度の改定、即ち給付調整の撤廃を要望する。

3. サービスの質の確保、効率化等

サービスの質の確保に資する介護報酬の増額と事務負担の更なる効率化を要望する。

専門職の関与がある口腔機能加算は記載様式などサービス提供体制における縛りが厳しいため、他のサービスの実施内容などを勘案し、整合性のある報酬単位に見直していただくよう、要望する。

予防給付においては必要に応じて延長が認められているにもかかわらず、3ヶ月で打ち切られる状況が散見されており、必要なサービス提供の延長が行いやすい環境を整備するなど改善を図っていただきたい。サービス提供時に要介護者は概ね2週に1回、要支援者は概ね月に1回のモニタリングが必要とされていることが負担であるので、回数の削減を要望する。

さらに、歯科医師が行う居宅療養管理指導料の月2回の算定限度を対象者の状態（特に急性期）に応じた算定が可能となるよう、改定いただきたい。

4. 介護保険施設入所者に対する専門的口腔衛生管理の推進

介護保険施設入所者に対する専門的口腔衛生管理体制の整備を要望する。

重度の要介護者にとって口腔衛生管理、口腔機能向上の必要性および効果が高いと考える。（参考資料3）そのため、介護老人保健施設および介護老人福祉施設に歯科医師・歯科衛生士を配置し、施設入所の要介護高齢者の口腔管理が適切になされるような体制の整備を要望する。

また、施設の介護支援専門員、看護師等を対象とした口腔衛生管理、口腔機能の向上に関する実践的研修を実施していただきたいとともに、入所者ケアプラン作成時のアセスメントにおいて、口腔内の衛生状態および義歯の使用状況等の口腔機能の評価を必須とされたい。

さらに、介護保険施設入所者を対象とした「口腔機能の向上」加算等の新設及び、栄養管理、経口移行、経口維持を管理栄養士などが実施するにあたっては、歯科医療専門職の意見を聴く

などの連携ができるよう要望する。

5. 口腔の機能への気づきに向けて（口腔機能向上の意義）

介護保険制度における「口腔機能向上」サービスは、主として要介護となることへの予防対策のひとつとして位置づけられている。介護予防の基本理念は、加齢による身体機能の低下に伴い、自らが介護保険制度の必要性に気づくことにあるとも考えられる。

さらに、介護は機能の維持のみならず、機能の向上の可能性を見つけることであるという意味で、「口腔機能向上」サービスはリハビリテーションの概念とも一致するものとする。

現状の介護保険における歯科部門の関与は、「口腔機能向上」サービス、「介護予防居宅療養管理指導」、「居宅療養管理指導」とごく限定されたものである。しかし、その中に盛り込まれた「口腔機能の向上」の役割が、介護という人生における重大な課題に対し少なからぬ関与していることに理解を賜りたい。

日本歯科医師会は、生涯にわたる口腔機能の維持を目的とする8020推進財団、日本歯科衛生士会、日本介護支援専門員協会その他介護事業における関係職種と協力し、各種情報の共有を図るとともに口腔機能の向上に関する普及啓発活動を推進していく所存である。

介護における口腔ケアの利用状況

参考資料1

質問	回答者率(%)
かかりつけ歯科医院をもっているか	ある 61.4 ない 38.6
訪問歯科診療制度	利用したことがある 7.0 制度は知っているが医院を知らない 32.4 全く知らない 59.2
介護保険サービスでの口腔ケア指導	利用したことがある 1.2 あることは知っている 18.8 全く知らない 79.8
介護支援専門員による口腔ケア提案状況	提案があり、サービスを受け入れた 5.0 提案はあったが、断った 11.6 全くなかったので相談した 0.4 全くなかった 82.0
最も必要な情報は何か	相談窓口や治療に関する情報 37.6 介護サービス提供者からの指導・助言 24.0 提供される援助に関する情報 33.0

熊本県内介護支援専門員49名を調査員とし、要介護者その介護者(家族)500名を対象に聞き取り調査
(森中高子ほか、日本公衛誌、Vol. 53, 277-284, 2006を一部改変)

出典：日本歯科総合研究機構「高齢者の口腔機能管理」

「自立」と判定されていても
「口腔衛生状態」は良好とは限らない

介護認定調査票

問題点

【口腔清潔（はみがき等）の定義】

口腔清潔（はみがき等）の一連の行為を行っているかどうかを評価する

【留意点】

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水を用意する、義歯をはずす、うがいをする等の行為も含まれる。

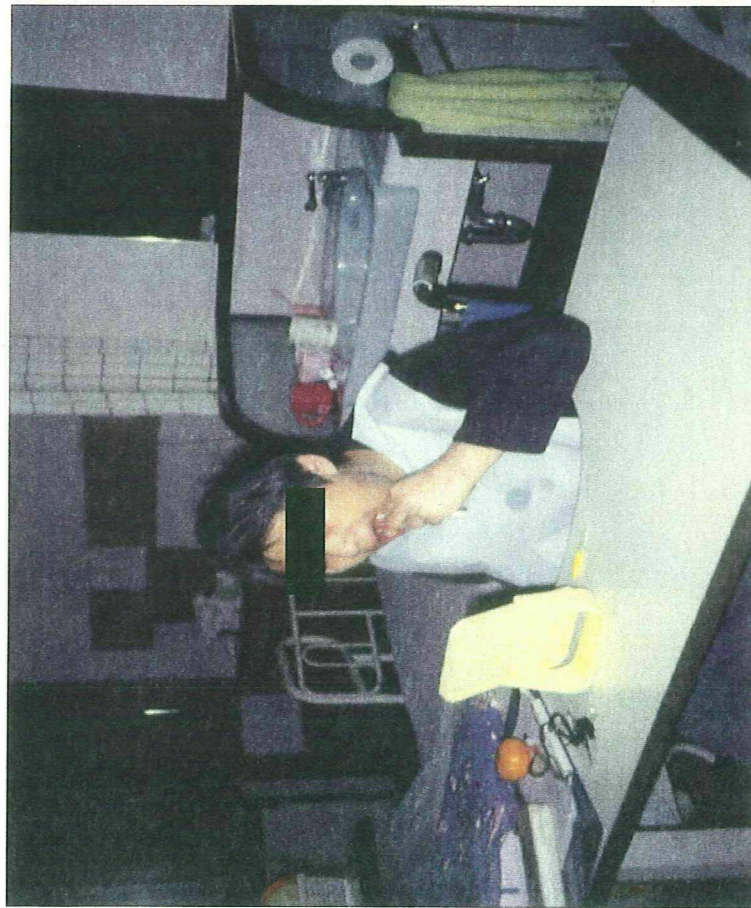
歯磨き粉を歯ブラシにつけない、口腔清浄剤を使用している等の場合は、日頃の状況に基づいて判断する。

また、義歯の場合は、義歯の清潔保持に係る行為で判断する。

【判断基準】

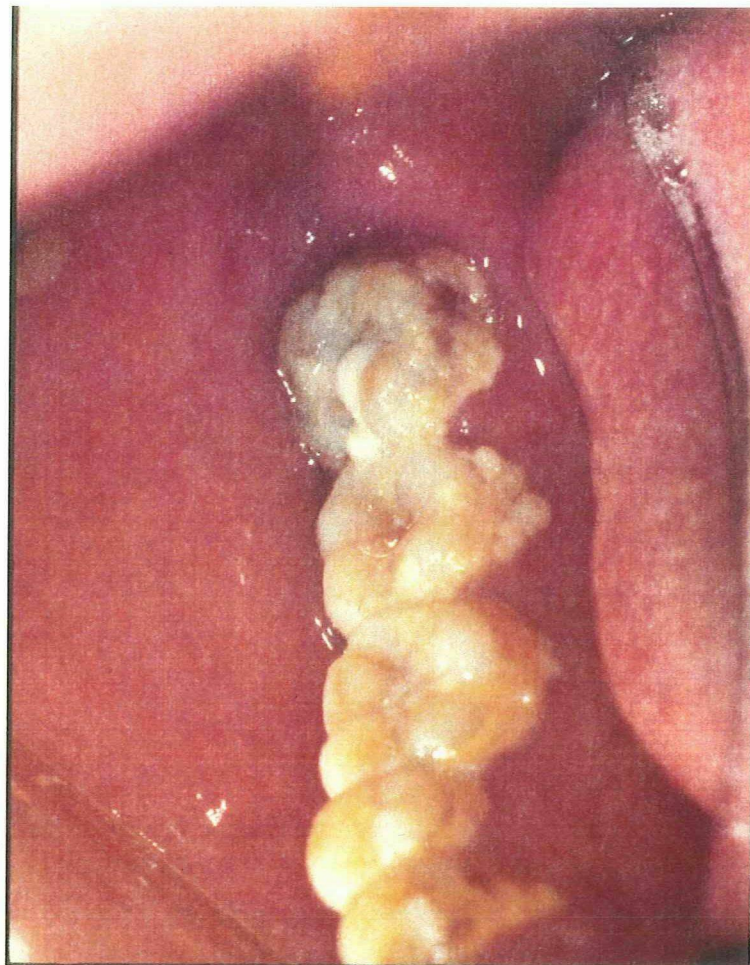
「自立」……一連の行為を介助なしに自分で行っている場合をいう。

- ・ 介護認定基本調査における「口腔清掃」に対して、本人が「歯を磨いている」と回答することにより、実際の口腔状態に係らず、対象より除外される可能性が高い。（例えば、「麻痺」状態について、手に麻痺があるにもかかわらず「口腔清潔」が良好と判定される、等）
- ・ 顔、髪の毛は汚れが著しい場合は、外からよく見えるため、介助の必要性が認識されやすい。
- ・ 口腔は外から見えにくいので、介助の必要性が見逃されやすい。



歯みがきをしている

口腔清潔：自立と判定される

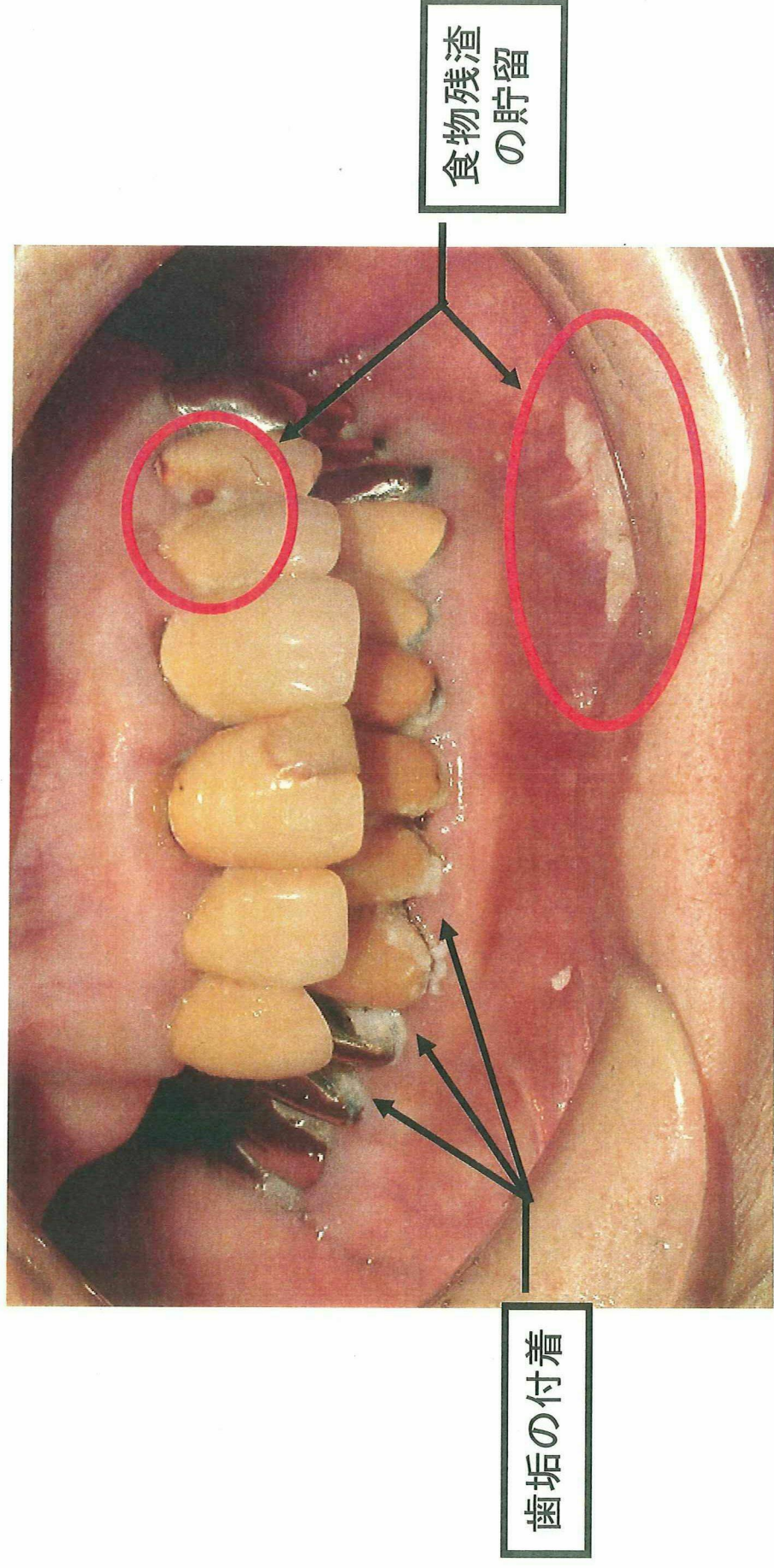


磨ききれっていない・食物残渣・口腔内不衛生

口腔清潔が保たれていない

88歳 女性 要支援2

左大腿骨頸部骨折、両膝関節症、脳梗塞

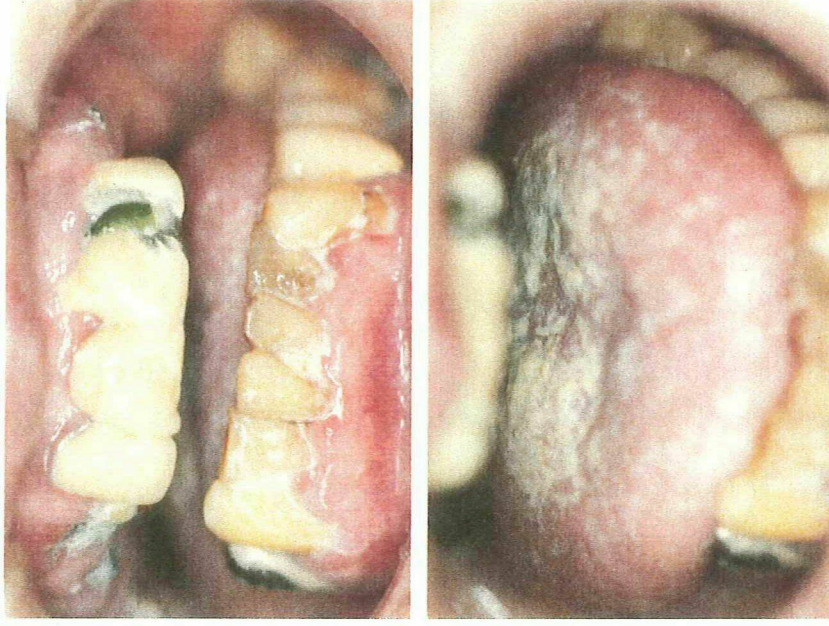


日常生活自立度：J2、認知自立度：自立
介護認定調査票の評価 口腔清潔：自立

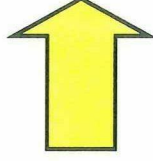
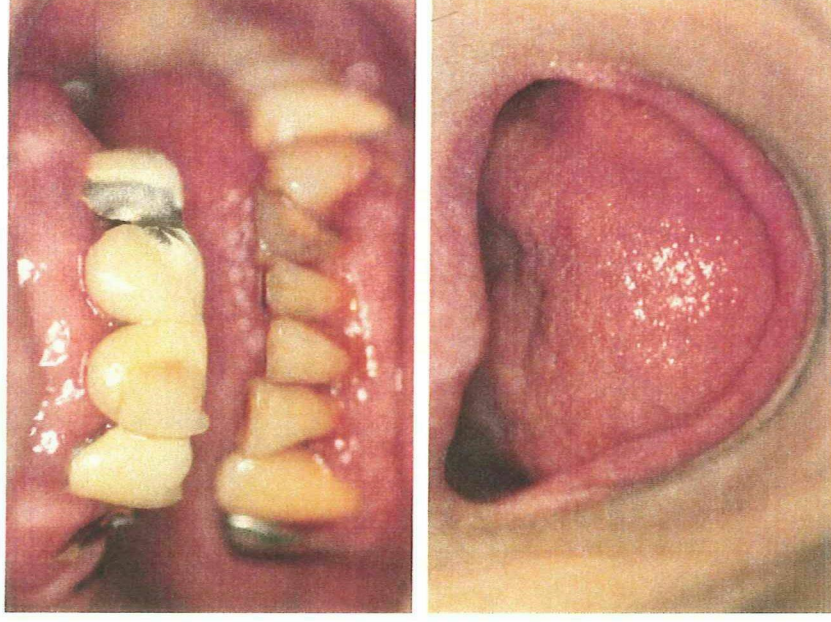
要介護者の口腔管理による回復例

(82歳・女性・要介護度4・脳梗塞、骨粗しょう症、パーキンソンニズム、日常生活自立度Ⅳ)

介入前



介入後



介入による対象者の変化

2006年6月

BMI15.7 摂取エネルギー1100Kcal

2008年7月

BMI19.0 摂取エネルギー1460Kcal

提言・私たちが期待する介護保険

認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて

2007年11月1日

社団法人 認知症の人と家族の会

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定をひかえ、次のように提言します。

基本的な考え方

- 1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ
自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること
- 2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること
認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること
- 3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること
認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること
- 4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること
介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を図ること
- 5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ
年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には「要介護1」以上になる認定システムに改善する
- 4 若年期の認知症の人が仕事を続けられるよう支援する制度をつくり、採用する事業体へは補助金を支給する
- 5 若年期の認知症の人を受け入れる高齢者の通所介護にも加算を認める
- 6 地域包括支援センターは設置趣旨に則り、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務から外す
- 7 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする
- 8 介護従事者の賃金、労働条件の改善を図るために、必要な対策を講じる
- 9 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とする
- 10 受け皿の準備のないまま療養病床廃止を先行させることはしない
- 11 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 12 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

調査項目削減で一定の改善される

前ページの「総会アピール」で危惧を表明した「認定調査項目の削減」について、「家族の会」はその後あらためて厚労省に「意見書」を提出しましたが、その意見が採用され、とくに認知症の状態把握に関係が深い9項目が残されることになりました。

これは、認定調査員が認知症の症状に注目し特記事項を書き込む条件が残されたことであり、認知症の認定が不利になる要素を低くしたことです。

認知症と診断されかつ「自立度Ⅱa」以上は
要介護1以上に——「家族の会」の主張

認知症の認定に関する「家族の会」の主張は上記のとおりで、前記の「意見書」にもそのことを記載していましたが、認定調査項目問題を検討する会議の席上、厚労省老人保健課長はあらためて「認知症の場合は要介護1にする」と言明しました。

これは、認知症があれば機械的に要介護1にするという意味ではありませんが、介護の手間が正確に判断されれば要介護1以上に認定されるということです。その意味で、本人や家族が日ごろの状態を伝えること、調査員と医師が特記事項や意見書を正確に記載すること、認定審査会が状態をしっかりと把握することが大切です。

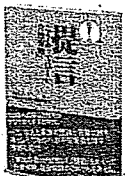
「同居家族がいることのみが判断基準ではない」
生活援助ヘルパーについて厚労省が通知

厚労省老健局振興課は、昨年12月に続いて8月25日に「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助等の取扱いについて」の事務連絡を都道府県介護保険主管課あてに通知しました。「同居家族等がいることのみを判断基準として…決定することがないよう」市町村に周知徹底するように求めています。

【参考】「軽度者に対する介護給付の見直しによる影響額試算(機械的な試算)」
(5月、財務省が財政審に提出。抜粋)

案	介護給付費影響額
要介護度が軽度の者を介護保険制度の対象外とした場合	▲約2兆900億円
要介護度が軽度の者であって生活援助のみの場合の給付を介護保険制度の対象外とした場合	▲約1,100億円
要介護度が軽度の者の自己負担割合を1割から2割にした場合	▲約2,300億円

注:「軽度の者」=要支援1～要介護2の者



緊急出版

提言

「認知症の人と家族の会」が公表した
「提言・私たちが期待する介護保険」を
詳しく解説。
介護保険、社会保障のこれからを考える。

「認知症の人と家族の会」が公表した
「提言・私たちが期待する介護保険」を
詳しく解説。
介護保険、社会保障のこれからを考える。

国が生を延びても
そこに住んでいる人が
生を延びなければ
意味がない
緊急座談会より

社団法人
認知症の人と家族の会◎編

全国の支部から寄せられた事例を紹介。
緊急座談会で、「家族の会」の『提言』は
どうすれば実現するかを問う。

クリエイツかもがわ発行 A5判・定価1050円

お問い合わせ・ご要望は下記まで



社団法人 認知症の人と家族の会

Alzheimer's Association Japan

〒602-8143 京都市上京区堀川通丸太町下ル
京都社会福祉会館内

E-mail: office@alzheimer.or.jp

ホームページ: www.alzheimer.or.jp

家族の会 検索

TEL.075-811-8195 FAX.075-811-8188

介護保険の改善を求める
「家族の会」の主張

掲載内容

「提言」「総会アピール」この間の経過

来年(09年)春に、介護保険の改定が行われます。

それに向けて「家族の会」は昨秋、「提言・私たちが期待する介護保険」を厚生労働大臣に申し入れました。その主張のいくつかは、同省の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」に取り入れられました。

一方、財務省は、要介護2以下を介護保険からはすすなどの「試算」を財政審に示しました。また、要介護認定調査検討会では、認知症の状態把握に重要な項目を大幅に削除する案が浮上しました。

これらに対して、「家族の会」は「総会アピール」「調査項目削減についての意見書」を厚労省に届けました。その結果、項目削減については一定の改善が図られました。

いま、介護保険をめぐるさまざまな意見や思惑があります。この資料は、結成以来28年間、介護の社会化と「ぼけても安心して暮らせる社会」を求めてきた組織として、私たちの願いと主張を多くのみなさんに知っていただくために作成しました。共感、賛同の輪が広がることを願って—。

2008年9月



社団法人 認知症の人と家族の会

Alzheimer's Association Japan

提言・私たちが期待する介護保険

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的な権利が保障された生活を送ることは、乳幼児から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定をひかえ、次のように提言します。

基本的な考え方

1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ

自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること

2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること

認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること

3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること

認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること

4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること

介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を図ること

5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ

年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

～認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて～

厚生労働大臣 舛添 勲 様

2007年11月1日

社団法人 認知症の人と家族の会 代表理事 高見国生

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には「要介護1」以上になる認定システムに改善する
- 4 若年期の認知症の人が仕事を続けられるよう支援する制度をつくり、採用する事業体へは補助金を支給する
- 5 若年期の認知症の人を受け入れる高齢者の通所介護にも加算を認める
- 6 地域包括支援センターは設置趣旨に則り、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務から外す
- 7 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする
- 8 介護従事者の賃金、労働条件の改善を図るために、必要な対策を講じる
- 9 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とする
- 10 受け皿の準備のないまま療養病床廃止を先行させることはしない
- 11 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 12 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

介護保険の改善を求めるアピール

2008年6月14日 (社) 認知症の人と家族の会 総会

- 1 2009年4月に介護保険の改定が行われるにあたって、「家族の会」は昨年11月に、これからの社会福祉・社会保障の望む姿と当面の改善項目を提案する「提言・私たちが期待する介護保険」を発表し、厚生労働大臣に申し入れを行いました。
- 2 「提言」で示した「5つの基本的な考え方」については厚生労働省はじめ行政からも賛同の意思表示がされ、12項目の「具体的改善提案」については、障害者団体、介護従事者など多くの人々たちからもぜひ実現してほしいとの声が寄せられています。
- 3 厚生労働省においては、私たちの声を受けとめ4月下旬に、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクトチーム」を立ち上げ、7月末をめざして「基本方針」及び「短期的対策」をめざして鋭意作業が進められています。
- 4 しかし、5月の財政制度等審議会に、要介護度2以下の人を介護保険から外すなど3通りの財務省の試算が示されました。これは、3人のうち2人を切り捨て、また認知症の人を事実上除外するなど介護保険制度の存在意義そのものをなくすことにつながる内容です。「試算」とはいえ、このような提案が行われることに私たちは大きな不安を覚えます。必要な制度は持続し発展させる方向での議論を求めるものです。
- 5 一方、要介護認定調査検討会では、現行の認定調査82項目のうち、23項目（うち認知症に関係するものが半数以上を占める）について削除することが提案されています。要するに「判定結果に差が出ない」との理由ですが、これらの項目を削除すれば特記事項も書かれないこととなり、認知症の状態の把握がいっそう困難になると危惧されます。むしろこれらの項目を認定に正しく反映させる工夫と改善をこそ求めるものです。
- 6 後期高齢者医療保険制度に国民の怒りが高まるさなかに、さらに介護保険制度の縮小や認知症が正しく把握されない方法への変更は私たちの願いとは相反するものであり、「提言」で示す考え方と具体的改善を進めることこそが認知症の人と家族の願いであるということをあらためて訴えるものです。

「緊急プロジェクト報告」の実現と介護保険改善を求めるアピール

(2008年秋 「家族の会」代議員会アピール)

認知症の人と家族の会 (2008.10.18、奈良にて)

- 1 2007年11月、「家族の会」は、「提言・私たちが期待する介護保険 ～認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて～」を厚生労働大臣に申し入れ、その後全国の自治体・議会、関係団体にも説明し普及を図るとともに、京都、広島、埼玉、富山で提言と介護保険を考えるつどいを開催してきました。
- 2 これら一連の取り組みを通じて、提言は、多くの国民が願うこれからの社会保障の姿を示したものであり、介護保険に関する12項目の具体的改善提案は早急に実現されるべきものとの確信を深めました。
- 3 このようなさなかの7月に公表された厚労省「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」には、『本人やその家族の生活を支援し、その質を向上させるための施策の流れを確立すること』、若年期については『就労対策を含めた包括的な自立支援施策を推進すること』が必要として、提言の内容がいくつ反映されました。
- 4 「緊急プロジェクト報告」の内容は、厚労省の平成21年度予算概算要求の中に、全国64カ所での認知症コールセンターの開設、地域包括支援センターへの連携担当者配置などが盛り込まれました。「家族の会」はこれらを歓迎し、来年度予算として実現することを望みます。そして、事業が実施される際に、「家族の会」の経験と実績が役に立ち、あわせて「家族の会」活動としても有効な事業には協力を惜しまないものです。
- 5 しかし一方で、要介護軽度者の介護保険制度からの除外や利用の抑制が行われるのではないかとという危惧は消えません。関係する審議会、委員会等に「家族の会」の代表を加え、認知症本人と家族の意向を反映させることを求めるものです。
- 6 「家族の会」副代表が委員になっている社会保障審議会介護給付費分科会では、すでに議論が始まっています。この中では、提言の具体的改善提案が実現することを期待します。ホームヘルパーの家事援助の改善、介護従事者の待遇改善、若年期認知症受け入れ施設への加算など、改善に必要な財源については、「命と暮らしこそが何よりも大事」という視点に立って、国全体の予算の使い方の改善・工夫での対処を求めるものです。

以 上

介護報酬等に関する調査

平成20年5月

全国市長会

2008.05.23現在

目次

1. 調査目的
次期介護報酬改定に向けた本会の意見とりまとめ
の基礎資料とするため。

2. 調査対象 【81市】
社会文教委員会委員市
及び
介護保険対策特別委員会委員市

3. 調査期間
平成20年4月24日～5月15日

4. 調査方法
調査表を郵送し、回答票をEメールにより回収した。

5. 回答率
91.4%【81市中74市から回答票を回収した。】

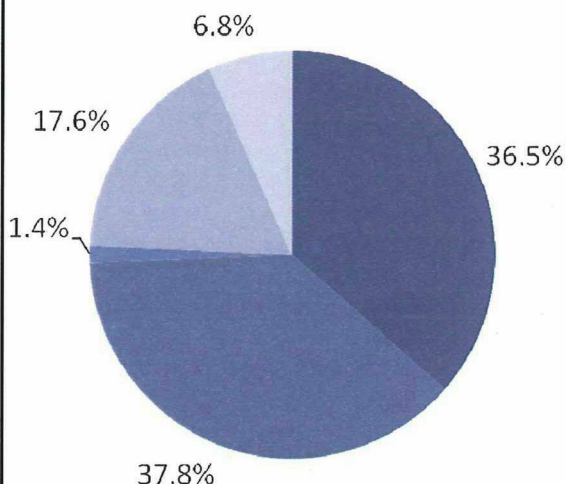
* 調査表のデータは、(回答数/74市)で除算し、小
数点第4位を四捨五入してある。

問1	→ P.1
問2	→ P.3
問3	→ P.4
問4	→ P.21
問5	→ P.24
問6	→ P.33
問7	→ P.37
問8	→ P.40
問9	→ P.41
問10	→ P.44
問11	→ P.46
問12	→ P.48
問13	→ P.52
問14	→ P.53
問15	→ P.54
問16	→ P.55
参考	→ P.66

1. 人材の確保・育成について

(1) 貴市の状況をお聞かせください。(1つだけ選択)

- ア. 人材の確保・育成が困難な状況にあり、深刻な課題となっている。
- イ. 人材の確保・育成がやや困難な状況ではあるが、事業者の努力等で解決できている。
- ウ. 人材の確保・育成が困難な状況ではない。
- エ. 人材の確保・育成に係る介護現場の状況について、十分把握していない。
- オ. その他



回答結果

回答総数: 74市

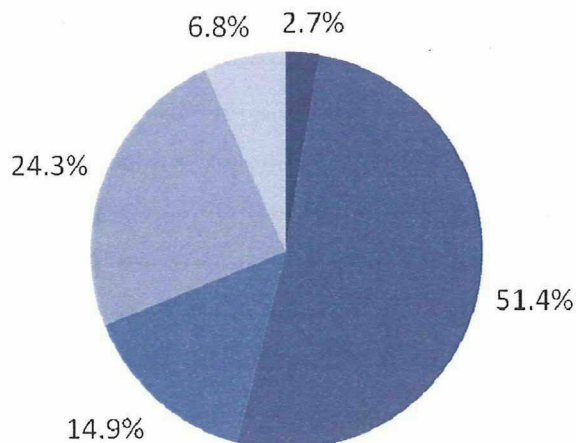
各選択肢の回答数と回答比率

ア:27市	⇒	36.5%
イ:28市	⇒	37.8%
ウ:1市	⇒	1.4%
エ:13市	⇒	17.6%
オ:5市	⇒	6.8%

1

(2) 仮に、人材の確保・育成を図るために介護報酬を上げることとした場合、保険財政や利用者負担等に大きな影響を及ぼす可能性があります。このことについてどのようにかんがえますか。(1つだけ選択)

- ア. 保険財政、利用者負担等に大きな影響を及ぼすので、介護報酬を引き上げない方がよい。
- イ. 報酬が職員(介護労働者)に適正に配分できる仕組みを整備した上でなければ、介護報酬を引き上げない方がよい。
- ウ. 人材の確保等は深刻な課題であり、保険財政等に多少の影響が出ても介護報酬の引上げはやむを得ない。
- エ. 人材の確保等を図るため、一部の介護報酬の引上げはやむを得ないが、一方で、報酬の廃止・縮小を進める見直しを行い、保険財政上の均衡を図る方がよい。
- オ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア:2市	⇒	2.7%
イ:38市	⇒	51.4%
ウ:11市	⇒	14.9%
エ:18市	⇒	24.3%
オ:5市	⇒	6.8%

2

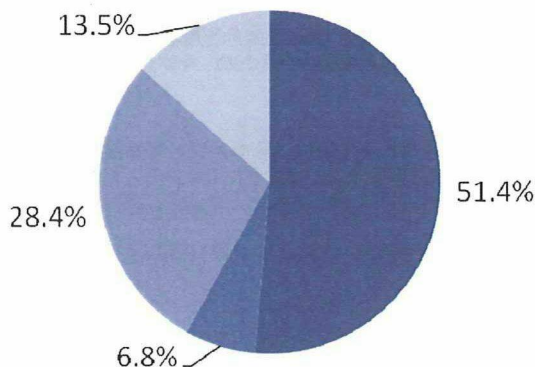
2. 報酬体系の簡素化について

現行の介護報酬の体系では、加算・減算の種類が多く報酬体系が複雑で、「利用者にとって分かりにくい。」「ケアマネジャーの給付管理が大変である。」などといった意見があります。一方で、「サービスの内容に対する評価を的確に報酬に反映させるためには、加算・減算の仕組みが必要である。」という意見もあります。また、加算・減算の中には、実績としてほとんど請求されないもの、逆にほとんどの場合に請求されているものも多くあります。

そこで、このような意見や実態を踏まえ、介護報酬における加算・減算のあり方についてどのように考えますか。

(1つだけ選択)

- ア. できるだけ加算・減算項目を減らし、事業者の事務負担を軽減する方がよい。
- イ. できるだけ加算・減算項目を増やし、事業者のサービス内容を評価する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 38市 ⇒ 51.4%

イ: 5市 ⇒ 6.8%

ウ: 21市 ⇒ 28.4%

エ: 10市 ⇒ 13.5%

3

3. サービス水準、適用範囲について (居宅介護支援費、介護予防支援費を除く。)

保険給付の対象となるサービスの水準や範囲については、「福祉用具の対象項目を増やすべきである。」「住宅改修の対象工事の範囲を拡大する必要がある。」などといった意見がある一方、「保険給付の対象を減らすべきである。」「支給限度額を引き下げるべきである。」などといった意見もあります。

保険給付の対象となるサービスの水準、適用範囲について、以下の点についてどのように考えますか。

(1) 介護報酬の引上げが適当であるとするサービスはありますか。(複数選択可)

居宅サービス	回答数	理由
居宅サービス全般	1	○ 人材の確保・職員の処遇改善により、介護サービスの質の向上になる。
訪問介護① (「身体介護のみ」、 「生活援助」も含める)	21	○ 訪問介護計画の作成などの書類整備など、ヘルパー本来の業務を圧迫している。 ○ 在宅生活支援の業務は貴重で、益々重要な職種であり、仕事の内容に見合った報酬とすべきである。 ○ 地域により移動に時間がかかり、収入減となることがある。 ○ 本市の事業所は、ほぼ全て地域加算の対象の事業所ではあるが、そもそもの報酬単価が低いため、事業所による1職員確保離れが顕著になってきているため。 ○ 人材確保のため。 ○ サービスに対する評価が見合ったものとなっていない(常時緊張の連続)。 ○ 介護の根幹をなすサービスであるものの最も割安感があり、離職率も高いと思われるため。 ○ 人材確保のためにも、職員(介護労働者)に適正に配分できる仕組みを整備した上で、介護報酬を上げるべき。 ○ 人材不足が深刻化しており、報酬を増やし人材を確保したい。 ○ サービスに対する報酬が見合っていないため。

4

問3-(1)＜**居宅サービス**＞

居宅サービス	回答数	理由
訪問介護② (「身体介護のみ」、 「生活援助」も含める)	21	○ サービスの提供量(人件費)考慮すると単位(単価)が安価であると考ええる。 ○ 質の高いサービス(ヘルパー)の確保のため。 ○ 適正な報酬でないと常勤の確保が困難で、そのため、ケアの質が落ちる。 ○ 人材の確保が難しい。 ○ 通所系のサービスに比べて、対価が低いと考えるため。 ○ 過疎地においては移動距離が大きく、30分未満の移動距離であっても相当の移動期間を要することから引き上げが適当。 ○ 介護従事者の賃金の向上。 ○ ホームヘルパー確保の為。 ○ 人件費に反映されるため。 【「身体介護のみ」の理由】 ○ 供給力を高めるため。 【「生活援助」の理由】 ○ 生活援助が必要な者であっても、比較的軽度者については苦情や注文が多く訪問時の精神的負担があるため、身体介護と一本化し同評価とするべき。
訪問入浴	3	○ 本市の事業所は、ほぼ全て地域加算の対象の事業所ではあるが、そもそもの報酬単価が低いため、事業所による訪問入浴介護職員確保離れが顕著になってきている。また看護師確保も困難を極めているため。 ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。 ○ 人材の確保が難しい。
訪問看護	2	○ 人材確保のため。 ○ 人材の確保が難しい。

5

問3-(1)＜**居宅サービス**＞

居宅サービス	回答数	理由
訪問リハビリ	4	○ 供給力を高めるため。 ○ 人材確保のため。 ○ 人材の確保が難しい。 ○ 報酬単価が低いため、サービスを提供する事業所が少ない。
通所介護	1	○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
療養通所介護	1	○ 現状の介護報酬では運営が厳しいため、サービス提供事業者が増えていない。療養病床の再編もあることから事業者の参入が進むような報酬設定が必要である。
通所リハビリテーション	1	○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
短期入所生活介護	1	○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
短期入所療養介護	1	○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
特定施設入居者生活介護	1	○ 人材確保のため。
介護予防訪問介護	3	○ 包括単位数が小さすぎるため、事業所の受け入れを拒む傾向にあるため(介護予防事業の効果的実施ができない)。 ○ 人材不足が深刻化しており、報酬を増やし人材を確保したい。 ○ 介護従事者の賃金の向上。

6

問3-(1)＜**居宅サービス**＞

居宅サービス	回答数	理由
介護予防訪問入浴	1	○ 本市の事業所は、ほぼ全て地域加算の対象の事業所ではあるが、そもそもの報酬単価が低いため、事業所による訪問入浴介護職員確保離れが顕著になってきている。また看護師確保も困難を極めているため。
介護予防通所介護	2	○ 包括単位数が小さすぎるため、事業所の受け入れを拒む傾向にあるため(介護予防事業の効果的実施ができない)。 ○ 定額報酬のため人員・職員の確保が困難になっている。
介護予防通所リハビリ	1	○ 定額報酬のため人員・職員の確保が困難になっている。

7

問3-(1)＜**地域密着型サービス**＞

地域密着型サービス	回答数	理由
地域密着サービス全般	1	○ 人材の確保・職員の処遇改善により、介護サービスの質の向上になる。
夜間対応型訪問介護	1	○ 現在の報酬設定では経営状況が厳しい事業者が多い。
夜間対応型Ⅰ	1	○ 現行の報酬体系では事業の採算が取れないため。
認知症対応型通所介護	1	○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
小規模多機能型居宅介護①	23	○ 現在の報酬設定では経営状況が厳しい事業者が多い。 ○ 要支援1～要介護2の報酬がグループホームや認知症デイや施設サービス等に比べて低い。 ○ 24時間サービス提供する必要があるのに対して、人員配置基準が低すぎるとの事業者からの意見がある。 ○ 当市で普及を図りたいが、現行報酬では経営困難との声が多い。 ○ 供給力を高めるため。 ○ 人材確保のため。 ○ 現行の報酬では単独運営が難しく、参入が見込めないため。 ○ 現行の報酬体系では事業の採算が取れないため。 ○ 宿泊サービスの利用者がいない場合には夜勤職員の配置を要しないよう改めてほしい。それが出来ないならば、配置に伴う介護報酬の引上げ措置を講じてほしい。 ○ 要支援の利用者が多い事業所では経営困難。 ○ 要支援1.2の軽度者の介護報酬が低い。サービスを柔軟に組み合わせる提供するには、それなりの報酬がなければ、サービス水準・職員の資質の確保、事業者の新規参入が見込めない。 ○ 施設から在宅への流れの中、軽度者の報酬がグループホームに比べて低く、経営が困難。

8

問3-(1)＜地域密着型サービス＞

地域密着型サービス	回答数	理由
小規模多機能型居宅介護②	23	○ 施設から在宅への流れの中、軽度者の報酬がグループホームに比べて低く、経営が困難。 ○ 報酬が低く、多角経営をしなければ、事業実施が難しいと思われる。 ○ 多岐にわたるサービス内容に比して報酬が低い。 ○ 多種多様のサービスを行っているため、多くの従業員が必要となるが、その介護に見合った報酬単価になっていない状況であるので、従業員が定着しない状況である。 ○ 過疎地域においては現報酬体系では運営が大変であるため。 ○ 軽度者の報酬が比較的低いため。 ○ 軽度者の単価が低く設定されているが、利用者の割合は軽度の方が多い。 ○ 訪問介護が必要な場合(支給限度額に近い介護報酬がある)の為とは思いますが、サービス内容に比して、他のサービスと比較してきびしいと思う。 ○ 包括的報酬の低いことが整備の促進を阻害しており、引き上げが必要と考える。 ○ 本市では土地確保等の観点から、大規模特養の整備を進めていくには限界があるため、小規模特養単独での運営が可能な介護報酬を設定することで、その代替をしていきたい(登録定員に達するまでに期間を要し、その間の経費が厳しいため)。 ○ 軽度者の報酬設定が低い。
認知症対応型共同生活介護	6	○ 人材確保のため。 ○ 入居者の重度化が進み、看取りを行うケースが増えている現状であるが、医療連携加算を行うために、看護士を配置するだけの報酬がない状況である。 ○ 介護職の勤務形態が不規則であり、離職率が高いため。 ○ 人材の確保が難しい。 ○ 夜間・深夜勤務も含め、劣悪な勤務状況により、なり手がいない。 ○ 今後需要が予想されるため。

9

問3-(1)＜地域密着型サービス＞

地域密着型サービス	回答数	理由
特定施設入居者生活介護	1	○ 人材確保のため。
小規模特別養護老人ホーム	1	○ 特に理由なし。
介護予防 認知症対応型共同生活介護	1	○ 夜間・深夜勤務も含め、劣悪な勤務状況により、なり手がいない。
介護予防 小規模多機能型居宅介護	3	○ 要支援者の報酬が低すぎることに加え、介護予防1や介護予防通所介護の包括報酬が低すぎることに起因し、介護予防の効果的実施を実現するため、介護予防小規模多機能に利用者が流れる傾向にもかかわらず、事業者が要支援者の利用を拒む傾向にあるため。 ○ 新しい介護保険の柱となるサービスであるが、現行の予防報酬では多くの事業所が参入しないと予想されるため。 ○ 現行の報酬では単独運営が難しく、参入が見込めないため。

10

問3-(1)＜施設サービス＞

施設サービス	回答数	理由
施設サービス全般	3	○ 人材の確保・職員の処遇改善により、介護サービスの質の向上になる。 ○ 報酬単価等を見直して介護職員の雇用の安定化が必要である。 ○ 在宅復帰の為の加算の充実。
介護老人福祉施設	2	○ 特養や老健については、介護・看護職員3:1を上回る報酬設定を設けたほうがよい。 ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
介護老人福祉施設における夜間看護師配置加算	1	○ 夜勤体制において、看護師配置は必須となっていない。
介護老人保健施設	2	○ 特養や老健については、介護・看護職員3:1を上回る報酬設定を設けたほうがよい。 ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
介護療養型医療施設	1	○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。

11

(2) 介護報酬の引下げが適当であるとするサービスはありますか。(複数選択可)

居宅サービス	回答数	理由
訪問介護	2	○ 有料老人ホーム、高齢者アパートに併設する事業所が行うサービスは、経費が少なく済むため(交通費相当分が必要)。 ○ 施設入所者の在宅復帰推進。
訪問看護(特に予防)	1	○ 訪問リハビリとの差が大きい、医療度の高い方でも利用限度額を超えてしまう。
訪問リハビリテーション リハビリテーションマネジメント 加算	1	○ サービスを提供するにあたり、マネジメントを実施することは当然であるので、加算として評価するのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。
居宅療養管理指導	4	○ サービス実態があいまいなまま報酬が支払われているため。 ○ 通院困難な利用者に限定できていないため。 ○ 適切な指導がなされていない。 ○ 「1月に2回を限度」の理由が不明確なため「1月に1回を限度」に。
通所リハビリテーション リハビリテーションマネジメント 加算	1	○ サービスを提供するにあたり、マネジメントを実施することは当然であるので、加算として評価するのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。
短期入所生活介護	1	○ 従事職員を特養等の施設職員に含めてカウントできることから(事業単独での職員配置不要)、現在も収益性が確保されているため。また、上記の報酬単価引き上げの必要性の高いサービスとの均衡を図るため。
短期入所療養介護	1	○ 従事職員を特養等の施設職員に含めてカウントできることから(事業単独での職員配置不要)、現在も収益性が確保されているため。また、上記の報酬単価引き上げの必要性の高いサービスとの均衡を図るため。

12

問3-(2)＜**居宅サービス**＞

居宅サービス		回答数	理由
福祉用具貸与		5	○ 用具自体の耐用年数が経過していても、短期間の貸与で販売価格相当分の対価となっているため。 ○ 減価償却期間終了後も報酬額が同じであるため。 ○ 電動ベッドなど長期にわたるレンタルの場合は、非常に割高であるので減減制とすべきである。 ○ 品目ごとの価格の上限を設ける。 ○ 購入費と貸与費に一定の関連をつけることで、全体的には引き下げにつながると思われる。
介護予防居宅療養管理指導		1	○ サービス実態があいまいなまま報酬が支払われているため。
介護予防通所介護	アクティビティ実施加算	1	○ アクティビティ(集団的に行われるレクリエーション等)は加算として評価するのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。
	事業所評価加算	1	○ 報酬として評価するのではなく、情報公表制度等で事業所を評価すればよいのではないか。
介護予防通所リハビリテーション	アクティビティ実施加算	1	○ アクティビティ(集団的に行われるレクリエーション等)は加算として評価するのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。
	事業所評価加算	1	○ 報酬として評価するのではなく、情報公表制度等で事業所を評価すればよいのではないか。
居宅介護支援費	特定事業所加算	1	○ 報酬として評価するのではなく、情報公表制度等で事業所を評価すればよいのではないか。
	特定事業所集中減算		
予防福祉用具貸与		1	○ 用具自体の耐用年数が経過していても、短期間の貸与で販売価格相当分の対価となっているため。

13

問3-(2)＜**地域密着型サービス**＞

地域密着型サービス	回答数	理由
小規模多機能型居宅介護	2	○ 月単位報酬であるのでサービス内容ごとの単位で利用回数で管理する。

問3-(2)＜**施設サービス**＞

施設サービス		回答数	理由
介護保険施設共通	身体拘束廃止未実施減算の廃止	1	○ そもそも正当な理由なく身体拘束をしている場合は運営基準違反であり、正当な理由がある場合は家族の同意をとるとともに記録をすることが前提となっている。記録をしない場合は身体拘束未実施減算を適用して身体拘束の状態を認めるのではなく、運営基準違反で対応する方がよい。
	退所前後訪問相談援助加算	1	○ 退所時にかかる加算は3種類あるが目的や効果が類似しているため、要件の整理統合が必要と考える。
	退所時指導加算		
	退院前連携加算の統合		
	栄養マネジメント加算	1	○ サービスを提供するにあたってはマネジメントすることは当然であるので、加算として別立てにするのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。

14

問3-(2)＜施設サービス＞

施設サービス	回答数	理由
介護老人福祉施設	1	○ 現在も収益性が確保されているため。また、上記の報酬単価引き上げの必要性の高いサービスとの均衡を図るため。
介護老人保健施設	1	○ 現在も収益性が確保されているため。また、上記の報酬単価引き上げの必要性の高いサービスとの均衡を図るため。
老人保健施設 リハビリテーション マネジメント加算	1	○ サービスを提供するにあたってはマネジメントすることは当然であるので、加算として別立てにするのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。
緊急時施設療養費		
特別療養費	1	○ 介護保険で給付する医療サービスは基本部分に限定し、医療行為については医療保険で給付することとしてはどうか。また、医療行為については外部から往診等を受けることを認め、報酬は医療保険で算定することも考えられる。
特定診療費の医療保険における給付		

15

(3) 保険給付の対象に加えることが適当であると考えるサービスはありますか。(複数選択可)

居宅サービス	回答数	理由
訪問介護	2	○ 移送サービス、院内介助、散歩などの外出介助のニーズがあり、介予防に効果的である。 ○ 散歩介助(廃用症候群)。
特殊な訪問入浴	1	○ 車の進入できない僻地に家がある場合、看護師等の職員がいな場合などが想定されるため(例:通所介護施設における入浴のみのサービス)。
訪問理美容サービス	2	○ 今後、独居世帯や高齢者のみ世帯の増加が予想されており、要介護認定者の理美容は訪問しての対応が高くなり、また、必要と思われるため。 ○ 寝たきりや外出困難な方々に対し、心身の清潔を保持するために保険給付の対象とすることが適当であると考えられるため。
配食サービス	2	○ 要介護者の独居生活(高齢者夫婦含む)支援のため。 ○ 今後、独居世帯や高齢者のみ世帯の増加が予想されており、需要が高く必要と思われるため。
主治医意見書作成	1	○ 介護認定の手続きにおいて必ず必要である主治医意見書について、医師の意識向上を図るためにも介護報酬としての位置付けが必要と思われる。 ① 保険者からの意見書依頼後、何ヶ月も経ってから意見書が提出され、認定が遅延するケースが多い。 ② 更新認定や変更認定において、意見書の記載内容が前回と変わらないケースがある。適切な介護認定の観点から、主治医意見書に対する評価を報酬に組み込むべきと考える。 ③ 報酬に組み込んだ場合には、「被保険者の状態像把握やケアマネとの連携実施への加算」「遅延による減算」等も併せて考えるべきと思われる。

16

問3－(3)＜**居宅サービス**＞

居宅サービス	回答数	理由
福祉用ベット	1	○ 足関節や膝の悪い利用者が立ち上がりのために布団よりベットを希望される。福祉用具の貸与品にないため、特殊寝台を借りている利用者がいる。介護報酬の削減が図れる。
院内介助	1	○ 原則病院スタッフにより対応されるべきものとされているものの、実情は院内での移動介助等を要する者であっても病院スタッフによる対応はほとんどなされていない。
外出介助	1	○ 外出のための目的が限定されており、自立支援に繋がるような目的であっても利用できない場合があるため。
施設等の外泊時のサービス利用	1	○ 施設等から在宅への移行がスムーズにいくよう、外泊時で利用を可能にする。
移送サービス	1	○ 病院等への通院や社会参加のための外出支援について、保険制度において実施する。
通所系サービス	1	○ 送迎に要する費用については、本体報酬に包括されているにもかかわらず送迎実施区域外の利用者については、別途負担が発生してしまうため。

問3－(3)＜**地域密着型サービス**＞

地域密着型サービス	回答数	理由
負担限度額制度の適用	1	○ 施設サービスのバランスを保つため。
移送サービス	1	○ 病院等への通院や社会参加のための外出支援について、保険制度において実施する。

17

問3－(3)＜**施設サービス**＞

施設サービス	回答数	理由
介護老人保健施設	1	○ 実費負担となっている胃ろうのチューブ代。在宅復帰を目指し入所している者でもその病状によっては長期間の入所となることがあり、低所得者層には負担となるため。
理美容加算	1	○ 寝たきりや外出困難な方々に対し、心身の清潔を保持するために保険給付の対象とすることが適当であるとするため。

18

(4) 保険給付の対象から外すことが適当であるとするサービスはありますか。(複数選択可)

居宅サービス		回答数	理由
訪問介護	全般	1	○ 訪問介護のうち生活援助については、報酬外の設定とし、地域支援事業として実施し、市町村が認めたものに対し給付することが適当であると考えます。理由としては、不必要なサービスをケアプランに位置づけているケースが散見され、自立支援の観点から生活援助サービスを位置づけているケアマネジャーが少ないからです。要介護状態の人に関しても介護予防事業との連続性が保て、予防効果も期待できると考えます。
	乗降介助	2	○ 乗降等の介助であるはずの報酬が移送料金となっていたり利用者基準が不明瞭とあいまいな報酬になっている。 ○ 足代わりの利用となっているため。
	生活援助	1	○ 給付に馴染まないまたは重複である。
訪問看護		2	○ 診療補助などは介護保険ではなく医療のみで対応し適用保険を区別すべきである。 ○ 医療と介護の区別が不明瞭であるため、医療に一本化すべきである。
居宅療養管理指導		8	○ 給付に馴染まないまたは重複である。 ○ 医療の往診と同じ。必要なら支給限度額内においてケアプランへの位置づけを義務付ける。 ○ 被保険者のニーズと合致していないケースが見受けられ、介護保険の給付対象としてはなじまないと考えるため。 ○ 医療保険のケアで充分である。 ○ 支給限度額外のサービスであり、ケアマネの給付管理が及びにくく、ケアプランも作成しにくい。必要なサービスではあるが、医療保険対象にすべきではないか。 ○ 医師が介護保険制度を理解しておらず、算定誤りが多い。 ○ サービス提供の理由付けが明確でないため。 ○ 適切な指導がなされていない。

19

問3-(4) <居宅サービス>

居宅サービス	回答数	理由
特定施設入所者生活介護	1	○ 有料老人ホームの定義を明確化し、新たに一本化した報酬を設定すべき。
シャワー用いす	1	○ 通常のある家庭が多く、わざわざ介護給付を行わなければならないほどの特殊性はない。
住宅改修費(施工費を含む)	3	○ 給付に馴染まないまたは重複である。 ○ 業者により格差があり余分な給付増が生じる原因となっている。施工費を全額利用者負担とすることで解消できる(自己改修と同扱い)。 ○ 自費で行うのが適当と考える(私財)。
通院等乗降介助	1	○ 乗降の介助が必要ない者でも、タクシー代わりに利用するなど適切な運用が難しいため。
介護予防訪問入浴介護	1	○ 軽度者の状態像からは必要性が想定しづらい。要介護者に限定するべきである。
介護予防居宅療養管理指導	1	○ 対象者は殆どの方が通院できる要支援者である。

* 問3-(4)の<地域密着型サービス>と<施設サービス>は、回答なし。

20

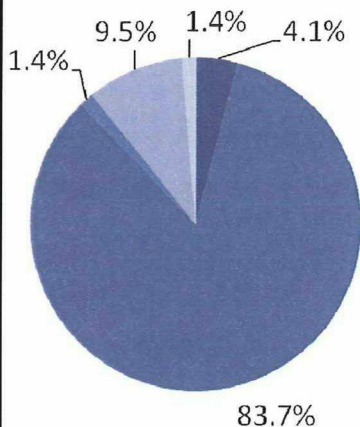
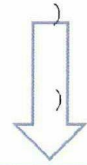
4. 支給限度額について

(1) 居宅サービスの支給限度額について

平成18年度改正で、要支援1、2の支給限度額が変更になりましたが、要介護1以上は平成12年度の制度施行以来同じ水準になっています。このことについてどのように考えますか。

(1つだけ選択)

- ア. 支給限度額を引き上げる方がよい。引き上げる区分を記入してください。()
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 支給限度額を引き下げの方がよい。引き下げる区分を記入してください。()
- エ. 引上げ・引下げを問わず、支給限度額と施設の給付額を同一水準にした方がよい。
- オ. その他



	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
選択肢 ア	1	1				1	1
選択肢 ウ			1				

回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

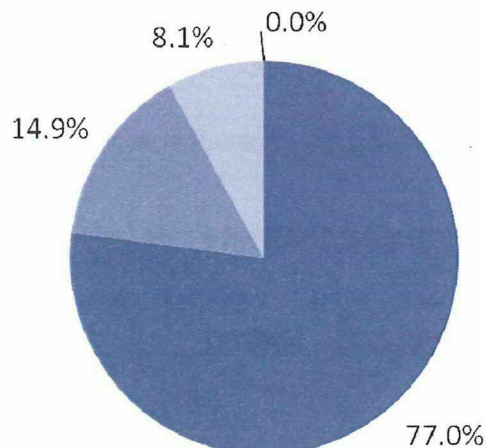
ア: 3市 ⇒ 4.1% イ: 62市 ⇒ 83.7% ウ: 1市 ⇒ 1.4%
エ: 7市 ⇒ 9.5% オ: 1市 ⇒ 1.4%

21

(2) 福祉用具購入費の支給限度額について

福祉用具購入費の支給限度額は10万円で制度施行以来同じ水準になっています。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 10万円を引き上げる方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 10万円を引き下げの方がよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

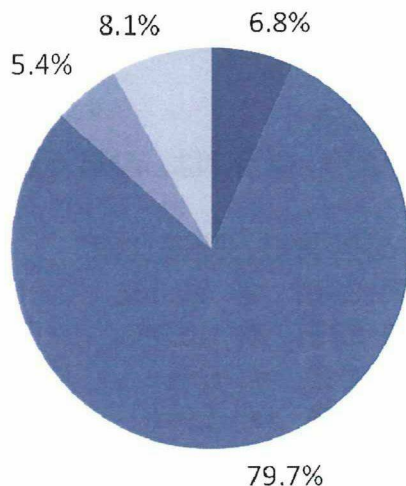
ア: 0市 ⇒ 0%
イ: 57市 ⇒ 77.0%
ウ: 11市 ⇒ 14.9%
エ: 6市 ⇒ 8.1%

22

(3)住宅改修費の支給限度額について

住宅改修費の支給限度額は20万円で制度施行以来同じ水準になっています。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 20万円を引き上げる方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 20万円を引き下げる方がよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

- ア: 5市 ⇒ 6.8%
- イ: 59市 ⇒ 79.7%
- ウ: 4市 ⇒ 5.4%
- エ: 6市 ⇒ 8.1%

23

5. 居宅介護支援費、介護予防支援費について

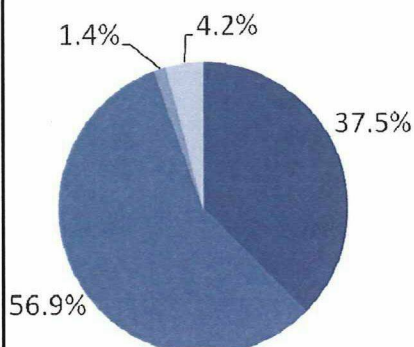
平成18年度改正において、居宅介護支援費は、要介護1～2及び要介護3～5の2つに区分され、それぞれ1件あたり月1,000単位、月1,300単位に引き上げられました。一方、介護予防支援費は、給付管理業務の簡素化に伴い1件あたり月400単位となっています。また、初回時のケアマネジメント業務を評価するため、初回加算250単位が新設されました。以下のことについてどのように考えますか。

(1)居宅介護支援の介護報酬の目的達成状況について

前回の報酬改定の目的は、「利用者と向き合う時間の増加」「サービス担当者会議の定期的な開催」「主治医との連携強化」などを図り、質の高いケアマネジメントの実施を目指すというものでしたが、この目的は達成されていますか。(1つだけ選択)

①利用者に向き合う時間について

- ア. 報酬改定前と比べて時間は増えた。
- イ. 報酬改定前と比べてあまり変わっていない。
- ウ. 報酬改定前と比べて時間は減った。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 72市

(無回答が2市。グラフは、72市で計算。)

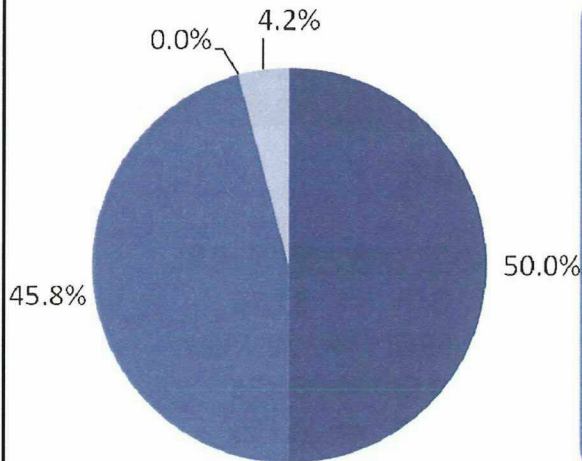
各選択肢の回答数と回答比率

- ア: 27市 ⇒ 37.5%
- イ: 41市 ⇒ 56.9%
- ウ: 1市 ⇒ 1.4%
- エ: 3市 ⇒ 4.2%

24

② サービス担当者会議について

- ア. 報酬改定前と比べて回数は増えた。
- イ. 報酬改定前と比べてあまり変わっていない。
- ウ. 報酬改定前と比べて回数は減った。
- エ. その他



回答結果

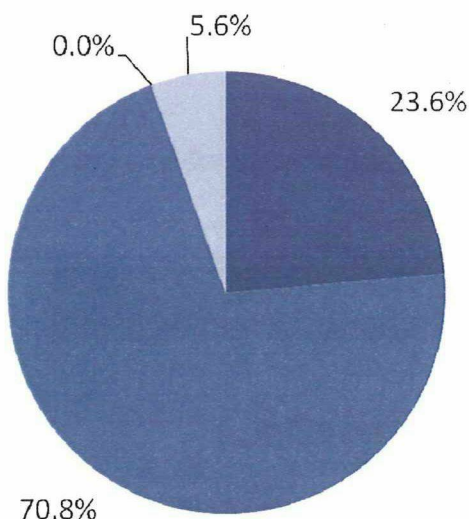
回答総数: 72市
(無回答が2市。グラフは、72市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 36市 ⇒ 50.0%
イ: 33市 ⇒ 45.8%
ウ: 0市 ⇒ 0%
エ: 3市 ⇒ 4.2%

③ 主治医との連携強化について

- ア. 報酬改定前と比べて連携が進んだ。
- イ. 報酬改定前と比べてあまり変わっていない。
- ウ. 報酬改定前と比べて連携が後退した。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 72市
(無回答が2市。グラフは、72市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

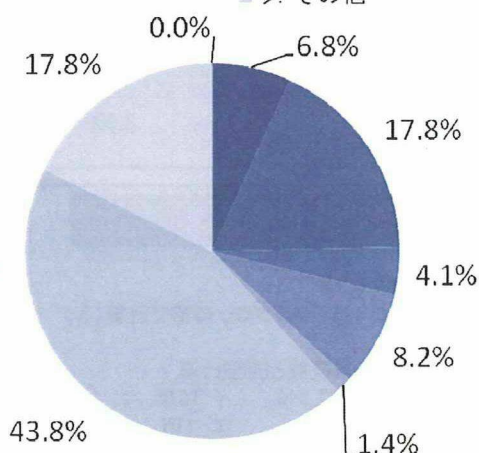
ア: 17市 ⇒ 23.6%
イ: 51市 ⇒ 70.8%
ウ: 0市 ⇒ 0%
エ: 4市 ⇒ 5.6%

(2) 居宅介護支援費の報酬水準と標準件数について

4—(1)の結果を踏まえてお答えください。

1件あたり月額10,000円、13,000円と標準件数(35件)についてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 現行単価を引き上げ、標準件数を引き上げる。(財政負担が極めて増加)
- イ. 現行単価を引き上げ、標準件数を引き下げる。(財政中立)
- ウ. 現行単価のまま、標準件数を引き上げる。(財政負担が増加)
- エ. 現行単価のまま、標準件数を引き下げる。(財政負担が減少)
- オ. 現行単価を引き下げ、標準件数を引き上げる。(財政中立)
- カ. 現行単価を引き下げ、標準件数を引き下げる。(財政負担が大幅に減少)
- キ. 単価・標準件数とも、現行のままでよい。(財政中立)
- ク. その他



回答結果

回答総数: 73市(無回答が1市。グラフは、73市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

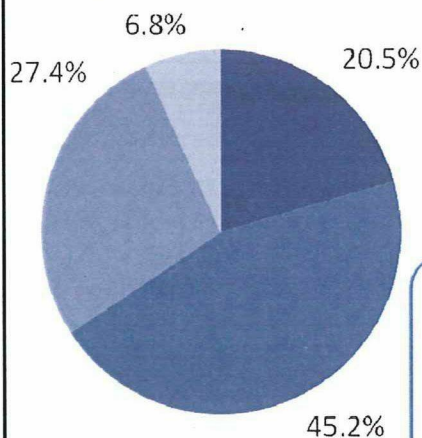
- ア: 0市 ⇒ 0%
- イ: 5市 ⇒ 6.8%
- ウ: 13市 ⇒ 17.8%
- エ: 3市 ⇒ 4.1%
- オ: 6市 ⇒ 8.2%
- カ: 1市 ⇒ 1.4%
- キ: 32市 ⇒ 43.8%
- ク: 13市 ⇒ 17.8%

27

(3) 居宅介護支援費の通減について

「担当件数が40件を超える場合、通減規定があるので件数を低く抑えざるを得ず、事業経営が困難になっている。」「新しく介護支援専門員を雇うための余力がなく、小規模事業者は業務の縮小、廃止をせざるを得ない状況にある。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 標準担当件数を引き上げる方がよい。この場合(40件 ⇒ 件)にする。
- イ. 通減は、標準担当件数を超えた部分について適用する仕組みとする方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



標準担当件数

40~49件	3
50~60件	10
61件以上	1

回答結果

回答総数: 73市(無回答が1市。グラフは、73市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

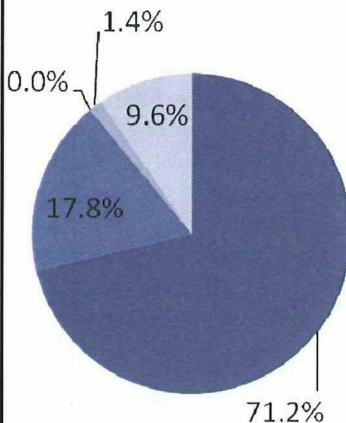
- ア: 15市 ⇒ 20.5%
- イ: 33市 ⇒ 45.2%
- ウ: 20市 ⇒ 27.4%
- エ: 5市 ⇒ 6.8%

28

(4) 介護予防支援費の単価について

1件あたり月額4,000円を引き上げるべきだという意見がありますが、このことについて意見をお聞かせください。
(1つだけ選択)

- ア. 引き上げる方がよい。この場合(4,000円を ⇒ 円)にする。
 - イ. 現行のままでよい。
 - ウ. 引き下げる方がよい。この場合(4,000円を ⇒ 円)にする。
 - エ. 市町村が直営している地域包括支援センターとに委託している地域包括支援センターで分ける方がよい。
 - オ. その他
- この場合、市町村直営 (4,000円を ⇒ 円)にする。
民間委託 (4,000円を ⇒ 円)にする。



アの回答	回答数
4,000円以上	1
5,000円	8
5,500円	0
6,000円	17
6,500円	5
6,800円	1
7,000円	3
8,000円	11
8,500円	1
10,000円	3
無回答	2

	回答数	引き上げる値段
市町村直営	0	0
民間委託	1	8,000

回答結果

回答総数: 73市
(無回答が1市。グラフは、73市で計算。)

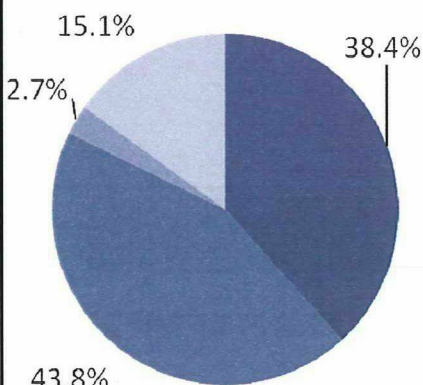
各選択肢の回答数と回答比率
 ア: 52市 ⇒ 71.2% イ: 13市 ⇒ 17.8%
 ウ: 0市 ⇒ 0% エ: 1市 ⇒ 1.4%
 オ: 7市 ⇒ 9.6%

29

(5) 介護予防支援の担当件数について

居宅介護支援費については、ケアマネジャー一人当たりの担当件数が40件を超える場合、通減規定があるが、介護予防支援費については基準がないため、地域包括支援センター職員一人当たりの担当件数が多くなり、プランの質の低下や地域包括支援センターが担うべき他の業務が疎かになっているとの意見がありますが、このことについてご意見をお聞かせください。(1つだけ選択)

- ア. 標準担当件数を設定しない方がよい。
 - イ. 標準担当件数を設定した方がよい。
 - ウ. 市町村直営と民間委託といった運営形態ごとに標準担当件数を設定した方がよい。
 - エ. その他
- この場合、市町村直営 (件)にする。
民間委託 (件)にする。



	回答①	回答②
市町村直営	50件	50件
民間委託	10件	16件

回答結果

回答総数: 73市 (無回答が1市。グラフは、73市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

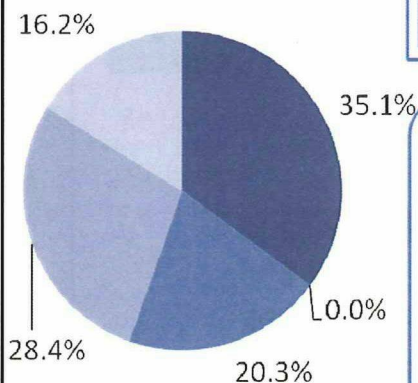
ア: 28市 ⇒ 38.4% イ: 32市 ⇒ 43.8%
 ウ: 2市 ⇒ 2.7% エ: 11市 ⇒ 15.1%

30

(6)介護予防支援の委託件数について

地域包括支援センターから居宅介護支援事業者に委託される件数の上限(8件)についてどのように考えますか。
(1つだけ選択)

- ア. 上限を引き上げる方がよい。この場合(8件 → 件)にする。
- イ. 上限を引き下げの方がよい。この場合(8件 → 件)にする。
- ウ. 委託件数の上限を廃止して、新規ケースは地域包括支援センターが担当し、継続ケースは居宅介護支援事業者に委託することとする方がよい。
- エ. 現行のままでよい。
- オ. その他



アの件数	10件	12件	15件	16件	20件	40件	無回答
回答数	4	4	2	7	2	1	6

回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 26市 ⇒ 35.1%

ウ: 15市 ⇒ 20.3%

オ: 12市 ⇒ 16.2%

イ: 0市 ⇒ 0%

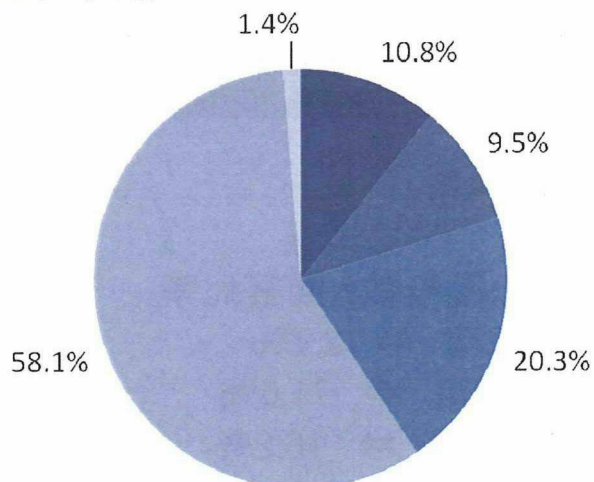
エ: 21市 ⇒ 28.4%

31

(7)サービス担当者会議について

サービス担当者会議の費用は基本報酬に含まれていますが、すべてのケースについて開催がなされていない実情を踏まえ、基本報酬を引き下げて、「サービス担当者会議を開催したときに加算を行うべき。」との意見がありますが、どのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 基本報酬を引き下げて加算を行う方がよい。
- イ. 基本報酬はそのままに加算を行う方がよい。
- ウ. 基本報酬はそのままに減算を行う方がよい。
- エ. 現行のままでよい。(加算を行う必要はない)
- オ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 8市 ⇒ 10.8%

イ: 7市 ⇒ 9.5%

ウ: 15市 ⇒ 20.3%

エ: 43市 ⇒ 58.1%

オ: 1市 ⇒ 1.4%

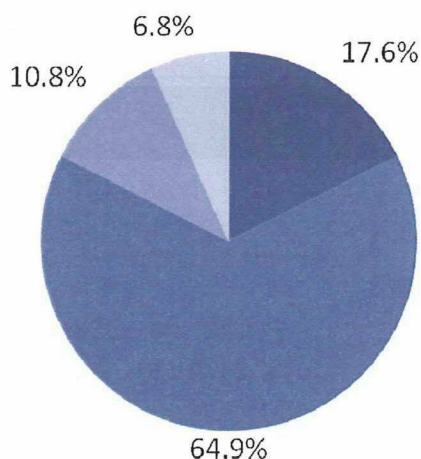
32

6. 訪問介護について

(1) 身体介護と生活援助について

「身体介護と生活援助を一本化すべきである。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 身体介護と生活援助を一本化の方がよい。
- イ. 現行のままの2類型でよい。
- ウ. 3類型にする方がよい。(身体介護、生活援助、複合型)
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

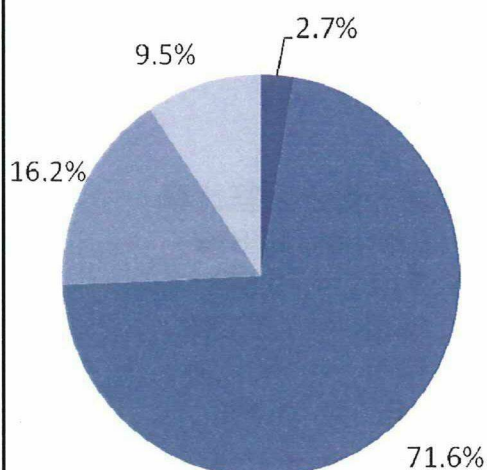
ア: 13市 ⇒ 17.6%
 イ: 48市 ⇒ 64.9%
 ウ: 8市 ⇒ 10.8%
 エ: 5市 ⇒ 6.8%

33

(2) 生活援助について

「介護保険が担うべき役割を考慮して、訪問介護における生活援助の在り方を検討する必要がある。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 生活援助は介護保険の給付対象から外した方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 軽度者については、生活援助は介護保険の給付対象から外した方がよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

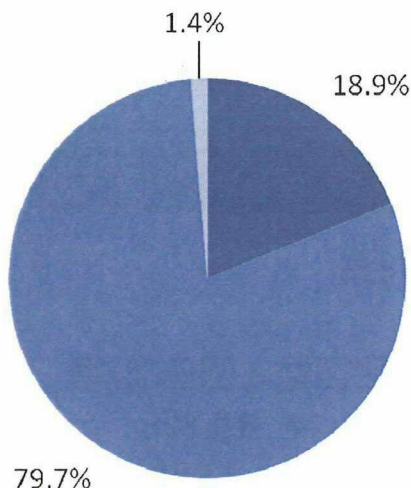
ア: 2市 ⇒ 2.7%
 イ: 53市 ⇒ 71.6%
 ウ: 12市 ⇒ 16.2%
 エ: 7市 ⇒ 9.5%

34

(3) 行為別(モジュール型)の報酬設定について

時間単位から「行為別(清拭〇〇単位、食事介助〇〇単位、掃除〇〇単位)の報酬体系に変更すべきである。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 行為別(モジュール型)の報酬体系にする方がよい。 ■ イ. 現行のままでよい。 ■ ウ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 14市 ⇒ 18.9%

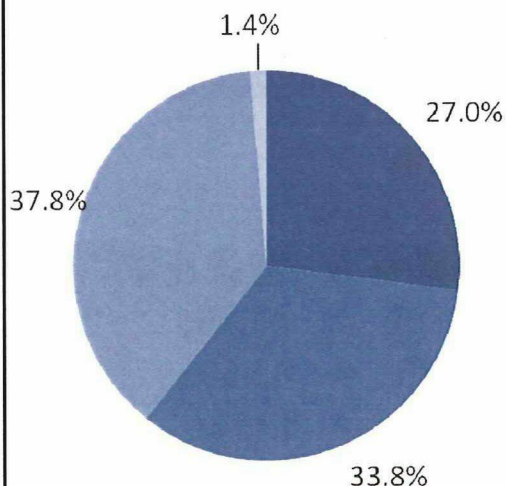
イ: 59市 ⇒ 79.7%

ウ: 1市 ⇒ 1.4%

(4) 訪問介護のサービス提供責任者への報酬

サービス提供責任者の費用は介護報酬に含まれていますが、「ケアマネ同様の書類作成や調整等が多く、介護報酬に見合っていない。」という意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. サービス提供責任者の費用を上乗せする方がよい。
■ イ. サービス提供責任者の業務量を少なくし、報酬は現行のままでよい。
■ ウ. サービス提供責任者の業務量、報酬とも現行のままでよい。
■ エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 20市 ⇒ 27.0%

イ: 25市 ⇒ 33.8%

ウ: 28市 ⇒ 37.8%

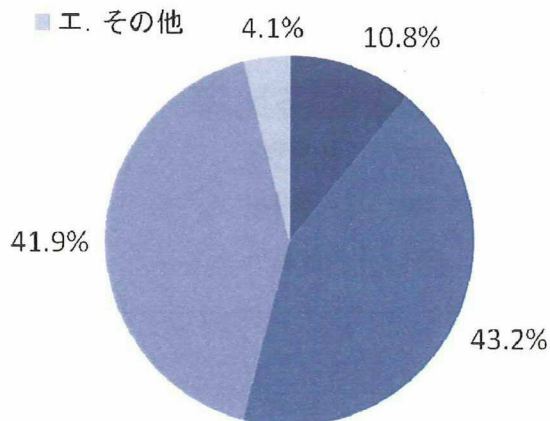
エ: 1市 ⇒ 1.4%

7. 福祉用具貸与について

(1) 貸与と購入の品目について

貸与の品目や期間によっては、「貸与」の方が「購入」より多くの給付費が支給されています。このため、「貸与品目と購入品目を共通化すべきである。」などといった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 貸与品目と購入品目を共通化する方がよい。
- イ. 貸与品目は電動ベットや電動車いすのように、メンテナンスの頻度が多く、高価なものに限定して、他の用具は原則購入とする方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

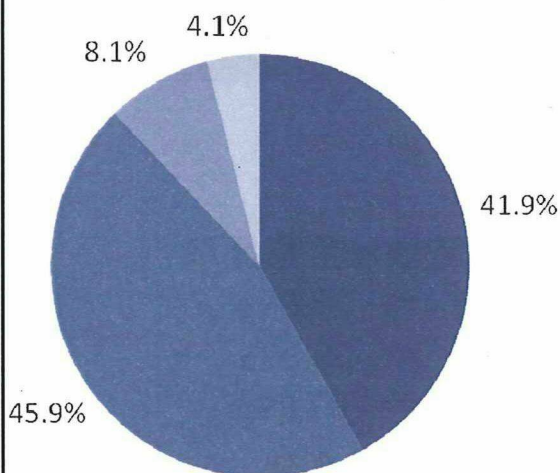
ア: 8市 ⇒ 10.8%
 イ: 32市 ⇒ 43.2%
 ウ: 31市 ⇒ 41.9%
 エ: 3市 ⇒ 4.1%

37

(2) 貸与価格について

「電動ベッドや車いすの貸与価格は、実際の販売価格と比較してかなり高値で設定されている。」という意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 福祉用具貸与品目ごとに保険給付の上限を設定する方がよい。
- イ. 貸与価格は通常の販売価格の1/20にするなど、上限を設定する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

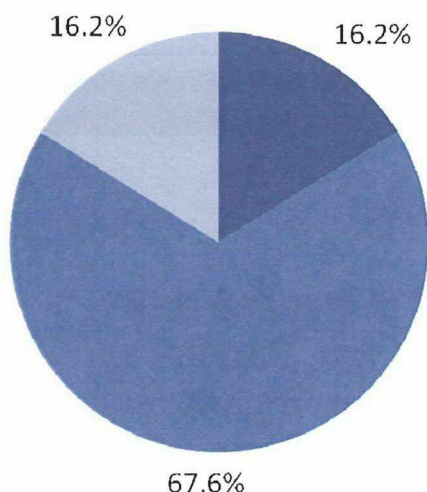
ア: 31市 ⇒ 41.9%
 イ: 34市 ⇒ 45.9%
 ウ: 6市 ⇒ 8.1%
 エ: 3市 ⇒ 4.1%

38

(3)福祉用具貸与にかかるサービス担当者会議について

福祉用具貸与に関して、「サービス担当者会議の開催頻度が6か月に1回の義務付けは、介護支援専門員等の負担が大きすぎる。」との意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. サービス担当者会議の開催頻度を少なくする方がよい。 ■イ. 現行のままでよい。 ■ウ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 12市 ⇒ 16.2%

イ: 50市 ⇒ 67.6%

ウ: 12市 ⇒ 16.2%

39

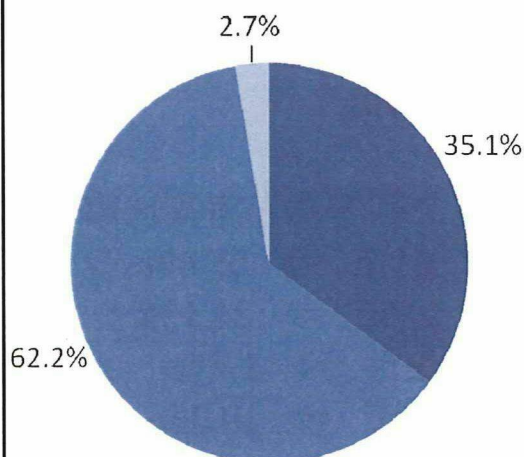
8. 通所介護・通所リハビリテーション

通所介護等の報酬水準について、「通所介護等の報酬単価は、施設サービス費の報酬単価に比べて高いので、単価を引き下げるべきである。」との意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

要介護5の場合(例)

通所介護 通常規模	6時間以上8時間未満	1125単位
特養(多床室)		921単位

- ア. 通所介護等の報酬単価を見直す方がよい。 ■イ. 現行のままでよい。 ■ウ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 26市 ⇒ 35.1%

イ: 46市 ⇒ 62.2%

ウ: 2市 ⇒ 2.7%

40

9. 介護予防通所介護について

(1) 介護予防通所介護の報酬構造について

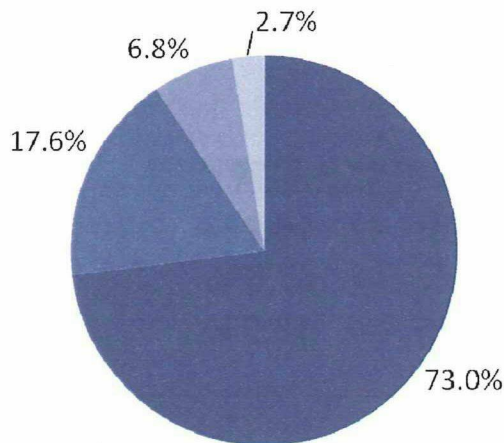
介護予防通所介護は要支援区分別の報酬体系となっており、通所回数によっては、介護給付より負担が大きくなるという逆転現象もあります。このため、「介護予防訪問介護と同様、回数での報酬体系とすべき。」という意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

■ ア. 回数設定の方がよい。

■ イ. 時間単位の設定の方がよい。

■ ウ. 現行のままでよい。

■ エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 54市 ⇒ 73.0%

イ: 13市 ⇒ 17.6%

ウ: 5市 ⇒ 6.8%

エ: 2市 ⇒ 2.7%

41

(2) 事業所評価加算について

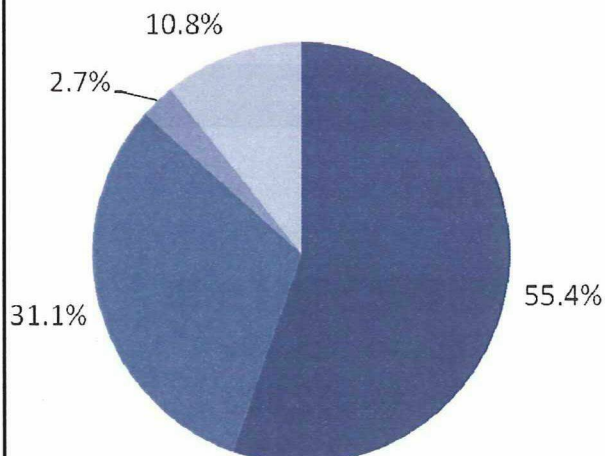
「栄養改善加算や口腔機能向上加算の実施率が低い中で、事業所評価加算の実効性に疑問がある。」との意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

■ ア. 事業所評価加算は廃止し、基本報酬に包括化する方がよい。

■ イ. 現行のままでよい。

■ ウ. 他のサービスにも拡大する方がよい。

■ エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 41市 ⇒ 55.4%

イ: 23市 ⇒ 31.1%

ウ: 2市 ⇒ 2.7%

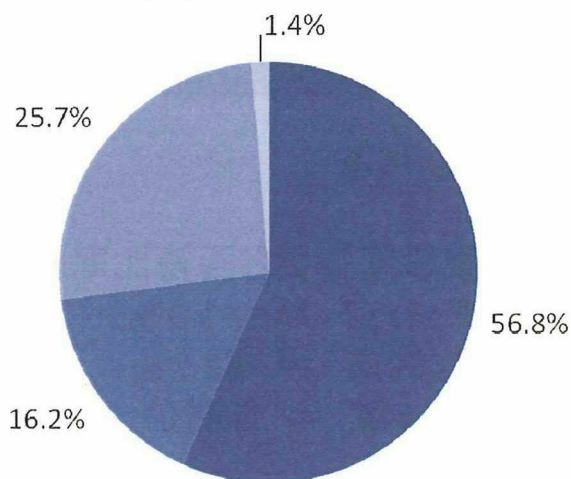
エ: 8市 ⇒ 10.8%

42

(3) アクティビティ実施加算について

介護予防通所介護における加算については、施設ごとにアクティビティ実施加算と選択的サービス加算の二者択一となっていますが、このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. アクティビティ実施加算を廃止し、基本報酬に包括化する方がよい。(選択的サービス加算はそのまま)
- イ. 利用者ごとに、アクティビティ実施加算と選択的サービス加算を選択できるようにする方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 42市 ⇒ 56.8%
イ: 12市 ⇒ 16.2%
ウ: 19市 ⇒ 25.7%
エ: 1市 ⇒ 1.4%

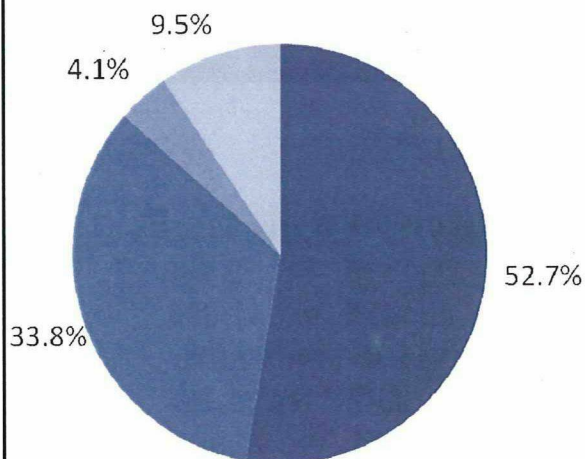
43

10. 居宅療養管理指導について

(1) 居宅療養管理指導の算定について

居宅療養管理指導は、通院困難な利用者の場合に算定できることになっていますが、実際は心身の状態から見て通院が可能な者も算定されています。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 心身の状態に照らして通院困難な者に限定する方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 通院が可能な者にも拡大する方がよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

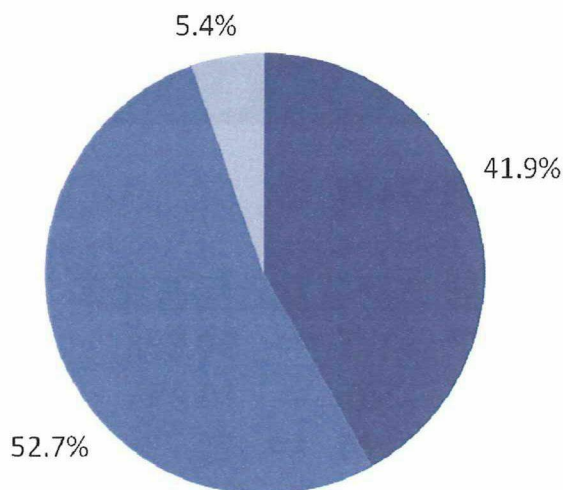
ア: 39市 ⇒ 52.7%
イ: 25市 ⇒ 33.8%
ウ: 3市 ⇒ 4.1%
エ: 7市 ⇒ 9.5%

44

(2)グループホーム等での居宅療養管理指導の算定について

グループホームや特定施設では医師の配置がないため、居宅療養管理指導の算定が可能となっていますが、診療報酬の改定により、居住系施設については低い単価の報酬となりました。このことについてどのように考えますか。
(1つだけ選択)

■ ア. 診療報酬と同様、通常より低い報酬単価とする方がよい。 ■ イ. 現行のままでよい。 ■ ウ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 31市 ⇒ 41.9%

イ: 39市 ⇒ 52.7%

ウ: 4市 ⇒ 5.4%

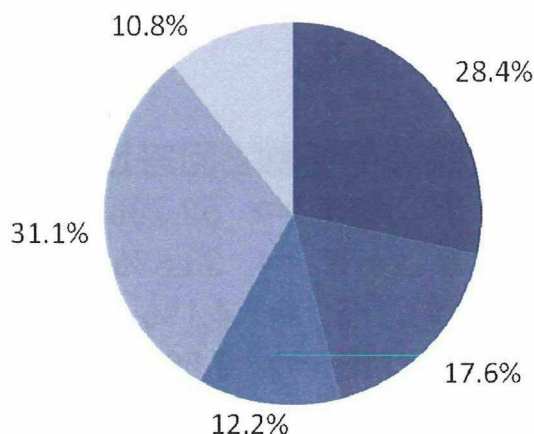
45

11. 小規模多機能型居宅介護について

(1)小規模多機能型居宅介護の報酬水準について

小規模多機能型居宅介護の介護報酬は在宅の中重度者への支援の強化という観点から、軽度者は低く設定されている一方、重度者は特養の多床室と同程度の水準に設定されています。このような報酬の水準についてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 介護報酬を全体的に引き上げる方がよい。
- イ. 軽度者の介護報酬を引き上げて、重度者の介護報酬を引き下げる方がよい。
- ウ. 基本報酬を引き下げて、加算等で評価する方がよい。
- エ. 現行のままでよい。
- オ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 21市 ⇒ 28.4%

イ: 13市 ⇒ 17.6%

ウ: 9市 ⇒ 12.2%

エ: 23市 ⇒ 31.1%

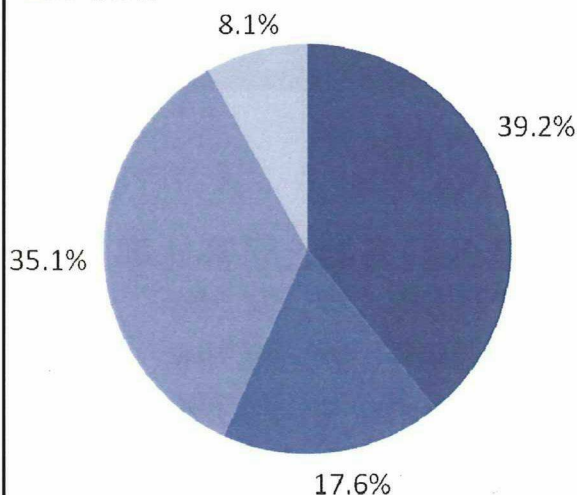
オ: 8市 ⇒ 10.8%

46

(2)小規模多機能型居宅介護の報酬構造について

小規模多機能型居宅介護の介護報酬は、要介護度ごとの月単位の包括報酬となっており、解釈通知上は週4回以上のサービスを提供することになっています。しかし、実際は月平均10回程度のサービス提供に止まっている事業者もあり、必要な回数のサービスが提供できていないという意見があります。このことについてどのように考えますか。
(1つだけ選択)

- ア. 「通い」、「泊まり」、「訪問」ごとに日数単位により報酬を算定できるようにする方がよい。
- イ. 介護予防訪問介護のように、「通い」、「泊まり」、「訪問」ごとに月を単位として回数により報酬を設定する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい(事業者に対する指導により対処すべき)。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 29市 ⇒ 39.2%
イ: 13市 ⇒ 17.6%
ウ: 26市 ⇒ 35.1%
エ: 6市 ⇒ 8.1%

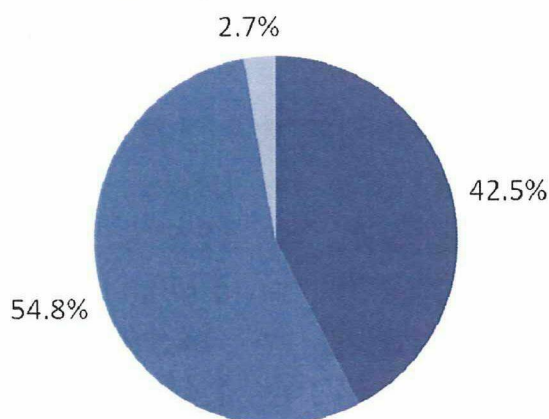
47

12. 施設サービス費について

(1)大規模施設のスケールメリットについて

介護保険施設に対する現行の報酬体系は定員規模別となっていないため、大規模施設になるほどスケールメリットが働くことになっています。定員規模別に介護報酬を設定することについてどのように考えますか。
(1つだけ選択)

- ア. 30名以上の介護施設についても定員規模別の報酬設定にする方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

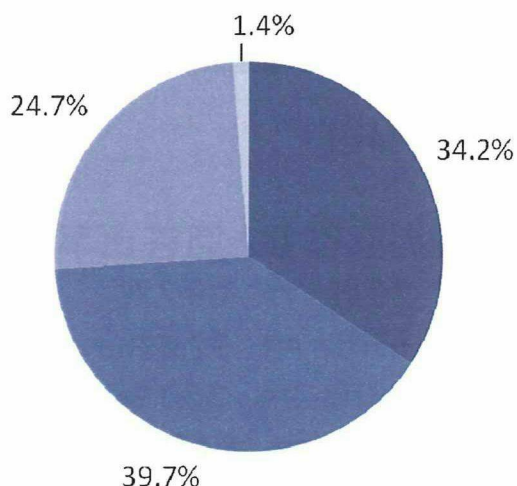
ア: 31市 ⇒ 42.5%
イ: 40市 ⇒ 54.8%
ウ: 2市 ⇒ 2.7%

48

(2) 人員配置基準について

「入所者のニーズの多様化、身体拘束の原則廃止、サービスの質の向上などに対応するため、実際は多くの施設で現行の人員配置基準を上回っているという実態に合わせた人員配置基準に見直すべき。」との意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 人員配置基準を見直す方がよい。
- イ. 人員配置基準は見直さず、加配分については別途評価する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

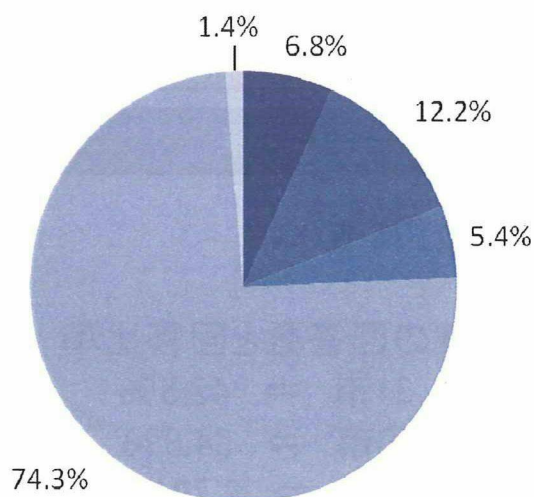
各選択肢の回答数と回答比率

ア: 25市 ⇒ 34.2%
 イ: 29市 ⇒ 39.7%
 ウ: 18市 ⇒ 24.7%
 エ: 1市 ⇒ 1.4%

(3) 要介護度別の介護報酬について

介護保険施設の報酬体系は要介護度別となっていますが、このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 5段階のままで、単位差を拡大する方がよい。
- イ. 5段階のままで、単位差を縮小する方がよい。
- ウ. 3段階にする方がよい。(第2期の報酬設定と同等)
- エ. 現行のままでよい。
- オ. その他



回答結果

回答総数: 74市

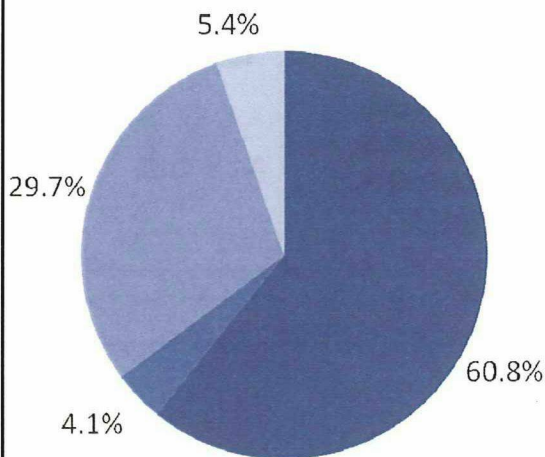
各選択肢の回答数と回答比率

ア: 5市 ⇒ 6.8%
 イ: 9市 ⇒ 12.2%
 ウ: 4市 ⇒ 5.4%
 エ: 55市 ⇒ 74.3%
 オ: 1市 ⇒ 1.4%

(4) 加算について

「施設サービスに係る加算は種類が多く、施設での事務処理が煩雑になっている。」といった意見や、「加算の定義が分かりにくく、実地指導において指摘事項や報酬返還の対象になる場合が多い。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. できるだけ加算の種類を少なくし、本体報酬に包括化する方がよい。
- イ. できるだけ加算の種類を増やし、施設介護の内容を評価する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 45市 ⇒ 60.8%

イ: 3市 ⇒ 4.1%

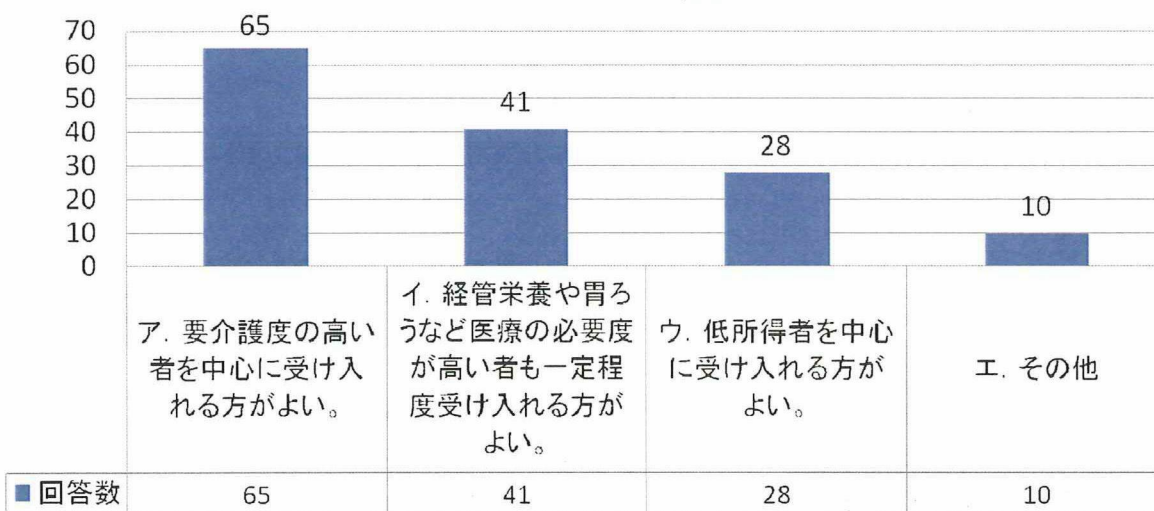
ウ: 22市 ⇒ 29.7%

エ: 4市 ⇒ 5.4%

51

13. 特別養護老人ホームについて

今後の特別養護老人ホームのあり方について伺います。
どのような状態の方を優先して受け入れるべきと考えますか。(複数回答可)



回答結果

各選択肢ののべ回答数

ア: 65市

イ: 41市

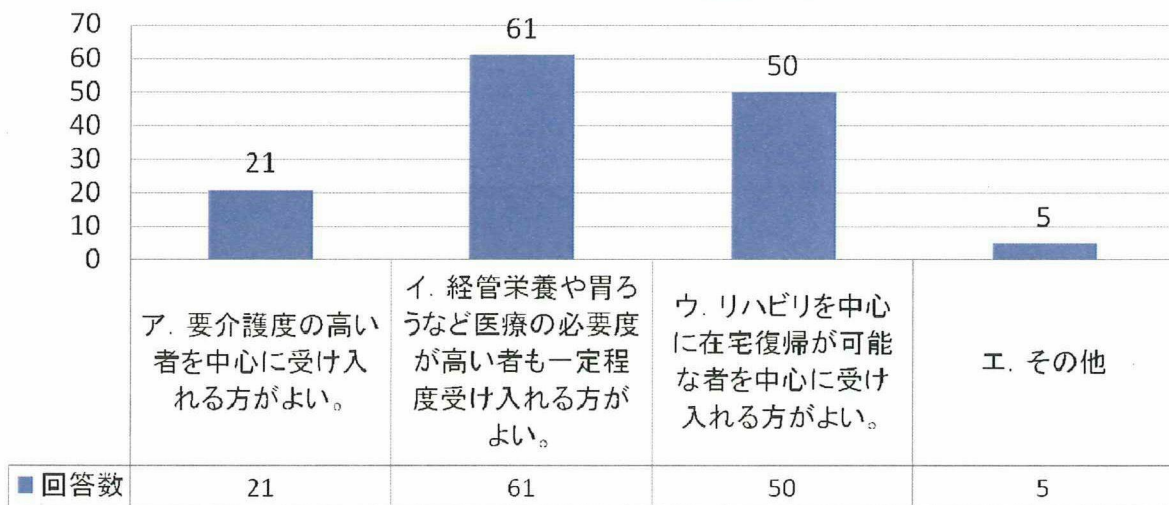
ウ: 28市

エ: 10市

52

14. 介護老人保健施設について

今後の介護老人保健施設のあり方について伺います。
どのような状態の方を優先して受け入れるべきと考えますか。(複数回答可)



回答結果

各選択肢ののべ回答数

ア:21市

イ:61市

ウ:50市

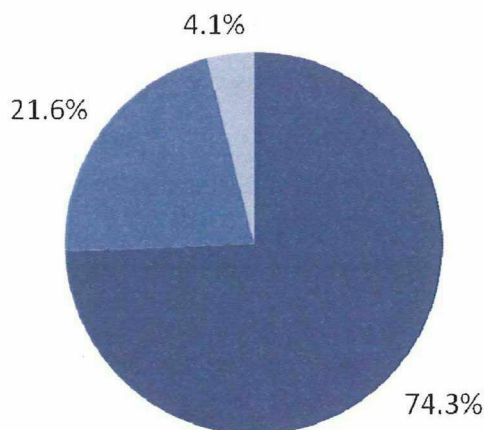
エ:5市

53

15. 介護療養型老人保健施設について

介護療養型老人保健施設は療養病床からの転換に限られていますが、このことについて伺います。
(1つだけ選択)

- ア. 現行のとおり、療養病床からの転換に限る方がよい。
- イ. 保険者の判断により、既存の介護老人保健施設も介護療養型老人保健施設に転換できるようにする方がよい。
- ウ. その他



回答結果

回答総数:74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア:55市 ⇒ 74.3%

イ:16市 ⇒ 21.6%

ウ:3市 ⇒ 4.1%

54

16. 介護報酬、人員基準等について、貴市における課題・問題点がありましたら、簡潔にお書きください。

<1>

- ① 小規模多機能型居宅介護事業における通院等介助への対応について同サービスの内、通院等介助に係る人的負担が大きいことから、別途評価を望む声が多いので、報酬体系の見直しを要望する。
- ② 居宅介護、介護予防支援の評価について
当該業務は、事務量が多いとともに様々な判断の際の位置づけをケアプランに委ねていることから、事務量の軽減と一定の評価をすべきと考える。
- ③ サービス格差への対応について
僻地へのサービスの提供に際して、事業者の体制が整わないことから、制限が生じることが多い。市内どこでも公平にサービスを受けられるよう、特別地域加算分に該当しない場合でも、距離的な加算の上乗せなどを検討するなど、地域性の考慮が必要と考える。

<2>

- ① グループホームの人員基準について、計画作成担当者が修了すべき研修の年間開催回数が限られているため、不測の離職時に事業所が対応できない事例が見られている。
- ② 施設の計画作成介護支援専門員の配置基準が利用者100人に対し1名であるため、介護支援専門員が施設内の他の職種(生活相談員・介護職員等)を兼務することにより、施設サービス計画の作成プロセスや内容が不十分な事例が見られている。

<3>

- ① 特別養護老人ホームについて、入居者の重度化に伴い入院する入居者が増え、運営に支障をきたしている。
- ② 高齢者専用住宅、有料老人ホーム、高齢者アパート等において、過度のサービス提供に陥りやすい(移動のない訪問介護提供について、減算検討も要)。

55

<4>

- ① 介護事業に携わる看護師、介護士の絶対数が不足しており、満足な介護ケアの実施に支障を感じている。また、現状においても将来的にも看護師、介護士の成り手が少なく、減少することが危惧されている。国に対し、緊急かつ長期的に人材の確保、育成対策をとるよう強く要望したい。
- ② 療養病床の平成23年度末にむけての医療療養型の削減、介護療養型の廃止に関して、現入所者の受入れ体制について、国へ更なる指導力を発揮し、スムーズな移行を図っていただきたい。
- ③ 特別養護老人ホームの個室ユニット化の推進も必要だが、国民年金受給者(年収60～80万円程度)など所得の低い人も入所できる多床室の一定割合確保について検討していただきたい。

<5>

訪問入浴や通所介護などの「看護職員」を直接処遇職員としての位置づけではないサービスについては、人員基準を緩和していただきたい(過疎地においては、市町村立の自治体病院においてさえ、看護師不足が顕著になっている中、介護サービス事業所においては、更なる看護師不足が深刻な問題となってきているため)。

<6>

- ① 訪問介護の人材不足により利用回数や利用日に制限が出てきている。
- ② 在宅での生活が限界にきている軽度認定者は、介護報酬が低く入所しにくくなっている。

<7>

小規模多機能型居宅介護施設を普及させたいと考えているが、常時夜勤が必要なことや現行の介護報酬では経営が困難との声があり、事業者の参入が芳しくない。開業後数年は報酬を高く設定する等参入を優遇するような報酬改定を希望する。

<8>

- ① 生涯予防の充実により元気高齢者を増やし、生涯現役をめざす施策が重要です。
- ② 少子・超高齢化社会をむかえ、必要な施策には財源を確保すべきです。
- ③ 団塊の世代が退職し、今後30年くらいは、施設が不足するので対処が必要です。
- ④ 介護付高齢者専用住宅の促進が重要です。

56

<9>

- ① 介護予防のデイサービスの報酬が低いため、短時間化している。
- ② 入浴を目的としたデイサービスが多いため、特にデイサービス本体の単価を減じた上で入浴加算を引き上げてよいのでは。
- ③ 全体的に加算をつけると事務が煩雑となるので包括化を進めるべき。
- ④ 住宅改修では資産形成につながる改修(階段など)が増えてきた。
- ⑤ サービス管理者の報酬がないため、現場では人件費の捻出に苦慮している。

<10>

- ① 市内の福祉専門学校では、福祉を目指す学生が減少しており、また、卒業後も他業種に就職する学生が増える傾向にあり、将来にわたって介護施設等の人材不足が見込まれており、深刻な状況にある。
- ② 保険料の設定に影響を及ぼすため、介護報酬の諮問答申の時期を早めてほしい。また、あわせて、サービス種別ごとの改定率を示していただきたい。
- ③ 介護予防通所介護や小規模多機能型居宅介護など、月単位の報酬設定は過小サービスを誘発しているため、日単位又は回数単位に改めてほしい。

<11>

- ① 介護職の人員を最小限に設定しているため負担が過大である。人員基準をもう少し多くする必要がある。
- ② 情報公開制度で無駄な出費を事業者負担させるべきでない。
- ③ 認定申請手続きについて、介護予防プランが設立され自立支援に向けた支援に不満感を募らせた被保険者が要介護認定を受けたい為に何度も更新の更新を繰り返し介護給付費が増大している。一割負担を課し経費についての意識を持たせるべきだと考える。
- ④ 福祉用具貸与は現行、月単位・半月単位の請求となっている。そのため1日だけの利用で半月単位を請求する業者がある。高額貸与品については1日単位の徹底をするべきである。

<12>

制度の見直しが必要なのは理解できますが、短期間、かつ度重なる改正(介護報酬、人員基準も)は制度運営上、不安定要素につながるものと思われます。

57

<13>

施行後5年での大改革があったばかりなので、住民の理解を広く求めるため、もうしばらくは現行のまま安定を図ることが望ましいのではないかと。

<14>

福祉用具購入費の内、腰掛便座の購入費に価格のばらつきが多く、必要性に疑義があります(腰掛便座の購入費には、上限を設定すべきだと思います)。

<15>

全体的に介護職員の人員が不足してきている。事業者からの訴えとして、報酬が低い為、職員を低賃金でしか雇えず、仕事もきついため職離れが早いといった問題がある。また、訪問介護では、資格要件の今後の行方が不明な為に、新たにヘルパー2級を取って働こうとする人が少なく、また、資格を取得する機会自体が少ないといった訴えもある。
施設入所については、要介護1以上であれば入所できるといっているが、特養では優先入所の基準を設けることとしていたり、施設枠(要介護2～5の方の37%以内の方が、グループホーム、介護専用型特定施設、介護保険施設、小規模特養を利用)を設けたりしているため、入所希望を満たせない。入所対象者と、入所基準と、施設整備の間の整合性をとってほしい。

<16>

介護報酬の引き上げをするに当たり、報酬が介護労働者に適正に配分できる仕組みを整備することが重要である。

58

○小規模多機能型居宅介護事業に係る指定基準の緩和について

地域密着型サービスは、高齢者を対象者とする平成18年4月から新しく始まったサービスで、その拠点等の整備については、厚生労働省所管の地域介護・福祉空間整備等交付金を活用し促進を図っています。

中でも、小規模多機能型居宅介護事業は介護の効果が期待できる事業ですが、特に整備が進んでおりません。整備が進まない原因は、介護報酬や交付金配分基礎単価等の要因があるかと思いますが、指定基準が実態に即していないという現状もあります。小規模多機能型居宅介護は、馴染みのスタッフにより24時間365日切れ目なく暮らしを支える基本理念があります。また、公費が投入されるため、普遍的な基準が必要ですが、次のとおり、課題を提起するとともに、基準の緩和を望みます。

現状制度上の課題

A 訪問介護事業所のスタッフとの行き来ができないこと。

① 夜間の緊急時には、訪問介護事業所のスタッフとの行き来(応援)を認めていただきたい。

② 夜間の緊急時には、馴染みの関係よりも、まずは、誰かが訪問して援助することが必要と考えられる。そのためには、小規模多機能型居宅介護支援事業所のスタッフに限らず、訪問介護事業所のスタッフとの行き来を認めていただきたい。

③ 小規模多機能型居宅介護支援事業所のスタッフは限られており、ローテーションの問題など、スタッフの負担を考えると、同一敷地内に訪問介護事業所が併設されているなど、同一法人内で連携が図られている場合には、他の部門からの応援を認めていただきたい。

④ 在宅福祉サービスの利用者の中にはヘルパーの利用者が多く、同一敷地内に訪問介護事業所が併設されているなど、同一法人内で連携が図られている場合には、逆に、訪問介護事業所のスタッフとの行き来を認めることにより、これまで築いてきた馴染みの関係を遮断することなく、また、小規模多機能型居宅介護支援事業所のスタッフと訪問介護事業所のスタッフがケア方法を一緒に考えるなど、小規模多機能施設の利用者の在宅生活の継続を多方面から支えることができる。

⑤ 小規模多機能型居宅介護支援事業所は、地域密着型サービスであることから、上記のような地域の実情に応じて、市町村の裁量に委ねるなど、訪問介護事業所のスタッフとの行き来を認めていただきたい。

59

<17>
②

B 毎日の宿直が必要であること。

① 宿泊者の有無に関わらず、宿直者が必要であるなど、運営基準が厳しい。

② その理由は、夜間の緊急の訪問に対応するためとのことであるが、自宅待機者を定め、電話の自動転送等により、連絡を取ることとは可能である。電話の自動転送など確実に連絡が取られる体制や仕組みが確立されている場合には、自宅待機及び自宅からの訪問を認めていただきたい。

<18>

年々増加する介護報酬費を抑制するには、個々の利用者の実情に合った必要十分なケアプランを作成することが大切であり、そのためにはケアマネジャーの一層の資質の向上が望まれる。

<19>

① 家族や親族など全く身寄りの無い者については、施設入所する際保証人がいないことを理由に入所申込自体敬遠される傾向にある。

② 介護報酬体系が複雑であり、また解釈に保険者判断というようなグレーゾーンの部分が多々あるため、人事異動の対象となる専門職ではない保険者職員では理解・解釈・指導に限界がある。

<20>

① 短期入所サービスの利用日数について

利用日数は、認定有効期間のおおむね半数を超えないという基本の上に、連続したサービスは30日までの制限があり、必要な時は集中的な利用を妨げないとなっています。

したがって、「30日の利用→1日の自己負担→30日の利用→1日の自己負担……」といったロングショートが現実に行われており、長期入所と同等の取扱いが可能となっています(短期入所利用申込者に支障が生じている)。

本来の短期入所の性質から適当でないと思われますので、見直しを要望します。

② 介護予防支援費の単価について

現行1件あたり、月額4,000円となっており、居宅介護支援費の10,000円・13,000円と比較し格差が大きすぎる」と思います。(制度開始前に国が考えていた業務量と、実際の業務量において大きな差異を生じている現状がある。)

また、介護予防支援を受託した居宅介護支援事業所の受ける委託料は4,000円を下回ることとなる。(通常、包括支援センターの必要事務費を除いた金額)

業務量が居宅介護支援業務量と比較して大差ないことから、受託する居宅介護支援事業所の不満も大きく、また、居宅介護支援費の介護報酬と比較して、均衡を図るためにも介護予防支援費の単価についても見直しを要望します。

60

<21>

① 地域密着型サービスの介護報酬等の見直しが必要である。小規模多機能型居宅介護を例にあげると、このサービスを利用すると他の事業所の通所介護や訪問介護・短期入所が利用できない点とサービス利用に係る自己負担額が1ヶ月の定額料金になることから、当初の見込数に比べて利用者数が伸びていない。新規参入した事業所に厳しい事業運営を強いている状況に鑑み、介護報酬や人員基準の抜本的な見直しが必要であります。

② 介護保険制度と障害福祉サービスとの適用関係が曖昧になってきている。平成19年度に入って、居宅介護支援事業者が単位超過となるサービス利用計画を作成、不足する部分について障害福祉サービスの給付申請に及ぶ事例が増加しつつある。このような場合には、介護報酬の減算措置等を講じないと収拾が付かない事態に陥るのではと危惧されるところであります。

<22>

① 介護支援専門員の標準給与体制の導入

② 特別養護老人ホーム等施設の夜間の職員の配置体制の見直し(増員)

③ 介護職員に対する研修体制、特に介護の質の向上を担う現場の介護職員が参加できる体制づくり

<23>

小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型居宅介護において、現行の人員配置では対応が厳しい状況にある。

① 住宅改修において、指定制でないため工事の内容にばらつきがある。

② 介護予防通所介護において、定額制で利用回数の制限があるため、利用者が激変し経営危機に陥っている事業所が発生している。

③ 地域包括支援センターの人員確保が困難であり、要支援の方に対するサービス提供に支障をきたしている。

61

<24>

平成12年老企第36号第2の2(4)訪問介護の所要時間において「訪問介護を1日に複数回算定する場合にあつては、算定する時間の間隔は概ね2時間以上とする。」と定められているが、適切なケアマネジメントを踏まえた上で、やむを得ないと認められる場合は、各自治体の判断により、2時間以内でも1日複数回介護報酬を算定できる取扱いとしてほしい。

【理 由】

重度の要介護状態にある方を施設に入所させるのではなく、在宅で一人で介護している介護者が、急遽どうしても8時間程度外出しなければならない場合、一般的にはショートステイを利用することになるが、過疎地域においては、サービス事業所も少なく、又ショートステイは数ヶ月前から予約しなければ利用が難しく、急遽の利用には対応できない現状にある。さらにデイサービスも、日曜日が休日のところが多いため、外出日が日曜日と重なると、どうしてもホームヘルプサービスを1日に複数回利用せざるを得ない。そのような状況のなか、利用者の精神的・身体的状況により、1時間毎に何らかの支援がどうしても必要な場合は、適切なケアマネジメントを踏まえた上で、各自治体の判断により、例外的に2時間以内でも1日複数回介護報酬を算定できる取扱いとしてほしい。

<25>

① 要支援のホームヘルパー

シルバー、有償ボランティアなどにより、利用料が安いのでお手伝いさん代わりにやってもらった方が楽という意識が本人、家族にある。

② 住宅改修

安いからやっておけという意識が利用者にあることや、少なからず個人資産を改修するため、自己負担1割を増やす方向で検討してもよいと思われる。

<26>

介護予防サービス中、月額報酬となっているものについては、事業所が採算性を考慮するために、回数制限を行うなどの誘因となってしまうため、報酬体系若しくは明確な基準設定等の見直しが必要であることを強く要望します。

62

<27>

本市では、とりわけ中山間地域での介護サービスを提供する事業所においては、介護に従事する職員及び介護支援専門員の人員確保が困難な状況や、なかなか定着就労に結びつかない現状にある。現場の介護職員の業務過多や重労働といったことなどが要因にあり、制度に定められている現行の1対3の人員配置の見直しが求められる。介護支援専門員においては生活全般の相談・苦情への対応、業務多忙や力量に不安を抱えてしまうなど様々なケースへの対応に日々が追われている現状であり、広範囲な地域を担当にもつ介護支援専門員の業務に応じた報酬体系がまだ未だに示されていない。サービス利用者に直接関わる介護職員や介護支援専門員の労働実態に見合う人件費の確保が、介護サービスの質の向上に結びつくことから介護報酬の体系の見直しを要望する。

<28>

これまでの設問の中で記載したところだが、特に要望したいところは、

- ① 施設系居住系の人材不足は深刻な状況であるので、職員の処遇の改善が図れる報酬体系の実現が望まれる。
- ② また、利用者の要介護状態の軽減または悪化の防止に取り組んだ結果、成果が上がった場合の成功報酬の設定の提案。

さらに、平成18年度から介護予防給付が開始されたが、別紙「給付の状況」とおり費用額としては十分な効果は現れていない。また、「サービス比較」とおり従前の「要介護1」が「要支援2」「要介護1」に判別されることとなったため、「要支援2」となった利用者からのクレームの声が高い。渋谷区のように国の制度で対応できない部分を独自サービスとして提供する自治体も出現しているところである。

それ故、

- ③ 「要支援2」と「要介護1」の判別の見直しや認定調査項目の見直しについては、単にデータ分析に拠るものではなく、事業運営主体である保険者の意見や認定審査の実態を十分反映した上での検討としていただきたい。
- ④ 軽度の要介護者要支援者を対象とした給付(サービス)は、利用者のニーズの多様さに対応できておらず、結果として給付費の削減になっていない。利用者が必要とする部分についてサポートすることでニーズに応え、それが介護予防の効果につながると考えるので、きめ細かなサービス体系の構築を希望する。

また、地域包括支援センターの職員配置の基準について、本市(8箇所設置)では、現実として3職種の人員確保が非常に困難であり、包括間・内での配置する人員の兼務など配置基準の緩和を求めたい。

63

<29>

【予防サービスについて】

- ① 予防通所介護・予防訪問介護については、月額定額報酬にするも、同じ要支援度であれば公平性の観点か同じ利用回数にせざるを得ない部分があり、実際には「真に必要な回数」を位置づけるのは困難である。
- ② 介護予防支援(予防ケアプラン)については、考え方・理念に異論はないが、少し構造が複雑に過ぎ、利用者が真に理解して予防サービスを利用しているとは言い難い。従って、認知症もほとんどなく、十分な判断能力・意思表示を有するのにも、真剣に介護予防に取り組み、生活の自立を目指すという意識付けが困難である。
- ③ 加えて介護報酬が定額であるため、報酬に見合う業務量でプラン作成せざるを得ない傾向にあり、一人の利用者に真剣に向き合い、介護予防のための最適なプランを作成するだけの時間をかけることができない。
- ④ 結果として、予防給付開始後も顕著に状態改善したという例は少なく、予防給付の効果が現れているという状況にはない。

【施設系サービスについて】

- ① 施設の絶対数が不足しており、在宅復帰が困難な利用者が多数あり、利用者の生活の質が担保できない状況である。

<30>

○透析を要する者の介護保健施設への受け入れ

介護を要する被保険者で、透析が必要で週に数回の通院を要する場合、その対象者に介護職員が拘束される時間が長時間を要し、現行で困難な点が多いことから人員基準や介護報酬の加算の創設を要望する。

<31>

介護予防短期入所を利用した場合その月の通所、訪問サービスが月単位でなく日割りにより計上することになっているが、現実問題として通所を使わない日に短期入所を利用するので実情にそぐわないので見直してほしい。

<32>

要支援の定額サービスにおいては、それまで自立へ向けて利用回数を減らしてきていた人が、定額になったことで要求量が増大したり、1回あたりの単価が上がり利用しなくなったりという事例や本当に必要なサービス量を提供しにくい面などがあることから、制度の再検討が必要と考える。

64

<33>

- ① 介護と予防給付とでは報酬体系が違いため、要支援と要介護の認定を交互に繰り返す被保険者へのサービス提供については現場で混乱が生じている。
- ② 介護報酬の体系や加算・減算、あるいは地域密着型サービス等の人員基準については複雑・多岐にわたっており、事業者からの問い合わせにも即答できていないのが現状。保険者としての資質向上は当然であるが、現実的な問題として異動等もあるため、保険者判断等を継続的に引き継いでいくことが課題。

<34>

地域加算を算定できるが、利用者の負担が増えることから利用者の減少につながるのではないかと考えられ、事業者では算定していない状況です。

65

参考:各設問の「その他」

問1-(1)

○事業者から大きな課題であると聞いてはいるが、そのことで事業者の撤退などが続いている状況ではなく、保険者としては深刻な状況とまでは考えていない。

○事業者の努力でなんとか解決できているが、深刻な課題になりつつある。

○現在は、何とか事業者の努力で人材不足はカバーできているが、その状況も本市における人口減少と地域密着型サービス(小規模多機能や認知症対応型デイサービス)などの事業所充実により、着実に介護労働者数が不足しつつある。

○事業所によって格差が見られる。全体的に給与が高いとはいえないが、経営者が報酬を独占している傾向もみられる。

○人材の確保・育成がやや困難な状況ではあるが、現段階では事業者の努力等でサービス供給に問題は生じていない。しかしながら、根本的な解決には至っていない。

問1-(2)

○介護現場の状況を十分把握できていないため回答不可。

○引き上げはやむを得ないが、併せて職員に程kせいに配分できる仕組みを整備する。

○イに加えて、自己負担率の上昇も検討すべき。医療3割に対して、介護は1割というのは、適正と言えるか。

○人材確保のための報酬引き上げは必要であるが、引き上げ分は保険料に転嫁せず税負担するなどの工夫をする。

○報酬が適正に職員に配分できる仕組みを整備し、報酬の引き上げを図る。利用者負担の増については、低所得者対策の改善を検討し、財政への影響は国費の負担部分を増やすことで解決していただきたい。

66

問2

○加算・減算の項目精査を行い、事務負担軽減に配慮するとともに、的確な評価ができるように設定する実績に応じて加算・減算を見直すべきである。
 ○簡素化できる項目は簡素化すべきと考えるが、サービスの質の確保の観点などから現行の仕組みにおいて機能している項目まで変える必要性はないと考える。
 ○基本的には現行の報酬体系を維持しながら、なるべく事業者の内容を評価する方向で加算・減算を残し、特に必要性のない加算・減算は削減する方がよい。
 ○事業者の事務負担軽減は大切であるが、過度に包括的な報酬は事業者にとっても不利益となるのではないかと。
 ○質の良し悪しの区分は必要であるが利用料の影響があるため減算方式のみの導入がよいのではないかと。
 ○利用者にとってわかりやすい仕組みである必要がある。
 ○実態に合わせた加算・減算項目の増減や、利用者に分かりやすい報酬体系が必要。
 ○人材の確保・育成を図るための体制整備に関する加算の充実を行う。
 ○基本的には現行のままでよいが、実態として算定し難い若しくは効果が薄い加算等は実態に応じて廃止なり基準の見直しを十分に議論されたい。
 ○人員に係る加算項目を増やして、サービスの質の確保を行う。
 ○事業者にとっても十分理解されていない面があるため、できるだけ簡素であることが望ましいと考えるが、具体的には個々に趣旨、効果等を十分考慮し、整理することが必要である。

問4－(1)

○要支援2と要介護1の限度額を一致させたほうがよい。

問4－(2)

○年度ごとの必要性は低いことから、1人10万円を限度とするようにすべきと考える。
 ○支給額管理期間について、年度経過による限度額リセットについては見直しが必要と考える。同一年度内で10万円となっているが、生涯にわたる給付管理が妥当と思われる。ただし、状態像が大きく変化したとき(認定区分の変動、ADSLの変動等)や用具の破損等の場合には限度額リセットの検討必要。
 ○支給限度額を引き上げ、自己負担割合を3割とする。
 ○単年度ごとに10万円という限度額の設定は必要ない。(限度額について引き下げたほうがよい。)
 ○軽度者の支給限度額の引き下げと中・重度者の支給限度額の引き上げ。
 ○1種類で10万円又は10万円を超える高額な用具を購入するケースが多々あるため、種類ごとにも限度額が必要。また、介護予防で10万円は多すぎる。

67

問4－(3)

○アの20万円以上に引き上げ、より在宅で生活しやすい環境を整える反面、住宅改修を行った(又は行う場合)は、一定期間、施設やグループホームなどの入所・入居系サービスは受けられないようにすべきでと考える。
 ○支給限度額を引き上げ、自己負担割合を3割とする。
 ○それぞれの事例や条件によって異なるので判断がむずかしい。
 ○軽度者の支給限度額の引き下げと中・重度者の支給限度額の引き上げ。
 ○介護予防の限度額を引き下げの方が良い。

問5－(1)①

○把握していない。
 ○判断は経過記録でしかできない。本当に利用者と向き合っているかは不明。

問5－(1)②

○把握していない。
 ○ペナルティがあるので増えた。

問5－(1)③

○把握していない。
 ○主治医がサービス担当者会議に出席しない場合、意見書や意見を求める場合に手数料が発生する問題が出てきた。
 ○医師との連携をとるのが難しい。

68

問5- (2)

- 単価を引き下げ加算制度を設ける。
- 現行単価を引き上げ、標準件数は現行のままでよい。
- ケアプラン作成において、最も慎重性を要するのが要介護2程度の身体的には健常な認知症の認定者であることから、介護度に応じた報酬単価の設定は改めるべきである。(要介護3以上の認定者の取り合いになる)また、標準件数は、改正前の50件に戻すべきである。
- 現行単価を引き上げ、標準件数は現行のまま。
- 困難事例等に加算を設けるなどにより、ケースに応じた報酬体系をとる一方、件数は現行のままとし、質の高いケアマネジメントを維持する。
- 単価・標準件数とも、現行のまま、初回加算を引き上げることで、初めてケアプランを作成する業務量を評価したい。
- 現行単価を引き上げ、標準件数はそのままとする。
- 介護支援専門員は、経験年数などを基に標準給与を設定し報酬体系とは独立したものとすべきである。
- 件数単価にすると効率性を慮り、被保険者との面会時間の減少や中立性の確保につながらない。
- 現行単価を引き下げ、標準件数は現行のままでよい。現行単価を引き下げ、標準件数を現行のまま。
- 介護度で支援の困難さははかれません。以前の様に同一の金額にすべき。
- 現行単価を引き上げ、標準件数は現行のままでよい。
- 要介護3～5の現行単価を引き下げ、標準件数を引き上げる。

問5- (3)

- 通減は、恒常的(概ね3か月の継続など)な場合に適用する。
- 担当件数は現状のままで、支援費を引き上げる。
- 標準件数を増やせば事業経営状況が改善されるとはいえない。標準件数という曖昧な設定は、これを超えて単価が下がってもお構いなしに契約を結ぶ業者にとっては運営基準減算ではないことから指導には至らないため、問題視されていない。その上、要支援者は地域包括支援センターでプランを作成する方向で進捗しており、介護度1～5の利用者を居宅介護支援事業者が取り合うこととなる。
- 本来、居宅介護支援事業者は給付管理を保険者に代わり実施するため、公平中立を旨としており単独である方がよいとされていたが、法人内に多種のサービス事業者が存在する居宅介護支援事業者の方が紹介等の機会が多いことから有利に運ぶ。そのため、単独で居宅介護支援事業所を運営している場合、標準件数を下回っている現実がある。
- また、地域包括支援センターでプランを作成していた要支援者が要介護者になる場合も同法人内の居宅介護支援事業所に有利な紹介が行われるのではとの懸念も上がってきている。
- この状況から、標準件数を遵守させる制度づくりと単独の居宅介護支援事業所に対して加算をつける等の仕組みが必要と思われる。
- 通減となる件数(40件)を標準担当件数(35件)と同伴数とする。
- 訪問や担当者会議等、必要な内容ができなかったケースのみに適用する。

69

問5- (4)

- 初期加算を廃止し、単価を引き上げる(単価は、4,000円→5,000～10,000円程度)。
- 要介護及び要支援の単価を区別することなく、全て同一の単価に設定すべきである(介護度の高い場合は複数介護サービスの組み合わせが必要、介護度が中程度の場合は認知症対策において施設入所も困難なことから高度なサービス調整が必要、介護度が低い場合は本人の状態の維持改善を図ることが必要と、それぞれの介護度における専門的知識を活かしたケアプランの作成が求められるため)。
- 予防プラン作成、評価などは居宅介護同様の手間を要しているが毎月ではなく、月額は現行のままで加算プラン作成、評価月加算があれば良い。
- 単価を引き上げることがよいと思われる。ただし、標準担当件数を設定+委託件数引き上げ+単価引き上げの全部がそろわないと無理。
- 現行のまま、初回加算を引き上げることで、初めてケアプランを作成する業務量を評価したい。
- (3)のように標準給与制度導入するとよい。
- 委託を受けてくれた居宅介護支援事業所にのみ4,000円を⇒7,000円にする。

問5- (5)

- 委託形態が違うことから、自治体毎に柔軟に対応できる目安を示した方がよいと思われる。
- 包括支援センターの専門職が兼務している場合には、上限を設定する(上限20件程度)。
- 適当な事務の目安として標準件数を示した上で、当面通減制は導入しない。
- (4)で説明したように、介護予防の居宅介護支援費を要介護と同一とし、介護予防と要介護を合わせて、改正前と同様の50件にするべきである。
- 包括支援センターが担う業務量によって異なると思われる。
- 標準担当件数を設定したほうがよいと思われる。ただし、標準担当件数を設定+委託件数引き上げ+単価引き上げの全部がそろわないと無理。また、現在介護と予防のプラン作成担当者をケアマネと包括に分けることの見直しをして欲しい。(プランの継続性の確保のためと利用者が混乱している状況の解消のため)
- 標準担当件数は設定せず、委託業務の見直しを行う。
- 地域包括の業務ではなく、ケアマネジャーの業務とすべきである。
- 罰則規定を導入するなどして地域包括支援センター設置基準を遵守する。そうすれば、担当件数を含め人員諸問題がかなり解決する。
- 担当件数の目安を示してほしい。
- 基準がないという現状は変更を要する。

70

問5ー(6)

○委託件数上限の廃止。
○(5)の見解を参照してください。
○上限を引き上げることがよいと思われる。ただし、標準担当件数を設定＋委託件数引き上げ＋単価引き上げの全部がそろわないと無理。
○上限を設けない方がよい。
○全てケアマネジャーの業務とすべきである。
○委託件数の上限を廃止する。
○上限を半数程度に引き下げるとともに、支援センターの補助対象職員数を増員する等のプラン作成体制の整備が必要と考える。
○介護支援専門員一人当たりを40件以内は維持することとし、委託件数の上限(8件)を廃止する。
○各居宅と調整しながら件数を決めたい(ケースbyケース)。
○上限を設定しない方がよい。
○原則として、介護予防プランについては地域包括支援センターが作成するものとし、委託については、予防の観点からみた市町村判断とさせてほしい。
○居宅介護支援事業者への委託はしておらず、今後もする予定はないことから。

問5ー(7)

○特別の理由がある場合を除き、サービス担当者会議は開催されている。開催の有無は報酬にかかわらないと考える。

問6ー(1)

○区分を一本化し、介護度ごとに時間により体系化する。(例)要介護1…30分～1時間 ○○単位 など
○2類型は維持するが、報酬は現行の両者の総額の範囲内で一本化し設定する。
○生活援助は廃止又は抑制すべき。
○身体介護と生活援助を一本化し、必要に応じて加算を付ける。(例)全身清拭加算 等
○待ち時間や移動時間もヘルパーは拘束されているが、報酬は出ないため、通院介護と身体介護を別の報酬にした方がよい。

71

問6ー(2)

○必要のある人には、介護保険の給付対象として利用できる方がよい。
○生活援助を受けられる者の明確化。
○単身高齢者等に対しての生活援助については必要であり、他制度やインフォーマルサービスが整備されていない現状では、現行どおりでやむを得ない。
○生活援助中心型を算定できる場合の判断方法について、地域差や個人差が生じているので、判断方法を明確化した方がよい。また、軽度者は給付対象から外した方がよい。
○掃除については、時間・回数を設定すべき(2単位、1回/Wは越えないなど)。
○生活援助中で上限、例えば、掃除などは週3回などと設定すべきである。
○前問(1)で答えたとおり、身体介護と生活援助を一本化する。また、その場合は次問(3)のとおり、行為別の報酬設定が望ましい。

問6ー(3)

○行為別の報酬体系の考え方は良いが、体系化するのは相当難しいと思われる(利用者にとってもわかりにくくなる)。

問6ー(4)

○訪問介護の介護報酬で評価すればよい。

問7ー(1)

○車椅子付属品や特殊寝台付属品は購入品としてほしい。
○貸与のメリットは被保険者の状態像に適した用品選択が可能であることと考える。購入品目への統一化はこの点において問題が生じるとされる。また、全国的に福祉用具の利用に際した事故が頻発していることも考慮すると、購入と貸与の組み合わせが望ましい。
○電動カー及び歩行器等は購入品目に変更すべきである。

問7ー(2)

○ア、いずれにせよ、実勢価格に近づくよう何らかの上限設定を行うべき。
○一定年数経過後に残存価格で買い取れるようにする。
○長期レンタル品目の単位数を低くする。

72

問7ー(3)	○状態に変化がない場合は1年に1回でよい。 ○福祉用具貸与の品目などに応じた開催頻度。 ○開催頻度を多くする方がよい。利用者入院中のレンタル等の不適正事例も散見されることから、いわゆる「貸しっぱなし」状態への歯止め効果も期待される。 ○長期目標の設定との関係は考慮しなければならないが、居宅介護支援の具体的取扱方針第13条十四による開催の頻度でよい。 ○認定期間毎で良い6カ月に1回福祉用具のみでの担当者会議は廃止し、ケアプランの作成及び変更と同時に進行。 ○軽度者に対する制限がかかっている福祉用具貸与については、現行のままでよいが、それ以外については、6か月に1回に義務付けは必要ない。 ○介護予防については、更新時の開催で十分であると思われる。 ○電動ベッド等の特別な場合のみ6ヶ月で実施する。 ○軽度者はこの程度必要だが、中重度者で状態変化のない場合は、少なくとも良い。 ○認定の有効期間に合わせて開催してはどうか。 ○要介護4又は5など身体状況の変化があまり見られない場合は、頻度を少なくとも良いと思う。
問8	○増大し続ける給付費抑制も考慮にいれつつ、通所系サービス事業の実施・運営に支障を来さない程度において、報酬単価を見直すべきである。(報酬が下がることを望むが、調査の結果、仮に現行報酬が低すぎると判明した場合は、報酬アップもやむを得ないと考えている。 ○送迎等の経費が高騰している。報酬単価を引き上げることの見直しが必要と思われる。
問9ー(1)	○従来のように限度額の範囲で対応できるように戻すべきである。 ○回数設定した上で、要支援度ごとに利用上限回数を定めてはどうか。利用者や環境等により、例外的に上限を超えても利用可能という余地を残す。
問9ー(2)	○廃止する。 ○事業所に、栄養改善又は口腔機能向上の事業を実施する人材・スキルが無い。実施法の見直しを考えるべき。 ○やればもらえるのではなく、必要ならば、やらないと減算するということも検討するべき。 ○専門スタッフを配置した場合の体制加算を充実するほうがよい。 ○指標の見直しを行う方がよい。 ○加算をとるための事務量が多すぎるため、実際行っているが加算をとってないだけの事業所が多いのでは？ ○評価方法を見直す方がよい。

73

問9ー(3)	○アクティビティ実施加算を廃止し、基本報酬に包括化する方がよい。選択的サービスは、(2)の回答にあるように体制加算を充実させる。
問10ー(1)	○通院可能な者にも拡大する方がよい。ただし、サービス担当者会議への医師等の参加義務付けを徹底する。 ○介護保険の給付対象サービスとすべきではない。 ○廃止する。 ○ケースバイケースによる裁量の余地を残しておいた方がよい。 ○ケアプランへの位置づけが不明確である事業所が多く、居宅療養管理指導が、うまく機能しているように感じない。ケアプランへの位置づけを明確化し、医師等との連携が機能している場合にのみ算定をしていたきたい。 ○サービス提供の理由付けが明確でないことから廃止して欲しい。 ○算定は必要ない。
問10ー(2)	○看とりも求められるようになっていことからあまり低い報酬にしないで、サービスが受けやすい体制を整えるようにしたほうが良いと思う。 ○介護保険の給付対象サービスとすべきではない。 ○廃止する。 ○サービス提供の理由付けが明確でないことから廃止して欲しい。
問11ー(1)	○介護度に応じた適切な報酬設定を行う必要がある。 ○本市未開設のため回答不可。 ○介護報酬全体の引き上げと、加算の組み合わせ。 ○小規模多機能型居宅介護については、運営基準、報酬構造を見直し、地域の実情に応じて設定することもできるようにする。例えば、核となる事業者が通所・訪問・泊まりの部門をサテライト方式で展開し、なじみの関係の中でサービス提供を行うことも考えられる。 また、現行では、月1回の利用であっても1月分の費用を支払うことになっている。特に要介護5の単位数は特養の多床室よりも高く設定しているにもかかわらず、利用状況を見ると平均月12日程度に止まっており、保険財政上問題がある。 なお、軽度者については週4回を目安としたサービス提供の頻度を引き下げるべきである。 ○①軽度者の介護報酬を引き上げて、重度者は今のままとする。 ②小規模の居宅介護支援費を別途給付とする(居宅介護支援事業所と同様に)。 ○不明。 ○当市において小規模多機能型居宅介護サービスがないため判断できない。 ○重度者の介護報酬はそのまま、軽度者の介護報酬を引き上げる。

74

問11－(2)

- 本市未開設のため回答不可。
- 現行のままでよいと考えるが、報酬設定の格差を見直すべき。
- 全体的に報酬を上げてほしい。
- 「通い」「訪問」は現行のままとし、「泊まり」は回数による設定がよい。
- 基準に達しない場合、減算とか。
- 当市において小規模多機能型居宅介護サービスがないため判断できない。

<意見>

- 現行の月単位、生活圏域の中で設置となると利用者の利便性につながらない。

問12－(1)

- 試算していないので、どちらともいえない。
- 雇用環境や介護保険財政を考えた場合にどちらとも判断できない。

問12－(2)

- 人員配置基準のみのスキームで考えるのではなく、サービスの内容を精査することにより、必要であれば基準の見直しを行う。

問12－(3)

- 要介護度が改善に向かった場合には、報酬上評価する。

問12－(4)

- 加算の項目を精査し、真に評価すべきものに整理する。
- 実情を把握していない。
- 項目数の問題ではなく、各加算・減算要件が適正か否かの見直しが必要。
- 加算の内容を整理し、不要なものを廃止する。

問15

- 基準を満たせば、既存の老人保健施設も介護療養型老人保健施設に転換できる方がよい。
- 基準を満たせば、既存の老人保健施設に転換できる方がよい。
- わからない。

