

社会保障審議会介護給付費分科会(第61回)議事次第

日時：平成20年12月3日(水)

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

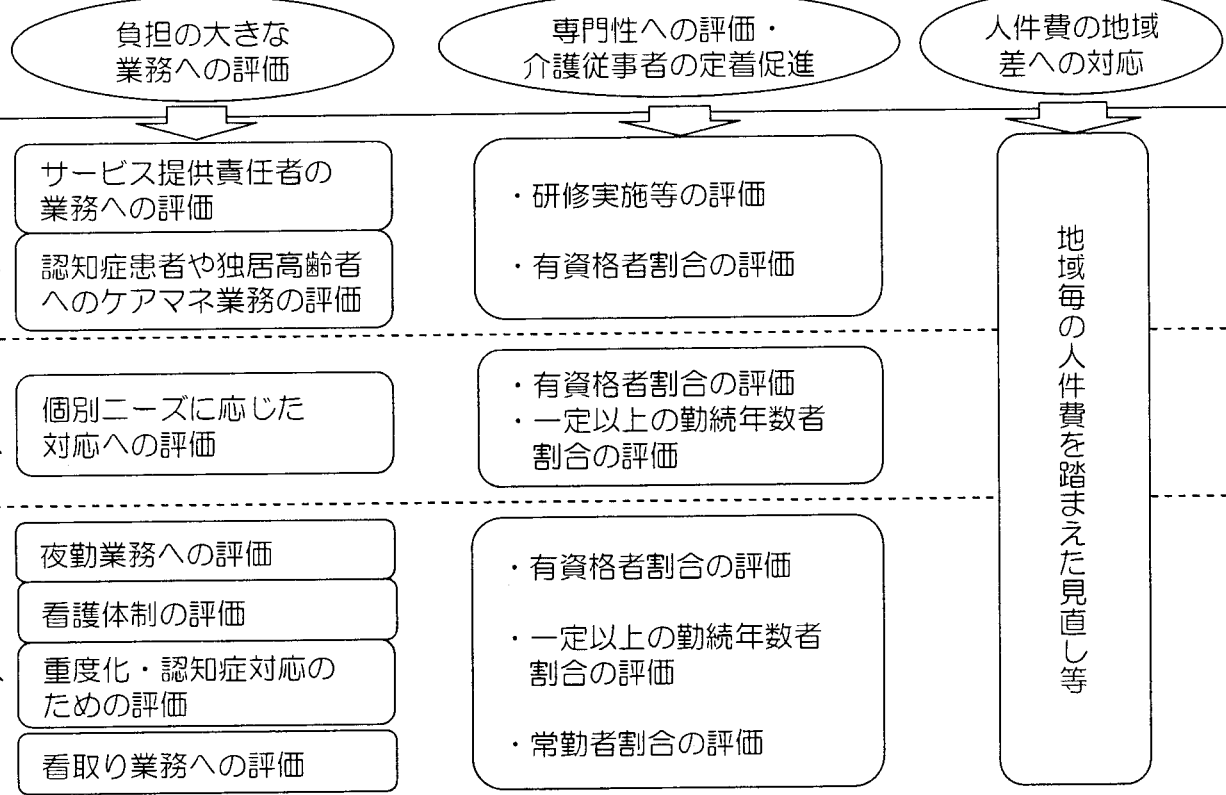
1. 平成21年度介護報酬改定について
2. その他

介護人材の確保・介護従事者の処遇改善 (案)

平成21年度介護報酬改定 (+3%改定)

処遇改善の取組への
総合支援策

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善



雇用管理改善に取り組む
事業主への助成(※)

効率的な経営を行うための
経営モデルの作成・提示

介護報酬改定の影響の
事後的検証(※)

介護従事者の給与等処遇
に関する情報公表の推進

潜在的有資格者養成支援
等の介護人材確保策(※)

社会的評価を高めるための
広報・普及(※)

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

- (1) 医療と介護の機能分化・連携の推進
- (2) 認知症高齢者の増加を踏まえた認知症ケアの推進

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

- (1) サービスの質を確保した上での事業運営の効率化
- (2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

(※) 予算要求項目

平成21年度介護報酬改定に関する審議報告（たたき台の概要）

背景

- 介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難。
- 先の国会で「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」が成立。
- こうした状況を踏まえ、10月30日に政府・与党において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として、平成21年度介護報酬改定をプラス3.0%とすることにより、介護従事者の処遇改善を図ることが決定された。

改定の趣旨

1. 介護従事者の処遇改善に資するよう、ひいては利用者が質の高いサービスを安心して安定的に利用できるようにすることを改定の趣旨とする。
2. 介護報酬の引上げにより、一律に介護従事者の賃金が引上るものではないが、介護従事者の処遇改善にできるだけ結びつけていくためには、介護報酬による対応に加えて、①雇用管理改善に取り組む事業主への助成、②効率的な経営を行うための経営モデルの作成・提示、③介護報酬改定の影響の事後的検証など、多角的な対策を講じ、事業所における処遇改善を支援していくことが必要である。
また、介護従事者の給与等処遇に関する情報の公表の推進については、事業者や事業者団体が自主的、積極的に取り組むことが期待される。

基本的な考え方

上記の趣旨を踏まえ、平成21年度の介護報酬改定については、次の基本的な視点に立った改定を行うことが必要である。

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善

介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難である現状を改善し、質の高いサービスを安定的に提供するためには、介護従事者の処遇改善を進めるとともに、経営の効率化への努力を前提としつつ経営の安定化を図ることが必要である。

このため、

- ① 施設系・居宅系サービスの特性に応じ、夜勤業務負担など負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合に対する評価
- ② 介護従事者の能力に応じた給与を確保するための対応として、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価
- ③ 介護従事者の賃金の地域差への対応として、介護報酬制度における地域差の勘案方法（地域区分毎の単価設定）等の見直し

を行う。

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

(1) 医療と介護の機能分化・連携の推進

介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、リハビリテーションや訪問看護等の充実を図る。医療から介護保険でのリハビリテーションに移行するにあたり、介護保険によるリハビリテーションの実施機関数やリハビリテーションの内容の現状等を踏まえ、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるようにする観点からの見直しを行う。

また、利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点からの見直しや、居宅介護支援における退院・退所時等の評価を行う。

介護療養型老人保健施設については、療養病床からの転換が円滑に進められるよう、実態に応じた適切な評価を行うという観点から評価の見直しを行う。

(2) 認知症高齢者の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症患者やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価、認知症患者へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。

また、居宅介護支援や訪問介護において、認知症高齢者への評価を行う。

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

(1) サービスの質を確保した上での事業運営の効率化

介護サービス事業の安定的な供給を確保するためには、事業運営の効率化も必要であることから、サービスの質の確保を図りつつ、人員配置基準等を見直しを行う。例えば、訪問介護事業所のサービス提供責任者の常勤要件、夜間対応型訪問介護事業所のオペレーター資格要件、小規模多機能居宅介護の夜勤体制要件、介護老人保健施設の支援相談員の常勤要件等必要な見直しを行う。

(2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

平成18年度に新たに導入された各種サービス（新予防給付・地域密着サービス等）について、それらサービスがより多くの利用者に適切に利用されるよう、算定状況、サービス利用者における普及・定着の度合いや事業者の経営状況等を把握した上で、より適切な評価の在り方についての検討を行い、必要な見直しを行う。

平成21年度介護報酬改定に関する審議報告（たたき台）

社会保障審議会介護給付費分科会

平成20年12月3日

当分科会は本年9月より9回にわたり、平成21年度に予定される介護報酬の見直しについて検討を行ってきた。

近年の介護サービスを巡っては、介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難であるといった状況にあり、先の国会で「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」が成立したところである。

こうした状況を踏まえ、去る10月30日に政府・与党において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として平成21年度介護報酬改定率を3.0%とすることが決定された。

本分科会においては、今回の介護報酬改定について、介護従事者の処遇改善に資するものとなるよう、ひいては利用者が質の高いサービスを安心して安定的に利用できるようにすることを念頭において、短期間に集中的な議論を行ってきたところであるが、これまでの議論に基づき、平成21年度介護報酬改定に関する基本的な考え方を以下のとおり取りまとめたので報告する。

なお、介護報酬がサービス提供の対価として事業者を支払われる性格のものであること、事業所によって雇用形態、事業所の規模や経営状況、地域の労働市場の状況等が様々であることから、介護報酬の引上げにより賃金が一律に引き上がるものではないが、今回の介護報酬改定により介護従事者の処遇改善にできるだけ結びつけていくことが重要である。

そのためには、各事業者において、効率的な事業運営への努力を行いつつ、次期介護保険事業計画期間を通じて、給与水準の向上のみならず、研修体制の充実、福利厚生の実施、キャリアアップの仕組みの導入など、実態に即した処遇改善への取組みを行っていくことが不可欠である。

併せて、介護報酬による対応に加えて、

- ① 雇用管理改善に取り組む事業者への助成、
- ② 効率的な経営を行うための経営モデルの作成・提示、
- ③ 介護報酬改定の影響の事後的検証、

など、多角的な対策を講じ、事業所における処遇改善を支援していくことが必要である。

また、介護従事者の給与等処遇に関する情報の公表については、事業者や事業者団体が自主的、積極的に取り組むことが期待される。このことを前提としつつ、国や事業者団体が一定のガイドラインを作成すること等により取組を支援することが適当である。

I 基本的な考え方

平成21年度の介護報酬改定については、次の基本的な視点に立った改定を行うことが必要である。

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善

介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難である現状を改善し、質の高いサービスを安定的に提供するためには、介護従事者の処遇改善を進めるとともに、経営の効率化への努力を前提としつつ経営の安定化を図ることが必要である。

このため、

- ① 施設系・居宅系サービスの特性に応じ、夜勤業務負担など負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合に対する評価
- ② 介護従事者の能力に応じた給与を確保するための対応として、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価
- ③ 介護従事者の賃金の地域差への対応として、介護報酬制度における地域差の勘案方法（地域区分毎の単価設定）等の見直し

を行う。

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

(1) 医療と介護の機能分化・連携の推進

介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、リハビリテーションや訪問看護等の充実を図る。

まず、医療から介護保険でのリハビリテーションに移行するにあたり、介護保険によるリハビリテーションの実施機関数やリハビリテーションの内容の現状等を踏まえ、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるようにする観点からの見直しを行う。

また、利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点からの見直しや、居宅介護支援における退院・退所時等の評価を行う。

介護療養型老人保健施設については、療養病床からの転換が円滑に進められるよう、実態に応じた適切な評価を行うという観点から評価の見直しを行う。

(2) 認知症高齢者の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症患者やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価、認知症患者へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。

また、居宅介護支援や訪問介護において、認知症高齢者への評価を行う。

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

(1) サービスの質を確保した上での事業運営の効率化

介護サービス事業の安定的な供給を確保するためには、事業運営の効率化も必要であることから、サービスの質の確保を図りつつ、人員配置基準等の見直しを行う。例えば、訪問介護事業所のサービス提供責任者の常勤要件、夜間対応型訪問介護事業所のオペレーター資格要件、小規模多機能居宅介護の夜勤体制要件、介護老人保健施設の支援相談員の常勤要件等必要な見直しを行う。

(2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

平成18年度に新たに導入された各種サービス（新予防給付・地域密着サービス等）については、それらサービスがより多くの利用者に適切に利用されるよう、算定状況、サービス利用者における普及・定着の度合いや事業者の経営状況等を把握した上で、より適切な評価の在り方についての検討を行い、必要な見直しを行う。

II 各サービスの報酬・基準見直しの基本方向

1. 介護従事者処遇改善にかかる各サービス共通の見直し

(1) サービスの特性に応じた業務負担に着目した評価

施設系・居宅系サービス各々の機能や特性に応じ、夜勤業務など現行業務の中で負担の大きな業務に対する確に人員を確保する場合に対する評価を導入する。

例えば、施設における夜勤業務負担への評価、重度・認知症対応への評価や訪問介護におけるサービス提供責任者の緊急的な業務負担への評価などを導入する（詳細は各サービスにおける改定事項として記載）。

(2) 介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価

介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて報酬上の評価を行うとともに、職員の早期離職を防止し定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行う。

加えて、24時間のサービス提供が必要な施設サービスについては、安定的な介護サービスの提供を確保する観点から、常勤職員が一定割合雇用されている事業所について報酬上の評価を行う。

なお、本来、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進すべきであるところ、現時点においては、質の高いサービスを図る客観的な指標として確立したものはない。このため、今改定においては「介護福祉士の割合」に加えて、「常勤職員の割合」、「一定以上の勤続年数の職員の割合」を暫定的に用いることとするが、次期改定までに、サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を進めることとする。

(3) 地域区分の見直し

介護従事者の給与は地域差が大きく、大都市部の事業所ほど給与費が高く経営を圧迫する傾向にあることを踏まえ、各サービスの直接処遇職員の人件費率（サービス毎に40%又は60%の2類型）に各地域区分の報酬単価の上乗せ割合を乗じて報酬単価を割り増すことにより単価を設定している現行地域区分を以下のとおり見直す。

すなわち、地域差を勘案する人件費にかかる職員の範囲を「直接処遇職員」から「人員配置基準において具体的に配置を規定されている職種の職員」に拡大して人件費を適正に評価する。

また、サービス毎の人件費割合について、経営実態調査の結果を踏まえ、現行を見直すとともに、各地域区分の報酬単価の上乗せ割合についても見直す。なお、今回は、地域の区分方法については見直しを行わないものとする。

(4) 中山間地域等における小規模事業所の評価

いわゆる中山間地域にある小規模事業所については、規模の拡大や経営の効率化を図ることが困難であり、人件費等の固定費割合が高くならざるを得ず、経営が厳しい状況にあることを踏まえ、いわゆる中山間地域等のうち、現行の特別地域加算対象地域以外の半島振興法指定地域等についても、当該地域に所在する小規模の事業所が行う訪問介護等の一定のサービスについて報酬上の評価を行う。

(5) 中山間地域等に居住する者にサービス提供した事業所への評価

中山間地域以外に所在する事業所であっても、通常の事業実施地域を越えて中山間地域に居住する者にサービスを提供した場合には、移動費用が相当程度必要となることを踏まえ、報酬上の評価を行う。

2. 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援については、事業所の経営の改善、ケアマネジメントの質の向上や独立性・中立性の向上を推進するとともに、医療と介護の連携の推進・強化、特に支援を要する者への対応等の評価する観点から見直しを行う。

具体的には、ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を維持しつつ、件数が40件以上となる場合に全ての件数に適用される現在の逡減制について、経営改善を図る観点から、超過部分にのみ適用される仕組みに見直すとともに、事業所の独立性・中立性を高める観点から、特定事業所加算について、実態に即して段階的に評価する仕組みに見直す。

また、医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を導入する。さらに、ケアマネジメントを行うに際し、特に手間を要する認知症高齢者や独居高齢者に対する支援等について報酬上での評価を行う。

介護予防支援に係る評価については、地域包括支援センターのケアマネジメントに係る業務の手間の実態などを踏まえた見直しを行う。

3. 訪問系介護サービス

(1) 訪問介護

訪問介護については、訪問介護員等の処遇改善の必要性も踏まえつつ、短時間の訪問などサービスの効果的な推進を図る観点から、短時間の評価を充実する。

また、訪問介護員等及びサービス提供責任者について、介護職員基礎研修の受講、介護福祉士資格の取得など段階的なキャリアアップを推進する観点から、特定事業所加算について、要件の見直しを行う。さらに、サービス提供責任者については、初回時や緊急時などサービス提供責任者の手間が特にかかる場合を評価するとともに、常勤要件について、サービスの質を確保しつつ事業所の効率的な運営や非常勤従事者のキャリアアップを図る等の観点から、非常勤数（常勤換算）が常勤数を超えない範囲内で見直す。

なお、3級ヘルパーについては、前回答申どおり、原則として平成21年3月で報酬上の評価を廃止するが、現に業務に従事している者について、最終的な周知及び円滑な移行を図る観点から、該当する従事者に対する周知を事業者が行うことを条件に、一年間に限定した経過措置を設ける。

また、報酬体系の機能別再編に向けた訪問介護の行為内容の調査研究を引き続き実施し、議論を行う。

(2) 訪問看護

利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、特別管理加算については、その対象となる状態に重度の褥瘡を追加する。さらに、特別管理加算の対象者について、1時間30分以上の訪問看護を実施した場合について、報酬上の評価を行う。

また、同一の事業所から同時に2人の職員が1人の利用者に対し訪問看護を行った場合について、報酬上の評価を行う。

さらに、ターミナルケアの充実を図り、医療保険との整合性を図る観点から、ターミナルケア加算の算定要件の緩和及び評価の見直しを行う。

一方、訪問リハビリテーションの整備状況に地域差がある現状を踏まえ、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に係る規制の見直しを行うとともに、専ら理学療法士等の訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者の要件について見直しを行う。

(3) 訪問リハビリテーション

通所リハビリテーションの利用者が通所できなくなった際にも円滑な訪問リハビリテーションの提供を可能とする観点から、介護老人保健施設で通所リハビリテーションを受けている利用者については、退所後一月に限り、当該施設の配置医師がリハビリテーション計画を作成し、訪問リハビリテーションを提供することを可能とする。

また、リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、本体報酬に包括化するとともに、早期かつ集中的なリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直す。

併せて、基本報酬については、医療保険との整合性を図る観点から、1日単位ではなく、サービス提供時間に応じた評価に見直す。

(4) 居宅療養管理指導

居宅療養している要介護者（要支援者）やその家族の療養上の不安や悩みを解決し、円滑な療養生活を送ることを可能にするため、生活上の支援を目的とした看護職員による相談等を実施する。

また、薬剤師による居宅療養管理指導について、他職種との連携を推進し、診療報酬との整合性を図る観点からその評価を見直すとともに、居住系施設に入所している要介護者（要支援者）に対する居宅療養管理指導（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等によるものに限る。）について、移動等に係る労力が在宅利用者への訪問に比して少ないことを踏まえ、評価の見直しを行う。

4. 通所系サービス

(1) 通所介護

通所介護については、一定規模以上の事業所に対する評価のあり方について、事業規模別の収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点から、規模の設定及び単位を見直す。また、通所介護が提供する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価を充実する。

(2) 通所リハビリテーション

リハビリテーションの利用者が、医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを継ぎ目なく一貫して受けられるよう、短時間・個別のリハビリテーションについての評価を行うとともに、リハビリテーションの実施者について医療保険との整合性を図る。さらに、利用者のアクセスを向上し、医療から介護への移行をよりスムーズにするという観点から、診療報酬において脳血管等疾患リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している医療機関については、通所リハビリテーション事業所としての指定があったものとみなす。

リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、月に1回の評価とし、短期集中リハビリテーション実施加算については、早期かつ集中的なリハビリテーションをさらに充実する観点から報酬上の評価を見直すとともに、3か月以内に限定にすることとする。併せて、3か月以降の個別リハビリテーションについて、新たな評価を行う。

また、理学療法士等を手厚く配置している事業所を評価するとともに、効率的な事業所経営を可能にする観点から、理学療法士等の人員配置基準については、1以上確保することを条件に利用者数に比例した常勤換算従業者数とし、併せて1人の従業者が対応できる利用者の上限について見直す。

一定規模以上の事業所に対する評価のあり方については、事業規模別の収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点から、規模の設定及び単位を見直す。

(3) 療養通所介護

医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ在宅の中・重度の要介護者に対するサービスである療養通所介護事業所の経営の安定化を図り、安定的なサービスを提供する観点から、利用定員の見直しを行うとともに、専用の部屋の面積基準について、他のサービスの面積基準との均衡を考慮し、緩和する。

5. 短期入所系サービス

(1) 短期入所者生活介護

短期入所者生活介護については、基準を上回る夜勤職員の配置を評価するとともに、入所者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する観点から、常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を評価する。その際、併設事業所においては、本体施設と一体の人員配置を評価する。

(2) 短期入所療養介護

夜間や緊急の医療行為が必要な場合であっても対応できる有床診療所を活用することにより、サービス提供事業所を拡充する観点から、診療報酬において「診療所後期高齢者医療管理料」を算定している一般病床等における算定を可能とする。

短期入所中の集中的なリハビリテーションについては、その効果が高いことを踏まえ、介護老人保健施設における短期入所療養介護での個別のリハビリテーションの提供を評価する。

また、緊急時のニーズへの対応をより拡充する観点から、緊急時短期入所ネットワーク加算の算定要件を見直す。さらに、日帰りの短期入所療養介護（特定短期入所療養介護）について、かかる労力を適切に評価する観点から、現在の1日単位の評価から、サービス提供時間に応じた評価に見直す。

6. 特定施設入居者生活介護

特定施設入所者生活介護については、手厚い人員配置に要する経費について、制度的に利用者負担に求めることができる仕組みとなっているとの費用負担の特性等を踏まえ、介護従事者の処遇改善を図る観点から、施設サービス等との均衡に配慮しつつ、基本サービス費の見直しを行う。

また、医療との連携を強化する観点から、特定施設の看護職員と協力医療機関、主治医等との連携を評価する。

7. 福祉用具貸与・販売

福祉用具貸与の価格については、同一製品で非常に高額になるケース等（「いわゆる外れ値」）が一部存在していること等を踏まえ、競争を通じた価格の適正化を推進するため、製品毎等の貸与価格の分布状況等の把握・分析・公表や、介護給付費通知における同一製品の貸与価格幅等の通知を可能とするなど、都道府県、市町村の取組を支援する。

また、福祉用具サービスの向上、貸与種目と販売種目の整理等保険給付のあり方については、状態像に応じたサービス提供の状況、メンテナンスに係る実態把握、有効性等については、早急に調査研究を行い、「福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会」において、引き続き議論・検討を行う。

8. 地域密着型サービス

(1) 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護については、平成18年に創設された新しいサービスであり、高齢者の在宅における生活を支える重要な柱となるサービスとして、引き続き普及を図る必要がある。

その際、利用者数が多い事業所では収支が安定化する傾向にあることを踏まえ、居宅介護支援事業者との円滑な連携の推進や利用者の増加を図るとともに、人員配置基準の見直しにより、経営の効率化のための措置を講じた上で、事業開始時一定期間における経営の安定化を図るための報酬上の手当を行う。

また、利用者ニーズに対応するため、認知症高齢者への対応や常勤の看護職員の配置を評価する。

(2) 夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護については、利用者の確保等を通じた事業所の経営の安定確保を図る観点から、日中におけるオペレーションサービスも評価するなど、利用者の24時間の安心確保に資する仕組みを構築するとともに、看護師、介護福祉士等とされているオペレーターの資格要件に、介護職員基礎研修修了者及び介護支援専門員を追加する。

9. 認知症関係サービス

(1) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

グループホームについては、地域の認知症介護の拠点として、グループホームを退所する利用者が自宅や地域での生活を継続できるように相談援助する場合を評価するとともに、利用者の重度化や看取りにも対応できるようにする観点から、報酬・基準を見直す。

(2) 認知症短期集中リハビリテーション（老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーション）

認知症短期集中リハビリテーションについては、軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションにおける実施について、報酬上の評価を行う。

(3) 認知症の行動・心理症状への対応（短期入所系サービス）

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービス及びグループホームのショートステイによる緊急受入れについて、報酬上の評価を行う。

(4)若年性認知症対策（施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス、グループホーム、小規模多機能型居宅介護）

若年性認知症患者やその家族に対する支援を促進する観点から、通所系サービス、短期入所系サービス、入居系サービス、施設系サービスにおいて若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて、報酬上の評価を行う。これに伴い、現行の通所系サービスにおける若年性認知症ケア加算は廃止する。

(5)認知症専門ケア加算（施設系サービス、グループホーム）

専門的な認知症ケアを普及する観点から、グループホームや介護保険施設において、認知症介護について一定の経験を有し、認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて、報酬上の評価を行う。

(6)認知症の確定診断の促進（介護老人保健施設）

認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症の疑いのある老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて、評価を行う。

10. 介護保険施設

介護保険施設については、「生活重視型の施設」又は「在宅復帰・在宅生活重視型施設」等として、医療保険との機能分担の明確化を図りつつ、各施設の特性に応じた機能の明確化・強化を図る。

(1)介護老人福祉施設

介護老人福祉施設については、要介護度の高い高齢者を中心とした生活重視型施設としての位置付けを踏まえ、介護が困難な者に対する質の高いケアを実施する観点から、認知症高齢者等が一定割合以上入所しており、入所者数に対し介護福祉士を一定割合以上配置している施設を評価するとともに、基準を上回る夜勤職員の配置を評価する。さらに、入所者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する観点から、常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を評価するとともに、看取り介護加算については、重度化対応加算の要件のうち看取りに関する要件を統合するとともに、施設内における看取りの労力を適切に評価するため、看取りに向けた体制の評価と看取りの際のケアの評価を別個に行うこととする。これらに伴い、重度化対応加算は廃止する。

なお、これらの評価にあたっては、比較的小規模な老人福祉施設について、実態調査の結果を踏まえ、その経営規模による影響に着目した介護報酬上の対応を行う。

また、外泊時費用について、介護老人保健施設等と同様に、評価の適正化を行う。

(2) 介護老人保健施設（介護療養型老人保健施設を除く）

介護老人保健施設については、入所者の在宅復帰支援機能を強化する観点から、次の見直しを行う。

介護老人保健施設における夜勤の職員配置については、現在の配置実態を踏まえ、夜間の介護サービスの質の向上及び職員の負担軽減の観点から、基準を上回る配置を行っている施設に対し、報酬上の評価を行うとともに、介護老人保健施設における実態を勘案し、看取りについて報酬上の評価を行う。

在宅復帰支援機能加算については、介護老人保健施設における在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価を行う。

リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえて本体報酬に包括するとともに、入所後間もない期間に集中的に行うリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直す。加えて、介護老人保健施設における言語聴覚士の配置の実態を踏まえ、人員配置基準上、言語聴覚士を理学療法士及び作業療法士と同等に位置付ける。

また、事業の効率的な運営を可能とする観点から、支援相談員の人員配置基準について見直しを行う。

入所者を試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合に算定する試行的退所サービス費については、その算定実績等を踏まえ、退所時指導加算の一部（退所が見込まれる入所者を試行的に退所させる場合）として算定することとする。

外泊時費用については、利用者が入院・外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費を徴収をすることができることや必要となるコストの実態を踏まえ、その評価を適正化する。

(3) 介護療養型老人保健施設

介護療養型老人保健施設については、療養病床からの転換の受け皿として、入所者に対する適切な医療サービスの提供が可能となるよう、医薬品費・医療材料費や医師によるサービス提供といった入所者に対する医療サービスに要するコスト、要介護度の分布といった実態を踏まえ、報酬上の評価を見直す。

また、「医療機関」から入所した者の割合と「家庭」から入所した者の割合の差が35%以上を標準とする施設要件については、周辺における医療機関の有無や転換前の医療機関の病床数に応じた特例を設ける。

さらに、療養病床を有する医療機関が、転換の前後で全体のベッド数を変更することなく、病棟の一部を介護療養型老人保健施設に転換する場合、転換前後で夜間の看護・介護職員の配置職員数が増加することのないよう、夜間配置基準の特例を設ける。

(4) 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設におけるリハビリテーションについては、医療保険との役割分担の明確化や整合性を図る観点から、理学療法（Ⅰ）及び作業療法について、医療保険における脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅲ）等と人員配置基準が同様であることを踏まえ、評価を見直す。併せて、リハビリテーションマネジメント加算及び短期集中リハビリテーション加算について、介護老人保健施設と同様の見直しを行う。

また、言語聴覚士が集団に対して実施するコミュニケーション療法について、報酬上の評価を行うとともに、ADLの自立等を目的とした理学療法等を行った場合の評価については、診療報酬と同様に報酬体系の簡素化の観点から見直しを行う。

さらに、介護療養型医療施設における夜勤の職員配置については、現在夜間勤務等看護加算で評価しているところであるが、要介護度の高い者が入所していること等を踏まえ、基準を上回る職員配置を行っている施設に対し、報酬上の評価を行う。

外泊時費用については、介護老人保健施設と同様、その評価を適正化するとともに、入院中の患者が、他医療機関を受診した場合についても同様にその評価を適正化する。

11. 栄養管理体制・栄養マネジメント加算等の見直しについて

管理栄養士又は栄養士の配置を評価した栄養管理体制加算については、その算定実績を踏まえ、基本サービス費に包括して評価するとともに、栄養マネジメント加算については、栄養マネジメントの適切な実施を担保する観点から、その評価の見直しを行う。

12. 口腔機能向上、栄養改善（栄養マネジメント）サービスの見直しについて

口腔機能向上加算、栄養改善（栄養マネジメント）加算及びアクティビティ実施加算については、サービス提供に係る労力等を適切に評価する等の観点から、その評価の見直しを行うとともに、アクティビティ実施加算について、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算に係る届出を行っている事業所についても算定を認める。

また、サービスが必要な者に確実にサービスを提供する観点から、栄養改善（栄養マネジメント）加算、口腔機能向上加算について、対象者の基準を明確化する。

さらに、医療と介護の連携を図る観点から、歯科医療を受診している場合であっても、本加算が評価しているサービス内容と重複しない範囲についての評価の見直しを行う。

一方、介護保険施設において、介護職員が入所者に対して計画的なケアを行うことができるよう、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が日常的な口腔清掃等のケアに係る技術的指導・助言を行う場合に評価を行う。

13. 事業所評価加算の見直しについて

利用者の要支援状態の維持・改善を評価する事業所評価加算については、引き続き継続するとともに、事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行う。

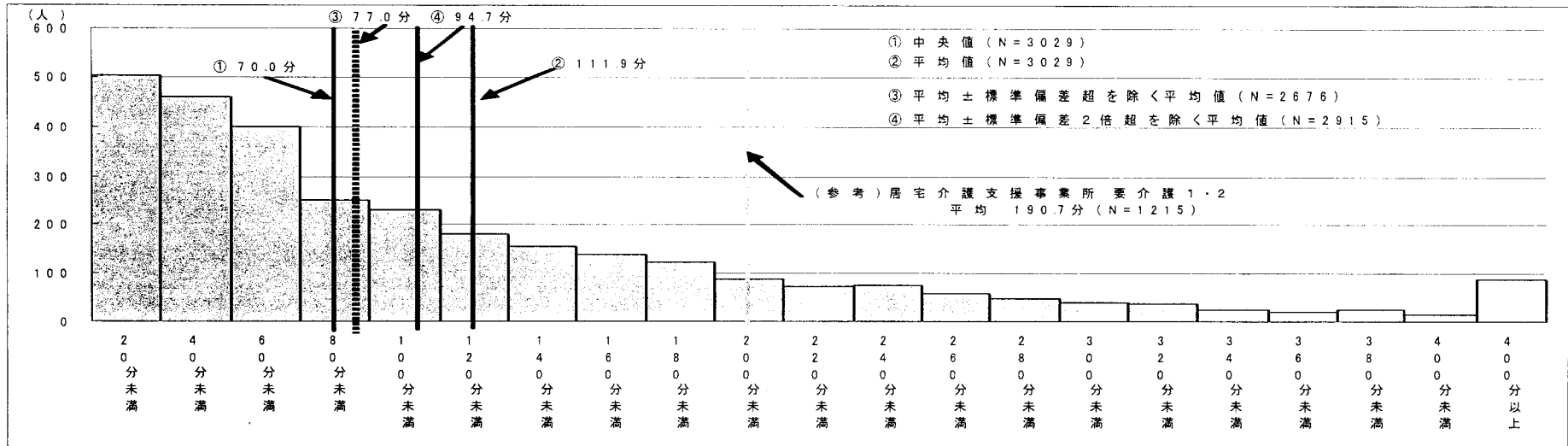
介護予防支援業務の業務実態について

【地域包括支援センターにおける利用者1人1月当たりの労働投入時間(分)】

- 利用者1人当たりの労働投入時間は分布にバラツキがあるが、80分未満が約53%である。
- 労働投入時間の中央値は70.0分(①)。一方、平均時間は111.9分(②)であるが、一定の外れ値を除くと、77.0分(③:平均±1SD)、94.7分(④:平均±2SD)である。

(参考)

- ① 当データは、平成19年11月から12月の1月間に渡って行われた地域包括支援センタータイムスタディ調査結果を取りまとめたもの。
- ② 「SD」とは、標準偏差(バラツキを表す指標)である。
- ③ なお、同時に行われた居宅介護支援事業所タイムスタディ調査結果では、居宅介護支援(要介護1・2)に要する労働投入時間は、平均190.7分となっている。
- ④ 介護予防支援と居宅介護支援の労働投入時間は、いずれも初回加算利用者を除く時間である。



※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成19年株式会社三菱総合研究所)

【居宅介護支援事業所における利用者1人1月の労働投入時間(分)】

- 居宅介護支援の場合、2年間で業務時間が5.4%短縮されている。

(ケアマネジメント業務の合計)

147.6分(平成13年7月) → 139.7分(平成15年11月) ▲5.4%短縮

※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成15年株式会社三菱総合研究所)、「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成13年長寿社会開発センター)

サービス提供責任者の報酬上の評価及び人員配置基準の見直し

○ 訪問介護事業所のサービス提供責任者については、その報酬上の評価及び人員配置基準等のあり方について検討することとされている。

○ サービス提供責任者について

(1) 配置基準

訪問介護事業所は、次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。

- ・ 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
- ・ 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

(2) サービス提供責任者以下の者が行うこととされている。

- ・ 介護福祉士
- ・ 介護職員基礎研修を修了した者
- ・ 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

(3) サービス提供責任者の業務は以下のとおり。

- ① 訪問介護計画の作成
- ② 訪問介護の利用の申込みに係る調整
- ③ 利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- ④ サービス担当者会議への出席等による居宅介護支事業者等との連携
- ⑤ 訪問介護員に対する具体的な援助目標及び援助内容の指示、利用者の状況についての情報伝達
- ⑥ 訪問介護員の業務の実施状況の把握
- ⑦ 訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理
- ⑧ 訪問介護員に対する研修、技術指導等
- ⑨ その他サービス内容の管理について必要な業務

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(H19.12.10)

3 今後の検討課題について

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 (H20.5.20 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。

【サービス提供責任者の人員配置基準の見直し】

○ 訪問介護事業所のサービス提供責任者については、

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。

○ サービス提供時間や訪問介護員数が一定数を超えるごとに、常勤の者をサービス提供責任者と
する必要があることから、事業所にとっては、収入と支出がマッチしない構造となっている。

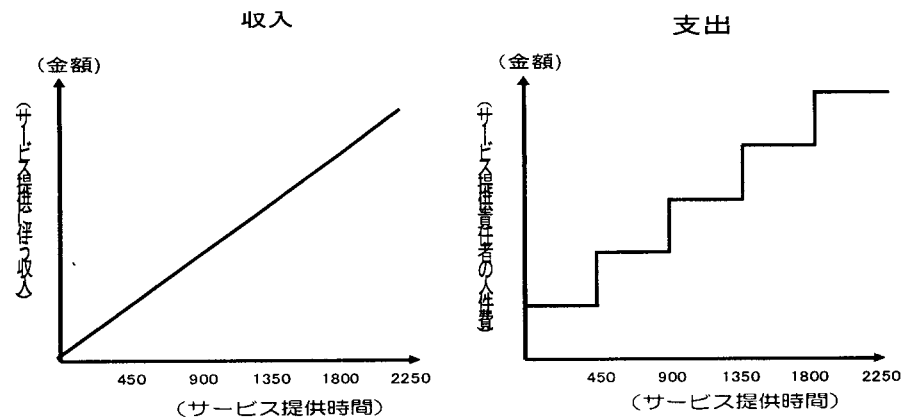
訪問介護事業所におけるサービス提供責任者数階級別事業所数(平成18年10月1日現在)

1事業所に配置す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

(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」より作成。



- 訪問介護事業所における訪問介護員は、短時間労働者が6割以上を占めており、その処遇改善・定着率向上を図る上で、短時間労働者のキャリアアップは重要な課題である。
- 訪問介護員の有資格者の状況を見ると、介護福祉士のうち4割、1級訪問介護員のうち5割弱が非常勤職員である。

○ 訪問介護員の就業形態の状況

	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。

○ 訪問介護事業所における訪問介護員の有資格者の状況

(単位:人)

	訪問介護員											
	計			介護福祉士(再掲)			1級訪問介護員(再掲)			2級訪問介護員(再掲)		
				計	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤
人数	385,668	92,057	293,611	52,775	30,959	21,816	30,821	15,462	15,359	268,620	39,683	228,937
割合(%)	100.0%	23.9%	76.1%	100.0%	58.7%	41.3%	100.0%	50.2%	49.8%	100.0%	14.8%	85.2%

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

(注)常勤はフルタイム労働者、非常勤は短時間労働者のこと。以下同じ。

○ これまでの介護給付費分科会において、サービス提供責任者について、

① 報酬上何らかの評価を行うべき

② 人員配置基準について

- ・ 従来通り常勤を基本とすべき(非常勤化に対する懸念)
- ・ 質が担保できれば優秀な非常勤職員を活用する道を開くべき
- ・ 人数ではなく配置時間で定めることもありうる

等の意見をいただいているところ。

介護給付費分科会における主な意見(サービス提供責任者関係) 抄

【報酬上の評価】

- ・ サービス提供責任者の業務について何らかの報酬上の評価を行うべき。
- ・ サービス提供責任者の役割の重要性に見合う処遇を可能にする報酬の水準を考えるべき。

【人員配置基準の見直し】

- ・ 常勤ではない人がサービス提供責任者になることにより、利用者の安心の保障が確保できるか懸念する。質の確保というのは、どのような形で確保するのか。
- ・ サービス提供責任者の基本原則は常勤。その原理原則は崩すべきではない。複数のサービス提供責任者がいる場合、それを統括するような主任サービス提供責任者といったものを検討し、そこに報酬上の評価をしてはどうか。
- ・ サービス提供責任者の重要性を考えると、非常勤で良いのかという疑問が残る。
- ・ サービス提供責任者を非常勤にするということは、非常に冒険である。
- ・ パートでも安易にサービス提供責任者になれるという論理は誤りである。
- ・ サービス提供責任者について、非常勤の方向というはあるべき姿ではない。
- ・ 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に担えるし、非常勤職員のキャリアの選択肢も広がる。
- ・ 質が担保されれば、常勤・非常勤は大きな問題ではなく、非常勤でもよいのではないか。人数ではなく配置時間で定めることもあるのではないか。

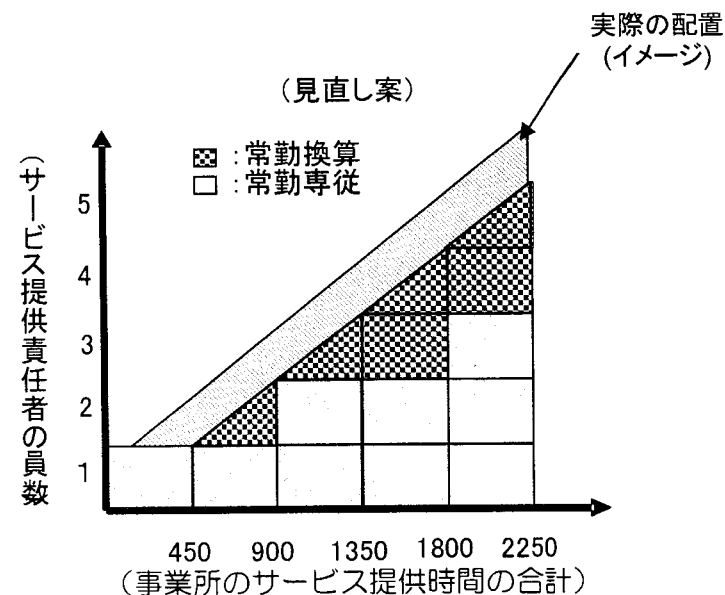
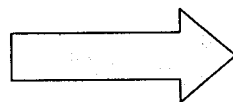
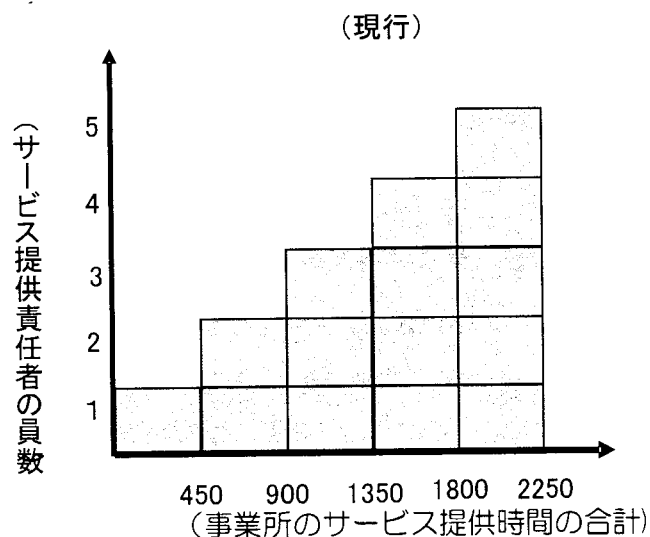
【その他】

- ・ サービス提供責任者の業務が多忙であることと常勤要件の見直しはどうか関係するのか。
- ・ サービス提供責任者の職業能力開発機会の充実や業務の具体化・標準化の推進が必要ではないか。

【見直しの方向性】

- サービス提供責任者の報酬上の評価については、その果たす役割は重要であることから、
 - ・ サービス提供責任者の手間が特にかかる初回及び緊急時における対応を評価、
 - ・ 特定事業所加算におけるサービス提供責任者の要件について、ヘルパーの資格要件と別に設定するとともに、その要件を見直し、加算を取得しやすくすることを検討してはどうか。
- 併せて、サービス提供責任者の人員配置基準については、
 - ・ 常勤及び非常勤のサービス提供責任者が業務を分担・協力できるようにする
 - ・ 非常勤職員のキャリアアップを図る
 - ・ 経営コストの弾力化を図る
 等の観点から、
 - ① 現行のサービス提供時間(450時間)又は訪問介護員等の員数(10人)に応じたサービス提供責任者の規制は維持する
 - ② 常勤を基本としつつ、複数を配置する事業所において、非常勤の者については常勤換算した数が常勤者数を超えないものとする
 - ③ 必要に応じ、常勤の者と非常勤の者が業務を分担・協力して行うことを検討してはどうか。

○ サービス提供責任者の人員配置基準の見直し(イメージ)



【新規利用者に対するサービス提供責任者の業務】

- 新規利用者の受付から初回のサービス提供までの間にサービス提供責任者が行う業務は、アセスメント、契約、ケアマネジャーや他事業者との連携、訪問介護計画書などの作成、訪問介護員の選定・オリエンテーション及び同行指導など、多岐にわたる。

通常想定される新規利用者に対するサービス提供責任者の業務

①新規利用の受付

- ・ケアマネジャーからの連絡内容を記録し、訪問介護員等の能力・シフト等を確認し受け入れの可否を判断する。

②アセスメント訪問

- ・利用者宅を訪問し、利用者のニーズの把握及び実際のサービス提供にあたって必要なアセスメントを行う。

③利用者との契約

- ・契約書及び重要事項説明書により、サービス内容や保険対象外サービスに関する説明を十分に行い、利用者又は家族の理解を得る。
- ・場合によっては、訪問介護計画の案を同時交付する。

④他の介護保険事業者等との連携

- ・サービス担当者会議への参加等により、ケアマネジャーや他の事業者との連携を図り、訪問介護計画に反映。

⑤訪問介護計画及び手順書等の作成

- ・利用者の目標や具体的なサービス内容を記載した訪問介護計画の作成。
- ・具体的なサービスの区分、内容、手順、所要時間及び留意事項の記載された手順書等の作成。(必要に応じ、家屋の見取り図等も添付する)
- ・場合により、訪問介護員等に対し訪問介護計画や手順書等を用いた事前指導を行う。

⑥初回のサービス提供

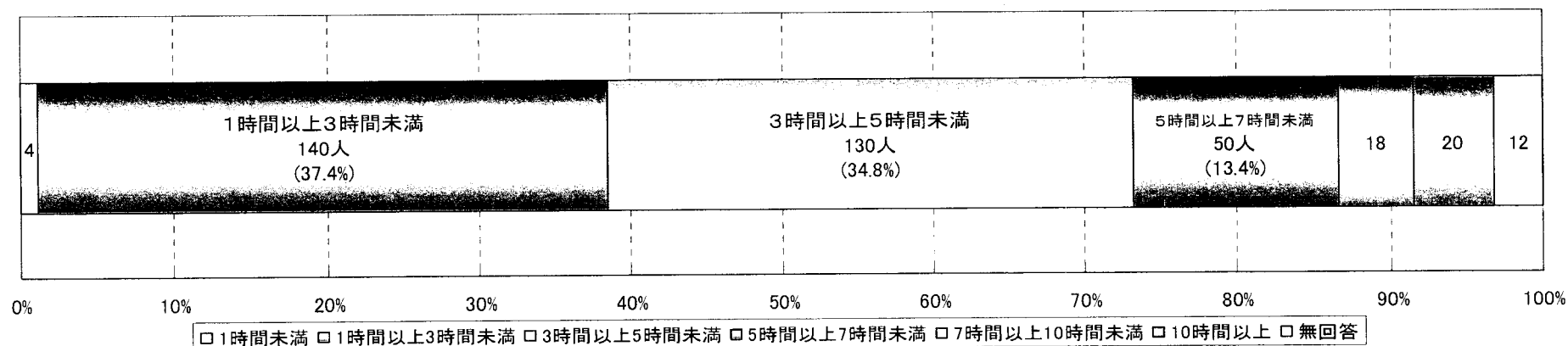
- ・担当サービス提供責任者自らによる訪問介護の提供又は訪問介護員に同行すること等による、訪問介護計画の妥当性の検証。

【新規利用者の受け入れに係る業務に要する平均的な時間】

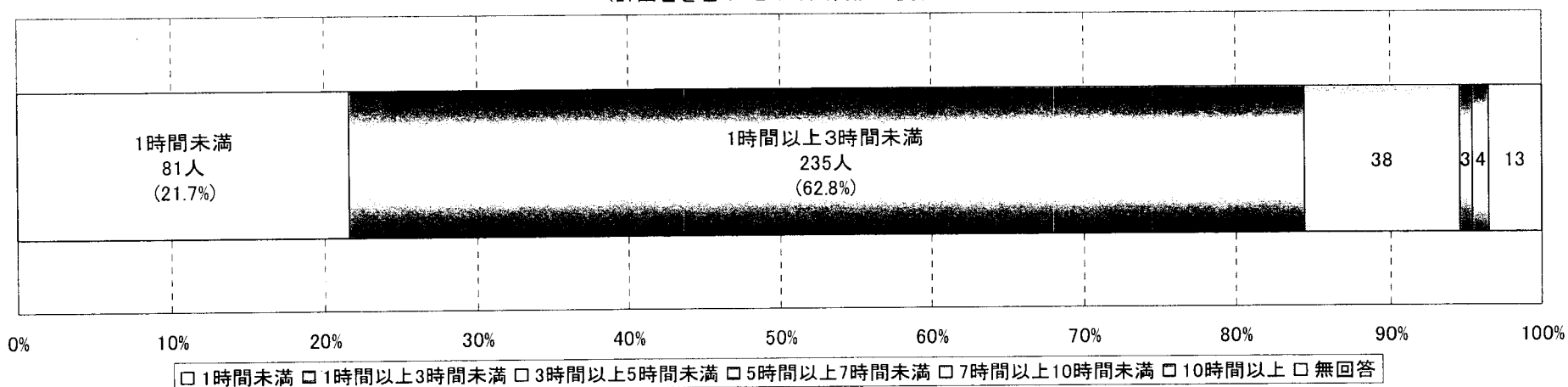
○新規利用者の受け入れに係る業務について、374名のサービス提供責任者にアンケートを行ったところ、

- ・ 新規利用者に対するサービス提供責任者の業務のうち、アセスメント訪問・ケアマネジャーとの調整も含めた訪問介護計画の作成に要する時間は、1～5時間と答えた者が72%。
- ・ そのうち、訪問介護計画の作成のみに要する時間は1～3時間の間と答えた者が63%。

新規利用者の受け入れに係る業務に要する利用者1人当たりの平均時間
(アセスメント訪問、ケアマネジャーとの調整も含む)(自記式調査)



新規利用者に対する訪問介護計画書の作成に要する利用者1人当たりの平均時間
(計画書を書くことのみ)(自記式調査)



(資料出所:平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「サービス提供責任者の業務実態に関する研究(ダイヤ高齢社会研究財団)速報値」)

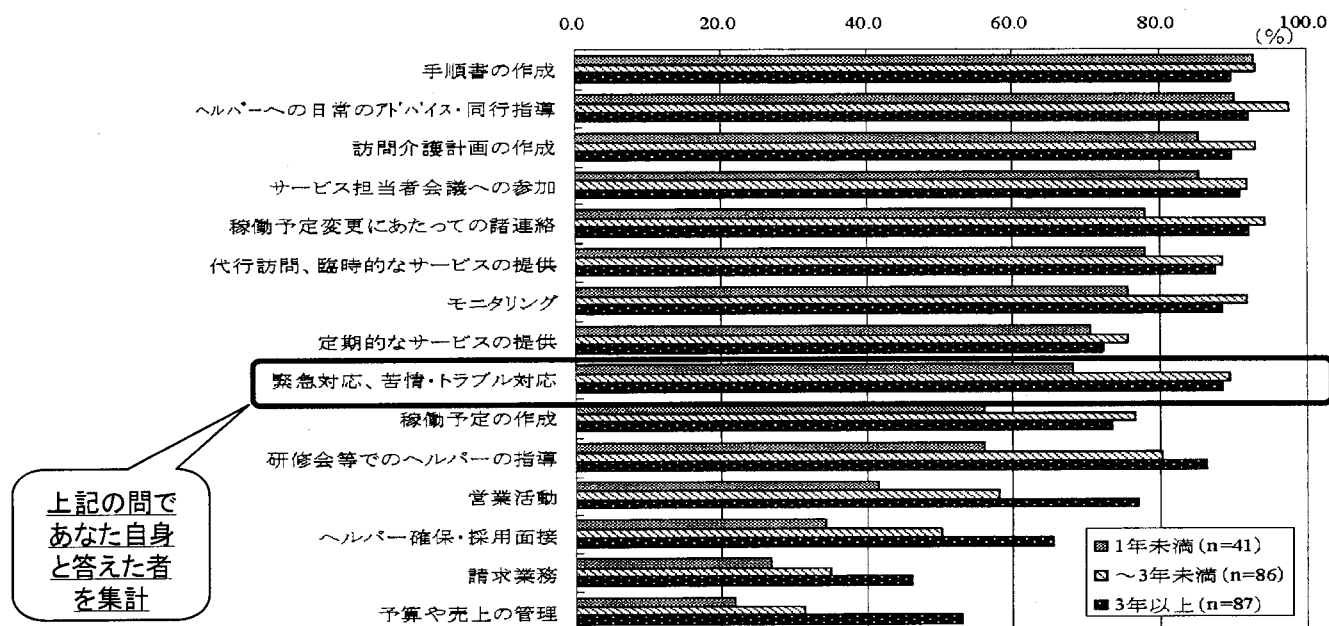
【サービス提供責任者の緊急対応等】

- 緊急対応等については94%のサービス提供責任者が業務として行っている。
- また、とりわけ一定程度の経験を有するサービス提供責任者の緊急対応等の担当割合は高い。

問12 あなたのステーションでは次の業務を誰が行っていますか。(複数回答可)

N=221	あなたのステーション内の人						本社やケアマネ等あなたのステーション外の人
	あなた自身	あなた以外の管理者兼務者	事業所管理者	登録ヘルパー・非常勤ヘルパー・月	それ以外の勤者・労働	事務員等担当者以外	
緊急対応、苦情・トラブル対応	85.1%	63.3%	25.8%	1.4%	4.1%	7.7%	4.5%

↑
94.1%



上記の問で
あなた自身
と答えた者
を集計

【サービス提供責任者の業務実態】

- サービス提供責任者の業務の実態調査によると、労働時間に占めるサービス提供責任者の本来業務が47.6%、ヘルパー業務が29.4%となっている。また、サービス提供責任者のヘルパー業務に費やす時間は月あたり平均48.5時間にのぼるとの調査がある。
- サービス提供責任者のうちヘルパー業務を行っている者の割合は高いが、利用者宅でのサービス提供時間が長いと、サービス提供責任者に求められる能力を発揮しにくい傾向がある。

○ サービス提供責任者の業務実態(2週間のタイムスタディ調査。サンプル数343人)

合計	訪問介護計画の作成・変更	サービス提供責任者としての利用者宅の訪問	ヘルパーの業務管理	ヘルパーの研修と指導	関係機関との連絡・調整	訪問以外による利用者・家族への対応	ヘルパー業務	請求業務	事業所の運営・管理に関する業務	休憩・食事
100.0%	5.7%	5.6%	23.7%	2.9%	6.8%	2.9%	29.4%	7.6%	7.8%	7.5%

47.6%

(資料出所:平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「サービス提供責任者の業務実態に関する研究(ダイア高齢社会研究財団)速報値」)

○ サービス提供責任者の業務の実態

	平均値	中央値
サ責として訪問介護計画書の作成と管理を担当する利用者数	40.0人	33人
残業をすることなく適切な管理ができる利用者の人数	26.3人	20人
作成した訪問介護計画に従って稼働するヘルパーの人数	21.0人	19人
残業をすることなく適切な管理ができるヘルパーの人数	18.2人	15人
月に利用者宅でサービスを提供する時間(定期・臨時を含む)	48時間29分	40時間50分

(出所)東京大学社会科学研究所(2007)「サービス提供責任者の仕事と働き方に関するアンケート」

○ サービス提供責任者の総合能力(自己評価)

変数	平均値	標準偏差
年齢	-0.043	0.030
学歴 ^{a)}	0.077	0.221
世帯としての通算経験年数(月単位)	0.031	0.014 **
世帯になる前のヘルパー経験の有無 ^{b)}	-0.178	0.690
ヘルパー1級もしくは介護福祉士資格の有無 ^{c)}	0.391	0.684
身体介護の能力自己評価 ^{d)}	0.508	0.516
生活援助の能力自己評価 ^{e)}	1.322	0.612 **
利用者・家族との信頼関係を構築する能力自己評価 ^{f)}	2.793	0.707 ***
通常1ヵ月の利用者宅でのサービス提供時間	-0.014	0.008 *
所属事業所のサービス管理得点 ^{g)}	3.351	1.059 ***
所属事業所の訪問介護サービス開始後経過年数	-0.140	0.137
所属事業所が同一敷地内で介護保険訪問介護のみ実施 ^{h)}	1.285	1.104
所属事業所のサービス提供責任者の人数	0.108	0.095
N	98	
-2 対数正規	116.072	
カイ2乗	65.329***	
Nagkerke R ² 値	0.577	

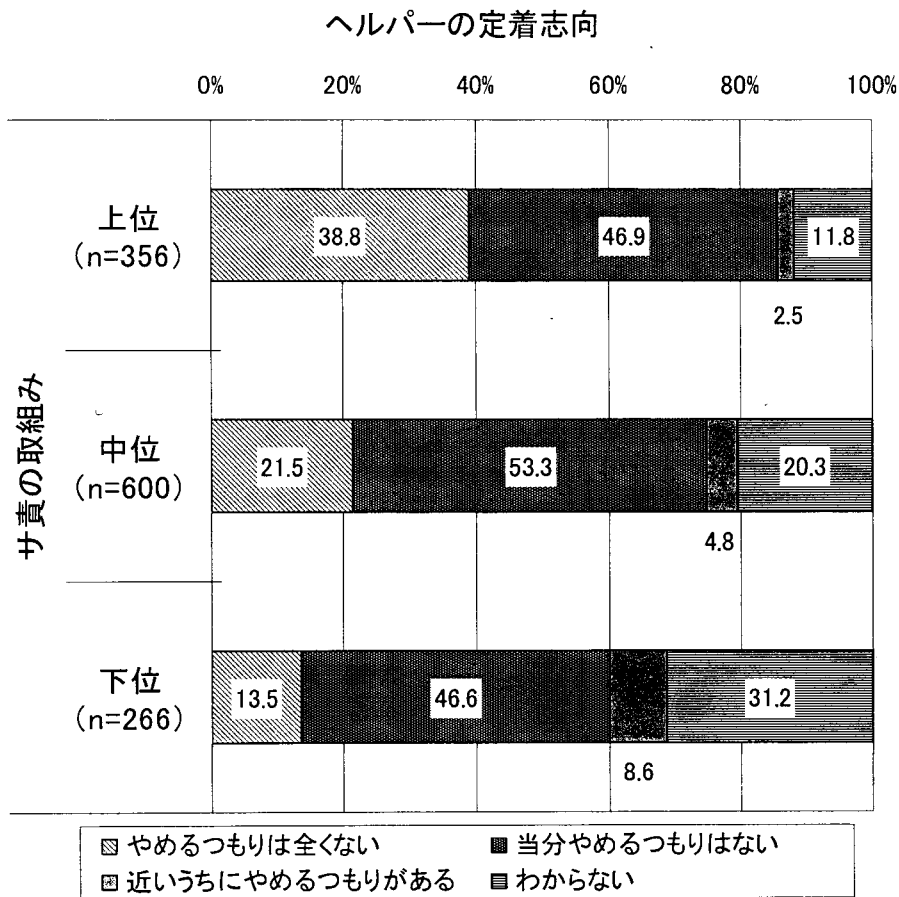
注1:「世帯調査 2007」より、サービス提供責任者が1人の事業所の者のデータは分析対象から除外した。

注2: a)「十分できている」を4、「ある程度できている」を3、「あまりできていない」を2、「まったくできていない」を1とした。b) 中学を1、高校を2、専修(専門)学校卒を3、短大・高専卒を4、大学・大学院卒を5とした。c) 勤務先を問わず、在籍のホームヘルパーとしての経験があるものを「サービス提供責任者の仕事を始める前まで」を1、ないものを0とした。d)「ホームヘルパー1級」もしくは「介護福祉士」資格を現在持っているものを1、いずれも持っていないものを0とした。e) サービス管理得点の算出方法については、第5章第5節(2)1)を参照のこと。f) 所属事業所が同一敷地内で介護保険の訪問介護サービス(予防を含む)のみ提供している場合を1、それ以外のサービスを実施している場合を0とした。

注3: ***: p<0.01 ** p<0.05 * p<0.1

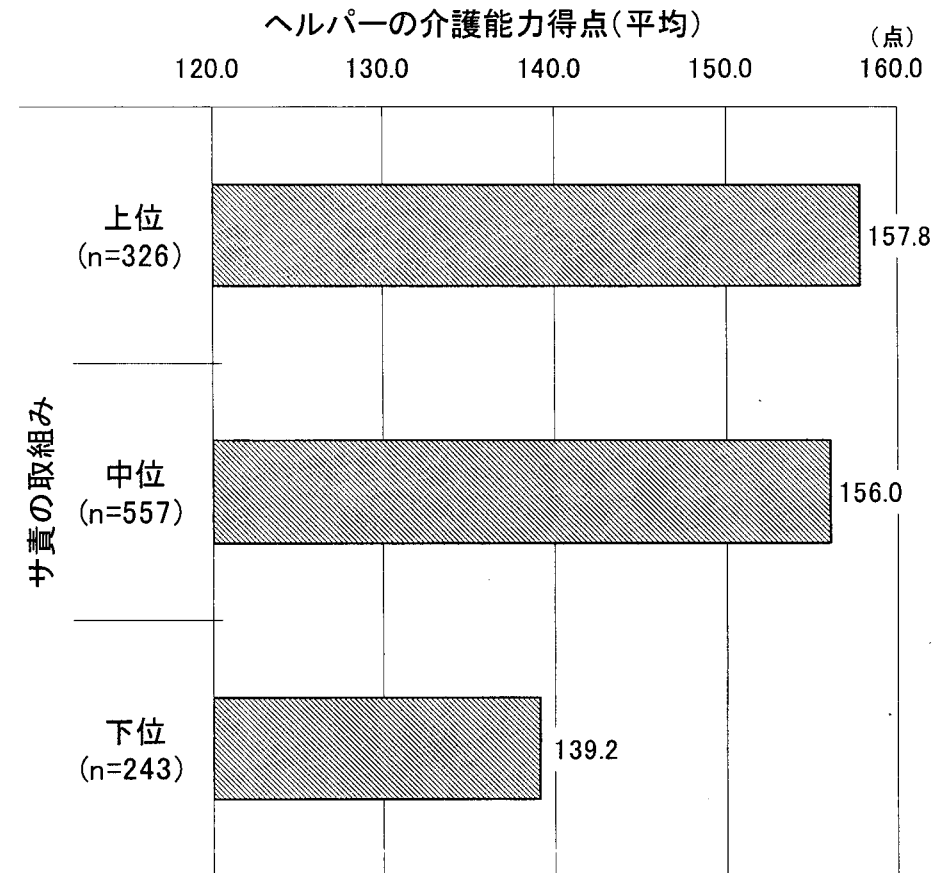
【サービス提供責任者の業務と訪問介護員の定着、能力開発】

- 所属事業所のサービス提供責任者の取組みが充実していると、訪問介護員の定着志向が高い。
- 所属事業所のサービス提供責任者の取組みが充実していると、訪問介護員の介護能力が高い。



※「サービス提供責任者の取組み」については所属する事業所のサービス提供責任者を訪問介護員が評価したもの。

(出所) 佐藤博樹・大木栄一・堀田聡子(2006)『ヘルパーの能力開発と雇用管理』勁草書房, 121頁



※「サービス提供責任者の取組み」については所属する事業所のサービス提供責任者を訪問介護員が評価したもの。

(出所) 佐藤博樹・大木栄一・堀田聡子(2006)『ヘルパーの能力開発と雇用管理』勁草書房, 113頁

【サービス提供責任者関連業務の分担と訪問介護員の定着率】

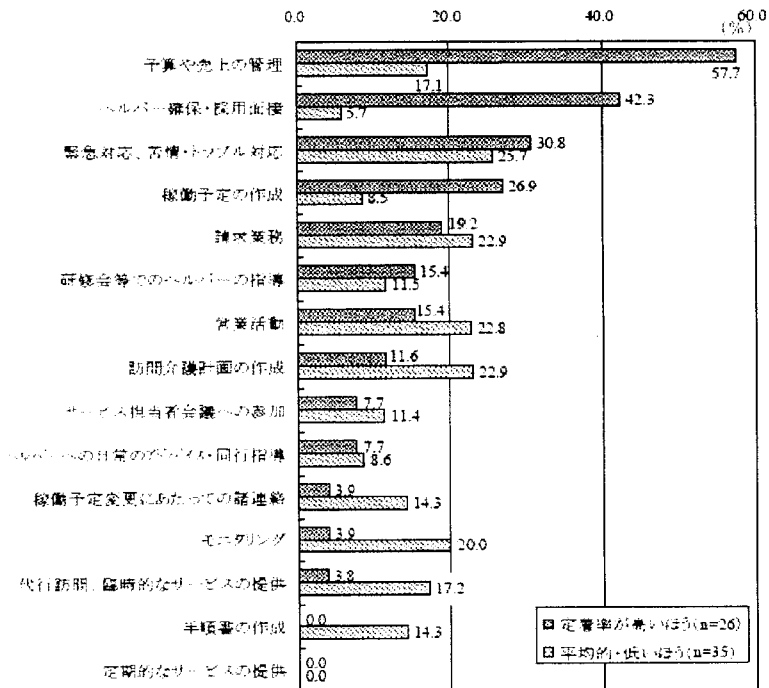
- 訪問介護員の定着率が相対的に高い事業所では、訪問介護員が定期的なサービスの提供のみならず、「予算や売上の管理」、「ヘルパー確保・採用面接」、「稼働予定の作成」「モニタリング」、「手順書作成」、「代行訪問」等といった幅広い業務に参加し、サービス提供責任者を補助している。
- 複数のサービス提供責任者がいる事業所では、分業を図ったほうが訪問介護員の定着率向上につながりやすい業務が存在する可能性がある。

- ヘルパーの定着状況別業務分担状況(ヘルパーが行う業務の割合)
(定着率が高いほうn=31/平均的・低いほうn=45)

	手順書の作成	稼働予定の作成	稼働予定変更にあたっての諸連絡	定期的なサービスの提供	代行訪問、臨時的なサービスの提供	モニタリング	サービス担当者会議への参加	ヘルパーへの日常のアドバイス・同行指導	研修会等でのヘルパーの指導	ヘルパー確保・採用面接	緊急対応、苦情・トラブル対応	営業活動	請求業務
定着率高いほう	54.8%	16.1%	35.5%	96.8%	90.3%	22.6%	38.7%	48.4%	25.8%	6.5%	12.9%	16.1%	9.7%
定着率平均的・低いほう	33.3%	8.9%	20.0%	97.8%	75.6%	6.7%	20.0%	33.3%	15.6%	0.0%	4.4%	4.4%	0.0%

- ヘルパーの定着状況別 複数のサービス提供責任者間の担当割合の差

※ 複数のサービス提供責任者がいる事業所について、回答者であるサービス提供責任者と、それ以外の責任者が担当している差を表す。
→ 差が大きいことは、サービス提供責任者間で分業が行われていることを表し、差が少ないことは分業が行われていないことを表す。



注1：『世帯調査2007』より、事業所単位の分析。

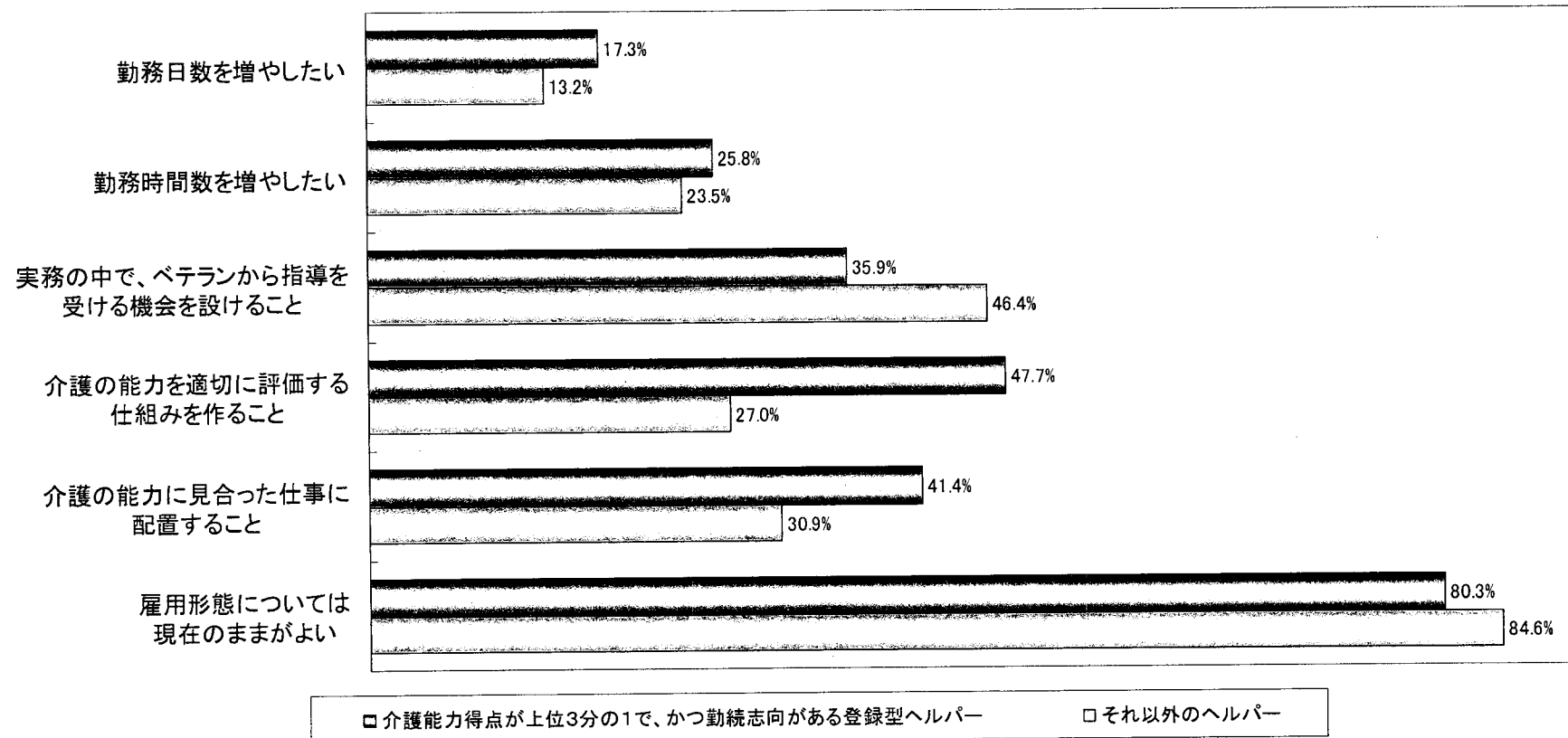
注2：サービス提供責任者が1人の事業所の者のデータは分析対象から除いた。

【勤続志向があり能力が高い非常勤訪問介護員の希望】

○ 勤続志向があり介護能力得点が高い非常勤訪問介護員とそれ以外の非常勤訪問介護員の希望を比較すると

- ① 仕事量(勤務日数・勤務時間数)については有意な差が見られない
- ② 能力の適切な評価、能力に見合った仕事への配置を希望する者が多い
- ③ 雇用形態については現在のままがよい者が全体として多く、両者の差がわずか

○高い職業能力を有する登録型ヘルパーとそれ以外のヘルパーの仕事に対する希望の比較



サービス提供責任者の常勤要件の一部見直しについて

	訪問介護事業所が抱える課題	常勤要件の一部見直しの考え方
サービス提供責任者 (現状は、常勤のみ)	○ヘルパー業務(利用者宅でのサービス提供時間)の多さが、責任者としての本来業務に影響 ○経営コストが硬直的 ※ヘルパーの定着率が低ければ、さらに、ヘルパー業務が増大する可能性	○責任者としての本来業務の適切な遂行 ・常勤を基本としつつ非常勤(短時間)の有資格者も登用 ・常勤者と非常勤者が業務を分担・協力して行うことが可能 ○経営コストが弾力化 ※ヘルパーの定着率が高まることで、ヘルパー業務の減少が期待できる

人事、業務分担が硬直的になりがち

人事、業務分担の弾力化

訪問介護員 (現状は、多くが短時間)	○有資格者であっても、短時間勤務であることで、キャリア志向が満たされにくい傾向 ○ヘルパー業務以外の責任者の補助的業務への参画の機会は多くない。 ※責任者の業務が適切でなければ、さらに、ヘルパーの定着率に影響	○有資格者のキャリア志向が満たされることで、定着率の向上が期待できる ○ヘルパーの幅広い業務への参加は、モチベーションの向上、定着率の改善につながる ※責任者の業務が適切に行われることで、さらに、ヘルパーの定着率の向上能力向上を通じたサービスの質の改善が期待できる
------------------------------	--	--

介護従事者の定着率・サービスの質の向上、経営の安定化

サービス提供責任者の報酬上の評価の充実・処遇改善

【参考】特定事業所加算について

○ 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に開催すること。
- 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に実施すること。

(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。

第55回～第60回給付費分科会における主なご意見

(注) 本資料は、分科会場で委員から発言のあった事項を事務局で取りまとめたものである。本資料に記載したご意見の他にも、各委員から文書でご意見を提出していただいております。それらについては、各回の分科会において資料配付していることから、本資料には記載していない。

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。
- 要介護度が高いと報酬が高くなるシステムをそろそろ見直し、アウトカムに対する評価を行うことも必要なのではないか。
- 介護報酬の引き上げとあわせ、給付の適正化や透明性の確保、被保険者の負担増についての国からの説明、給与水準の公表制度の創設が必要。
- 介護従事者処遇改善法の趣旨を踏まえた議論が重要。
- 今回の緊急避難的な介護従事者対策も必要だが、長期的視点に立った議論も忘れてはならず、医療との連携や短時間リハなどについても十分に検討するべきではないか。
- 加算や減算が複雑・多岐になりつつあるので、整理する方向で検討してほしい。
- 介護報酬の仕組みは可能な限り簡素化するべきではないか。
- 平成18年の改定は大きな改定であったが、その後の実態把握・検証・メンテナンスが行われていないのではないか。介護保険の今後の方向性を見据えて、介護報酬をどうするかという検討が必要ではないか。
- 評価を適正化すべき点や効率化すべき点という観点からの検討も進めるべきではないか。

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。
- 保険料の上昇を抑制する措置については、保険料が毎年度段階的に変わるのではなく、保険者の裁量により、3ヵ年の保険料を同額にすることができるようにするなど、保険者の意見を聞きながら進める形にすべきではないか。
- 今回の3%の報酬改定により、将来的には利用者の自然増も含め保険料も引き上げざるを得ないが、一方で安定財源の確保が必要であり、公費負担割合についての検討が必要ではないか。
- 3%の改定により賃金が2万円引き上がると大きく取り上げられているが、一律に2万円引き上がるとは限らないはず。介護従事者の期待と報酬改定後の実態に大きなギャップが出ることに懸念を覚える。3%改定と2万円アップとの関係について、厚労省の考え方を明確にすべきではないか。

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報酬改定が必要。
- 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。
- 人材確保対策は意味があること。
- 特にヘルパーの処遇改善は考えてほしい。
- 介護従事者の人材確保対策は、賃金水準のみならず、研修の充実や仕事ぶりの評価と処遇への反映など雇用管理全体の高度化によってみられるべきではないか。
- 介護従事者の処遇改善につながる事業主の経営や雇用管理の自由な工夫が阻害されないような制度設計を行うべきではないか。
- 施設サービスについては、3：1という最低基準は実態に合っておらず、それを前提とした評価は見直すべきではないか。配置の実態に即したメリハリのある体制への評価が必要。
- 介護サービスにおける人材確保に関する計画といったメッセージを発信することが必要ではないか。
- 3：1という配置基準については、中重度者の入所者増えているといった実態を踏まえ、従事者の労働条件の改善の観点からも、その見直しを検討する段階になりつつあるのではないか。
- 報酬改定が処遇改善に確実につなげることが重要ではないか。

【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。
- 一律の賃金アップも必要だが、介護従事者自身が将来を見通せるような給与体系にしていくべき。

【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、事業主や事業主団体等への支援、介護職員本人への支援など多様な取組が考えられる。介護報酬での対応が主力ではない。
- 事業主の経営や人事労務管理の考え方により、よりよいサービスを提供するための職員の組み合わせは多様である。育成型の事業所に不利になることもあり、個別の事業所を介護報酬上評価する仕組みのなかに、勤続年数や資格者割合などを入れることは適切ではない。
- 介護従事者の育成については、報酬以外の枠組みによる対策も考えるべきではないか。
- キャリアアップを報酬上評価することは重要な視点。有資格者の雇用について報酬上評価し、賃金に反映させることが必要ではないか。
- 看護職員のキャリアアップについては、看護師及び准看護師とは分けて考えるべきではないか。

【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。
- 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。
- 介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかについては、分科会でもフォローアップすることが必要。

【介護従事者の処遇改善のための報酬上の評価に関する意見】

- 勤続年数の割合に着目した評価については、新設の施設ほど不利になるのではないか。
- 勤続年数が長いとサービスの質が高いと本当に言えるのか。
- 介護従事者の処遇改善のための報酬上の評価については、有資格者などの専門性、勤続年数、常勤職員の3つの視点で概ね適当なのではないか。
- 介護サービスの質の評価は容易ではない。検討を進めていくべきではないか。
- 勤続年数が長いということは事業所の雇用管理が適切であるということであり、この観点からも勤続年数による評価は妥当ではないか。

【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。
- 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。
- 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。
- 小規模事業所への対応については、僻地にあるため小規模にせざるを得ないところや、制度上小規模であることが想定される小規模多機能型居宅介護などについて配慮すべきであり、経営判断で小規模にしているところや、単に他の事業所との競争に負けて赤字になっているところに対しては、配慮する必要はないのではないか。
- 職員の配置により報酬を変えるような「基準介護」的な考え方や複数の配置基準について検討をすべきではないか。
- 配置が手厚いから介護サービスの質が高いとは限らないのではないか。少ない職員配置でも効率的な運営で質の高いサービスを提供している事業所も存在する。手厚い配置を報酬で評価することについては慎重であるべきではないか。職員の配置に対する評価は、果たされる機能とセットで考えるべきではないか。
- 配置基準については、どれだけ手厚ければ良いかといった議論がある。配置が厚ければ利用者にとって安心であり、職員にとってもストレスが少ないという面はあるかもしれないが、配置基準を高めるとコストも上昇する。介護保険でどこまで評価するかといった議論も必要ではないか。
- 訪問介護員の高年齢化が進んでいる。若い人の参入を促すためにも、報酬を上げることなどにより、魅力ある職種とすることが重要ではないか。

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）で手当てすべきものなのか。

- 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。

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。
- 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。
- 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。
- 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、他産業との比較はどうかの検証が必要。
- 事業所の大規模化については、サービス毎にではなく、地域ケアの拠点として考えていけばよい。

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

【訪問介護に関する意見】

- 3級訪問介護員の経過措置を設けることについては、これまでの国の方針と反するのではないか。むしろ制度の趣旨を徹底させることが国の役割ではないのか。
- サービス提供責任者は常勤であることが基本ではないか。

- サービス提供責任者の配置基準については、研修や資格の創設等により質の担保が図られるための様々な措置が確保され、全員が非常勤でないのであれば常勤に限定しなくてもよいのではないかと。また、新規事業所創設にあたっての応援など、専従でない場合も認められてよいのではないかと。
- サービス提供責任者の役割に見合う報酬上の評価を検討すべき。
- 複数のサービス提供責任者がいる場合に統括する責任者を置いてはどうか。
- サービス提供責任者の評価については、人材確保対策の一環として明確に位置付けるべき。
- サービス提供責任者の評価については、加算要件の中に組み込むのではなく、必要な教育訓練や福利厚生を整備を図り、現在の報酬水準でサービス提供責任者を十分に雇用できるのかを検証したうえで、位置付けを検討すべきではないかと。
- 短時間の頻回訪問の推進に際しては、まずは、短時間サービスの分析を行うべきではないかと。また、経営の安定化と処遇改善という点も考慮すべきではないかと。
- 短時間サービスの推進は、サービスの質の低下を招くのではないかと。
- 特定事業所加算については、資格要件や常勤比率、経験年数などで評価すべきではなく、全体の報酬水準を検証した上で、質の向上については、各事業所の裁量に任せるべきではないかと。
- 特定事業所加算の重度化要件は厳しいのではないかと。
- 現在の滞在型は非効率なので、巡回型のサービスの推進を図るべきではないかと。
- 生活援助については、時間制限等により使いにくいサービスとなっているのではないかと。
- 施設から在宅復帰を支援するためには、訪問介護サービスの充実が必要ではないかと。
- 生活援助については、保険者独自のルールにより使いづらい実態があるのではないかと。保険料はアップしているのにサービスは使いづらくなっていることは問題ではないかと。

【訪問入浴介護に関する意見】

- 看護職員も訪問することになっているので、褥瘡などの処置といった医療処置への対応について、検討すべきではないかと。

【訪問看護に関する意見】

- 褥瘡については、介護保険と医療保険のどちらで対応すべきか分かりづらいので、この点を明確にすべきではないかと。
- 訪問看護については、訪問介護と比べて割高感がある。福祉系、医療系、施設系の各サービ

スの役割分担の検討が必要ではないか。

- 訪問看護の介護報酬の仕組みについては、分かりやすくすべきではないか。
- 理学療法士等による訪問看護の回数制限については、地域におけるリハビリの総量が制限されることになるので、見直すべきではないか。
- 退院時における医療系と福祉系の連携について、医療保険と同様に、介護報酬でも評価すべきではないか。
- 専ら理学療法士等の訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者要件については、見直しの方向で検討すべき。
- 重度褥瘡については、本来、医療保険で対応すべきではないか。

【訪問リハビリテーションに関する意見】

- リハビリテーションについては、サービス提供時間に合わせた評価とするべきではないか。

【居宅療養管理指導に関する意見】

- 医療と介護の間でうまく情報交換・共有できるかが重要であり、そのあたりを報酬上評価すべきではないか。
- 医療提供と介護保険との関係について整理すべきではないか。
- 高専賃の入居者も対象となっているのにほとんど利用されていないので、総量規制を図りながらも、利用が促進されるようにすべき。

【通所介護に関する意見】

- 個別機能訓練については、具体的に何をすればよいのか明確にすべきではないか。

【療養通所介護に関する意見】

- 療養通所介護については、重度者の状態の改善や介護者のレスパイトの観点から伸ばしていくべきではないか。
- 療養通所介護と比べて老健のショートステイの報酬水準は低いのではないか。
- 定員の見直しは、それに見合う人員配置基準の見直しを前提に議論すべきではないか。
- 面積基準の緩和については、利用者の療養環境の観点からは、慎重に検討すべきではないか。

- 面積要件の見直しは、利用を伸ばすということであれば、緩和する方向でもよいのではないか。
- 定員や面積の見直しだけでは普及が進まないのではないか。報酬の見直しも含めて考えるべきではないか。

【通所リハビリテーションに関する意見】

- 大規模な事業所に対する評価の見直しを行うのであれば、事業規模の増加に伴う収支差率の増がなだらかになるようにすべきではないか。
- 短時間リハについては、積極的に進めるべき。

【事業所評価加算に関する意見】

- 状態が「維持」している場合についても一定の評価を行うべき。
- 状態が「維持」していることだけを評価するのではなく、状態が改善している場合とのバランスが取れた要件の見直しが必要ではないか。
- 加算の取得により支給限度額を超えてしまい、他のサービスを利用しにくいというケースがあるので、その点を考慮すべき。
- 一度改善するとそれ以上の改善は困難であり、加算が取れなくなるので、要件を見直すべきではないか。
- 状態が改善した時期と加算が算定できる時期にタイムラグがあるのではないか。
- 事業所評価加算を将来的に介護予防サービスだけでなく、介護サービスにも拡大するとすれば、要介護者は様々なサービスを利用することから、評価の仕組みについては、十分に検討すべきではないか。
- 試行的にでもよいので、他のサービスにも拡大すべきではないか。
- 事業所評価加算の趣旨を利用者によく周知すべきではないか。

【福祉用具に関する意見】

- 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。
- 認知症の人が使う場合が多いことを前提とした研修を行うことが必要。
- 実際の販売価格と比較して著しく高額なものには上限を設ける、そのような価格設定をする

事業所に「レッドカード」を出すような仕組みを設ける、安価な福祉用具は原則購入にするなどの保険財政を踏まえた仕組みも必要ではないか。

- 日常生活の中で使用することにより、利用者の生活能力を引き出すことも想定して考えるべきではないか。
- 用具そのものの価格分以上に費用がかかっているので、価格のみならず、メンテナンス等にかかる費用も見た報酬設定にすることが必要。

【夜間対応型訪問介護】

- オペレーションサービスの機能については、利用者の安心のため日中にもサービスを拡大すべきではないか。
- 日中にもサービスを行うとすれば、利用者が混乱しないよう名称を変えるべきではないか。
- 普及させるため、24時間対応の巡回型にすることを検討すべきではないか。
- オペレーターが利用者から相談を受けた際の初期の判断は重要であるので、その質を落とさないようにすべき。
- 短時間型、夜間訪問、巡回型といった新しい類型も含めてあり方を考えるべきではないか。
- 夜間における職員の配置に対する適正な評価が必要ではないか。

【小規模多機能型居宅介護に関する意見】

- 従来型サービスを単純に組み合わせた以上の費用がかかるものであり、経営実態調査の結果や、さらに詳細な調査を行った上で、報酬について再検討すべきではないか。
- 月あたりの定額払い方式では、一回の利用でも全額が支払われることになるので、出来高払い方式を組み合わせるなどの工夫が必要ではないか。
- ケアマネージャーが積極的に小規模多機能型を紹介するようなインセンティブを与える仕組みを考える必要があるのではないか。
- 中重度の利用者を重視するスタンスは変えるべきではないのではないか。
- 特に軽度の利用者が多いことから、そういう状況でも経営を支えることができる報酬にするべき。
- 介護の必要度を見ながら、今後の方向性を考えていくべきではないか。
- 利用者が少ないので、例えば他のサービスの併用も検討するなどの見直しが必要ではない

か。

- 通いのサービスが少ない要因の一つとして考えられる利用定員の制限の見直しについて、検討すべきではないか。
- 小規模多機能型居宅介護の利用者についても通院等乗降介助を利用できるようにすべきではないか。

【居宅介護支援に関する意見】

- 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。
- 軽度の時点における医療とケアマネの連携を考えるべきではないか。
- 要介護度による報酬設定については、改めるべきではないか。
- 利用者宅でのモニタリングの頻度を3月に1回に見直してはどうか。
- 利用者の要介護度が、要支援の場合と要介護の場合とを行き来する度にケアマネージャーが替わる仕組みは見直すべきではないか。
- 居宅介護支援についてはケアマネ1人当たりの利用者数を35人に近づけるような方策を検討すべきではないか。
- 40件を超えた分について、報酬が逡減する仕組みについて検討を進めるべき。
- 40件を超えた分について報酬が逡減する仕組みについては、それにより利用者が増えるのか検証が必要ではないか。
- 標準相当件数の上限は廃止すべきではないか。
- 介護予防支援の報酬については、検証を行った上で改善すべきではないか。
- 中立性、公平性を担保するため事業所が独立することが大事であり、それが可能な報酬の設定を行うべきではないか。
- アセスメントなどが重複している点については、事務負担の軽減の観点から、検討が必要ではないか。

【短期入所生活介護に関する意見】

- ショートステイにおける夜勤については、現在の基準では十分にできないという指摘があることを受け、報酬上加算等の評価を行うべきではないか。

【短期入所療養介護に関する意見】

- リハビリテーションの推進は、現にある施設の有効活用という観点から推進すべきではないか。

【介護老人福祉施設に関する意見】

- 夜勤の手厚い配置を評価すべきではないか。
- 重度化対応加算の要件のうち看取りのための体制に関する要件を看取り介護加算に統合することにより、加算を取得しやすくすべきではないか。
- 収支差率が低かった 50 人規模の施設について、何らかの対応を考えるべきではないか。50 人規模の施設については、増築・増床を認めるべきではないか。
- 手厚い配置を評価する仕組みは重要ではないか。

【介護老人保健施設に関する意見】

- 介護老人保健施設における医療の提供については、現行の「丸め」を見直すべきではないか。どの施設に入所しても必要な医療が受けられる仕組みを整備することが必要ではないか。
- リハビリテーションの見直し、配置基準で言語聴覚士を位置付けることについては進めるべきではないか。
- 医療処置が必要な者の入所が増えていることから、看護職員の夜間の配置を義務づけることが必要ではないか。
- 小規模多機能型居宅介護との連携を行うことにより、居宅復帰が推進されるのではないか。小規模多機能型居宅介護のケアマネと施設のケアマネの連携を取ることが重要ではないか。
- 居宅サービスのケアマネとの連携については、退所時のみならず入所時にも連携ができるような仕組みを工夫すべきではないか。

【介護療養型老人保健施設に関する意見】

- 介護療養型老人保健施設の看護・介護職員の体制や夜間の体制は果たして十分なのか。「介護難民」が出ないような対応が必要ではないか。

- 介護療養型老人保健施設は、医薬品費・医療材料費の調査結果からすれば、既存の老人保健施設とは別施設の位置づけとなるのではないか。
- 介護療養型老人保健施設の「経管栄養又は喀痰吸引を実施している者が15%以上」という施設要件に関し、本来、経管栄養を外し、口から栄養を摂取できるようにすべきではないか。
- 介護療養型老人保健施設についても、療養病床と同様、医療が必要な者が多く入所している実態があるのではないか。評価を見直す際には、既存の老人保健施設における医療の実態についても検証の上、評価を見直す必要があるのではないか。
- 介護療養型老人保健施設は入所者像を見ても、明らかに従来型老人保健施設とは異なる。比較は特別養護老人ホームと行うべきではないか。特別養護老人ホームと介護療養型老人保健施設の機能を併せたナーシングホームについての検討を始めるべきではないか。

【介護療養型医療施設に関する意見】

- 介護療養病床が果たすべき役割を果たせるようなインセンティブとなる報酬改定を行うべきではないか。
- 介護療養病床における手厚い人員配置を報酬上評価すべきではないか。
- 療養病床の再編成に関し、転換の受け皿としてどのような施設がどの程度整備されるのかについて示されないと不安である。都道府県の計画に任せるのは適当ではないのではないか。

【栄養管理体制加算・栄養マネジメント加算に関する意見】

- 療養病床の入院患者の半数以上が低栄養状態であり、この改善が要介護度の改善につながる。栄養マネジメント加算は、病棟に1人管理栄養士を配置するには報酬が低いのではないか。

【口腔機能向上加算・栄養改善加算に関する意見】

- 歯科衛生士を配置することにより入所者の肺炎が激減することもあり、入所者に対する口腔機能向上に向けた取組は重要なのではないか。
- 口腔ケアは在宅の要介護者にとっても重要である。在宅サービスの事業者と歯科衛生士との連携体制を評価することが必要ではないか。
- 口腔機能の向上は重要であるが、歯科医療における口腔ケアと介護保険における口腔ケアは一体的に行われているのではないか。同じ行為を歯科医療と介護保険で共に請求できることとするのは適切ではないのではないか。利用者にとって分かりにくいのではないか。
- 口腔ケアは要介護高齢者の生活にとって極めて重要な位置づけであり、歯科医療と介護保険

の重複は整理した上で、重複しない部分については歯科医療を受診している場合でも口腔機能向上加算を算定できるとすべきではないか。

- 口腔機能向上・栄養改善サービスの利用・提供が進まない理由が提供事業所の数が少ないということであれば、報酬の引き上げが必要ではないか。
- 口腔機能向上・栄養改善サービスについて専門家によるアセスメントの義務付けが必要ではないか。対象者の基準を明確化すべきではないか。

【認知症対策について】

- 認知症の人の家族等からの相談に事業者が応じた場合の加算を設けてほしい。
- 認知症患者の実態把握に関し、認知症の出現率の調査を行うべきではないか。
- 現在、自治体で介護保険事業計画を策定しているところであるが、若年性認知症に関する視点が抜けている。自治体の計画にこの視点が盛り込まれるよう、国も指導等すべきではないか。
- グループホームの夜勤職員の配置は基準上2ユニット1人でも可であるが、現場の負担は大きい。基準を1ユニット1人にすべきではないか。
- 様々な加算の創設に伴い利用料も増えるため、利用が抑制されることとなるのではないか。評価の仕方を工夫すべきではないか。
- 認知症ケアの実情にあった職員の専門性を高めるべきではないか。
- BPSDの発生頻度と介護負担の相関関係が示されたが、とりわけ初期の対応が重要である。介護を行う家族に対する研修も重要ではないか。
- 若年性認知症の患者は離職を余儀なくされ、家族ともども生活不安・介護不安に陥る。企業に対する研修や患者の継続雇用のための助成制度も必要ではないか。
- 認知症の度合いの指標（判定方法）が統一されていないのではないか。
- 資料中、認知症が悪化する原因の1位が「薬剤」とあるが、このような状況を改善するため、省を挙げた取組を行うべきではないか。
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、中等度～重度の者にも拡充する点に加え、日常生活の改善という点に重点を置くべきではないか。
- グループホームで外泊時や入院時に報酬算定ができないことについては、見直しの余地があるのではないか。
- BPSDの急性期に短期入所系サービスにおいて緊急対応した場合の評価については、BP

SDに関しては、悪化を防ぐためにはむしろ所在を落ち着かせることが重要であることに留意すべきではないか。

- 認知症短期集中リハビリテーションについては、利用者、家族等には知られていない。利用者や家族等に対する分かりやすい情報の周知等が必要ではないか。
- BPSDへの緊急対応については、施設系サービスについても同様の評価をすべきではないか。
- グループホームの利用者は要介護度1・2の者が約半数。これらの者の「認知症高齢者の日常生活自立度」はランクⅡ以下の者の割合が高い。一方、グループホームの要介護度別の介護報酬はフラットになっている。認知症高齢者でも日常生活が可能な者についてはデイサービスなどで生活を支えるべきではないか。
- ピラミッド型の研修体系では、一番上の種類の研修が適切でないとしてすべての研修が失敗する恐れがある。研修内容については、現場の知恵を集積するような取り組みが必要ではないか。
- グループホームは入浴介助の際の従事者の負担が大きい。一定の配慮を行うべきではないか。
- 認知症関係のサービスや小規模多機能型居宅介護については重要なサービスであること、今後推進していくことといったメッセージを発信する必要があるのではないか。

【その他の意見】

- 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。
- 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。
- 通所系サービスについては、経営実態に合わせた報酬体系にすべき。
- 通所系や居宅介護支援の規模に応じた減算については、ある水準を超えると基本単位全体が減算になる仕組みの見直しを検討すべきではないか。
- 口腔機能の向上については、そのサービス自体が認識されていないので、周知をするべきではないか。
- 短時間リハは、ショートステイで対応することも検討すべきではないか。
- 特定事業所加算や事業所評価加算について、自己負担増への配慮を考えるのであれば、自己負担は加算分の半分とするといったことが検討できないか。
- 在宅介護を進めようにもショートステイが利用できないケースがあるので、一定程度空床を設けている場合も評価するようにすべきではないか。

- 軽度者に対するケアであっても認知症のケアには手間がかかっている。特にグループホームについては、さらに手間がかかるにも関わらず要介護1、2の報酬が低いのではないか。
- 介護報酬の引き上げに伴い、区分支給限度額の引き上げも必要ではないか。
- 介護サービス情報公表制度で公表される情報の内容や手数料の負担の是非については、いずれ議論をすることが必要ではないか。
- 様々な加算を創設すると同時に、給付の効率化を目指す方向も検討すべきではないか。

8 給与水準等の処遇に関する情報の公表に関する意見

- 事業者による処遇改善の努力を何らかの形で明示することはあって然るべき。事業者による自主的な情報公表でよいのではないか。その際、公表する情報としては、例えば、当該事業者における初任給、賃金の平均月額など。一方で、処遇改善につながっているかという点についての検証が重要ではないか。
- 報酬改定により給与水準がどの程度改善するか、情報公表をどう制度化すべきかについては、国民の強い関心事項である。目に見える形で報酬と給与水準を検証する仕組み作りを早急に進めるべきではないか。
- 情報公表については、まずは自主的な取り組みから進め、徐々に拡大するのが現実的ではないか。多くの事業者が取り組みを進められるような仕組み、とりわけ標準的なガイドラインの作成を進めるべきではないか。
- 情報公表については自主的な取り組みとし、一方で、サンプル調査等により全体の傾向を把握できるようにすべきではないか。
- 3.0%のプラス改定が従事者の処遇改善につながっているかについての検証を行う仕組みが必要。このためにも、情報公表はしっかりと進めるべきではないか。
- 情報公表については、ガイドラインを設け自主的な取組を促すことは可能であるが、義務づけは難しいのではないか。
- 介護報酬の一定割合が人件費として支払われる仕組みが重要ではないか。

9 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。
- 病棟の看護師と訪問系の看護師のミーティングをとおしての連携が重要なので、この連携について評価すべきではないか。
- 医療ニーズの高い方々の在宅での生活を可能にするためには、介護福祉士に一定の研修等を課した上で、事業所の判断で一定の軽微な医療行為が行えるよう対策を講ずるべきではないか。

10 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によいのか。
- 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。
- 介護福祉士の資格見直しに伴う新たなカリキュラムへの対応のため、養成校が行う設備の整備に対し補助等を行うことはできないのか。

11 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。

12 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。

○ 介護保険料納付について、口座振替と年金からの徴収との選択制が検討されているとするなら、これは大きな問題と考える。介護保険の保険料の年金からの天引きは、保険者である市町村の懸命な努力により、すでに円滑に実施されてきており、定着している。介護保険料の支払い方法は、介護保険制度導入の際に、市町村の要望を踏まえて実施してきたものであり、これが前提のため市町村は保険者として徴収を受けた。保険者である市町村の意見を無視して実施されることは適切ではないのではないか。

委員からお求めがあった資料

目次

介護老人保健施設における在宅復帰に関する

加算の算定割合 ……1、2

「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」結果

介護療養型老人保健施設の施設要件2に関する実態について ……3

介護サービス情報の公表制度における

事業者の負担の軽減等について ……4～6

介護老人保健施設における在宅復帰に関する加算の算定割合

	要件等	日数 (千日)	算定割合 (%)
在宅復帰支援機能加算 (1日10単位)	前6月間において退所した者の総数のうち、在宅において介護を受けることとなった者が5割をこえている介護老人保健施設について、次のいずれにも適合していること イ 入所者の家族との連絡調整を行っていること ロ 入所者が希望するケアマネ事業者に対し、入所者に係る居宅サービスに必要な情報提供、退所後のサービス利用に係る調整を行っていること。	121.5	5.5(※)
(参考)基本施設サービス費	—	8,809.8	

(出典：介護給付費実態調査H19.5審査分からH20.4審査分の月平均)

* 算定割合は、以下の考え方で算出。

- ① 介護老人保健施設において、家庭へ退所した者の割合が50%以上の施設は約25%である(第59回分科会(11月21日)資料2P5)。
- ② このため、在宅復帰支援機能加算(121.5千日)を基本施設サービス費(8,809.8日)の25%で除した値を算定割合とした。

	要件等	日数 (千日)	算定割合 (%)
試行的退所サービス費 (1日につき800単位)	退所が見込まれる者を居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合に1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定。	0.04	0.1 (※1)
退所前後訪問指導加算※ (1回460単位)	入所者の退所に先立って入所者が退所後生活する居宅を訪問し、入所者及びその家族等に対し退所後の療養上の指導を行った場合 ※他の社会福祉施設等に入所する場合であっても算定可	1.0	13.9 (※2)
退所時指導加算※ (1回400単位)	入所者が退所し、居宅で療養を継続する場合、当該入所者が退所時に、入所者及びその家等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合	4.1	77.7 (※3)
退所時情報提供加算※ (1回500単位)	入所者が退所し、居宅で療養を継続する場合、当該入所者の退所後の主治医に対して、入所者の同意を得て当該入所者の診療状況を示す文書をそえて当該入所者の紹介を行った場合 ※他の社会福祉施設等に入所する場合であっても算定可	4.2	58.4 (※2)
退所前連携加算※ (1回400単位)	入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て、入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合	3.5	66.4 (※3)

(出典: 介護給付費実態調査H19.5審査分からH20.4審査分の月平均)

* 算定割合は、以下の考え方で算出。

- ① 介護老人保健施設における退所者の状況は、第59回分科会(11月21日)資料2P7より、家庭への退所者は5,274人、介護老人福祉施設は1,534人、その他の社会福祉施設は384人。
- ② ※1については、家庭への退所者(5,274人)が月6回利用した場合の日数に占める割合を算出。
- ③ 他の社会福祉施設に入所する場合であっても算定可である※2については、家庭への退所者及びその他の社会福祉施設への退所者の合計(5,658人)に占める割合を算出。
- ④ ③以外の※3については、家庭への退所者(5,274人)に占める割合を算出。

「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」結果
介護療養型老人保健施設の施設要件2に関する実態について

要件	平均※1
全入所者のうち「経管栄養」又は「喀痰吸引」を実施している者の割合※2	32.3%
全入所者のうち「経管栄養」を実施している者の割合※2	20.6%
全入所者のうち「喀痰吸引」を実施している者の割合※2	17.4%
全入所者のうち「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクMに該当する者の割合	5.9%

※1 「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」では、調査対象となった介護療養型老人保健施設の転換日がそれぞれ異なるため、平成20年7月31日現在の在在所者について集計した結果であり、「算定日が属する月の前3月間の入所者の状態」を表すものではない。

※2 「経管栄養」及び「喀痰吸引」については、介護療養型老人保健施設8施設中、「経管栄養」を実施している在在所者数について記載漏れがあった1施設を除いて集計。

(参考)介護療養型老人保健施設の施設要件

要件1) (省略)

要件2) 入所者について、

- ・ 算定日が属する月の前3月間において、全入所者のうち「経管栄養」又は「喀痰吸引」を実施している者の割合が15%以上

- ・ 算定日が属する月の前3月間において、全入所者のうち「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクMに該当する者の割合が 20%以上

のいずれかの要件を満たすこと

介護サービス情報の公表制度における事業者の負担の軽減等について

1 見直しに係る背景

- 本制度は、平成17年6月に改正、公布された介護保険法に基づく制度で、平成18年4月から段階施行されている。
- 本制度については、手数料水準がコストに見合ったものではないという指摘や、利用者等に対して本制度の周知が不十分である等の指摘がなされていることから、事業者の事務負担、経済的負担の軽減を図るとともに、引き続き利用促進を図る必要がある。

2 平成20年度にとった措置

- 以下の見直しにより事務負担等の軽減を図るとともに、都道府県に対して、手数料水準の妥当性等についての検証及び条例の見直し等適切な対応を図るよう累次要請。

(1) 介護予防サービス等の一体的報告・調査

(2) インターネットを活用した事業所報告・調査結果報告への変更

【参考：手数料設定状況（全国平均）】

- ・平成19年7月現在 約5万4千円
- ・平成20年7月現在 約4万4千円（対前年同月比 ▲約1万円、▲19%）

3 平成21年度実施予定の見直し

- 以下の見直しにより、引き続き、情報公表制度における事業者の事務負担、経済的負担の軽減等を図る旨、11月4日(火)都道府県担当者会議で伝達した。

(1) 訪問調査体制の効率化

- 調査は、一律に調査員2名以上とするのではなく、規則上は調査員1名以上とし、弾力的に対応するものとする。

(2) 調査方法の簡素化

- マニュアルや規程の単純な有無の確認を行う「確認のための材料」の面接調査については、初年度に「確認のための材料」があると確認されれば、次年度以降は、特段の事情が無い限り、あらためて現物の確認までは行わないものとする。

(3) 同一所在地で複数サービスを提供している事業所の手数料軽減

- 同一所在地で複数の事業所を運営する事業者について、同日に調査を実施する場合の手数料については、旅費の重複分を勘案し低く設定する等の創意工夫した手数料設定方法の普及。

4 本制度の活用促進について

- 情報公表制度は、利用者のニーズにあったより適切な介護サービス・事業所の比較検討、選択を支援等する制度であり、利用者等に活用される制度として定着させることが何より重要。
- 政府公報等を通じ、利用者への制度の普及啓発に努めているところ。
- 全国会議等において、各都道府県に対し、被保険者のいる世帯、管内市区町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等介護サービスの利用者の相談に応じる多様な主体に向けて、広く本制度の活用について普及啓発を行うよう要請しているところ。
- また、今後、利用者のニーズにあった、より適切な事業所選択を行うために、具体的に、どの項目を、どう読み判断するのかといった介護サービス情報の活用方法（読み解き方）等について、利用者等に向けて発信していくことを検討する予定である。

介護サービス情報の公表制度の主旨

【介護サービス情報の公表の制度とは】

・ 基本的に全ての介護サービス事業所が、利用者の選択に資する情報を自ら公表し、標準化された項目についての情報を第三者が客観的に調査・確認し、定期的に公表される仕組み

※ 事業所の評価、格付け、画一化を目的としない。

※ 情報について、公平に、いつでも、誰でも閲覧可能とするため、インターネットでの情報開示を基本とする。

・ 利用者が介護サービス事業所を比較検討・選択することを支援

・ 事業者の努力が適切に評価され選択されることを支援

・ サービス内容・事業運営状況の透明性の確保・向上（消費者保護の観点）

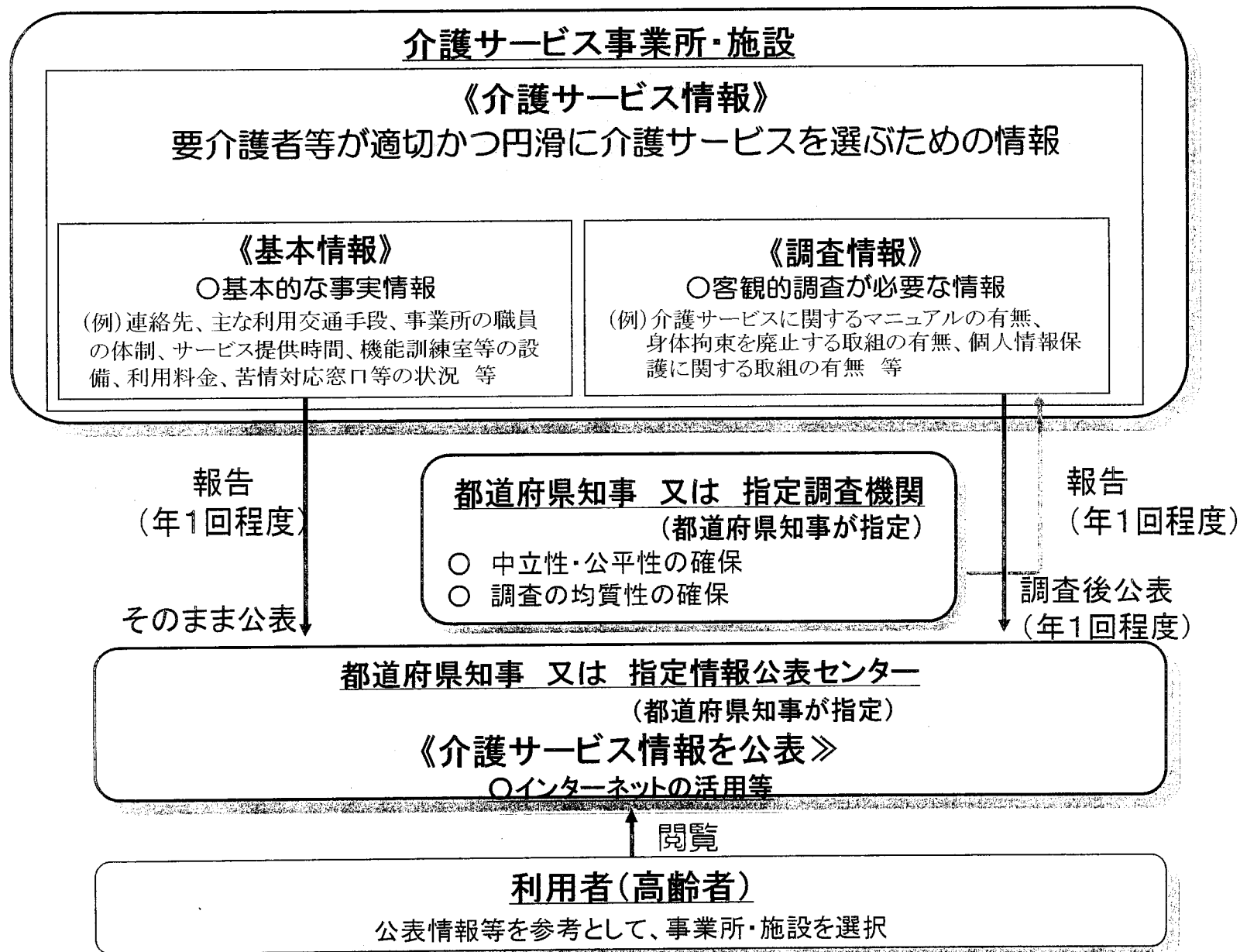
※情報公表制度は、平成17年6月に改正、公布された介護保険法に基づく制度で、平成18年4月から段階施行されている。



・ 利用者が介護サービス事業所に関する情報を入手し、活用することで、主体的に適切な介護サービス事業所を選択することができる。

・ 利用者の選択が適切に機能することで、介護サービス事業所においてはサービス改善への取組が促進され、サービスの質による競争が機能することにより、介護サービス全体の質の向上が期待される。

介護サービス情報の公表制度の仕組み



※地方自治法等の規定を踏まえ、都道府県が定めた条例に基づき、調査及び公表に係る手数料が事業者から徴収されている。

要介護認定一次判定ロジック見直しの主な経緯

○現行の要介護認定一次判定ロジックに関する課題

課題1 現行のものは平成13年のデータを使用

・対応方針:最新のデータに基づく一次判定ロジックの構築

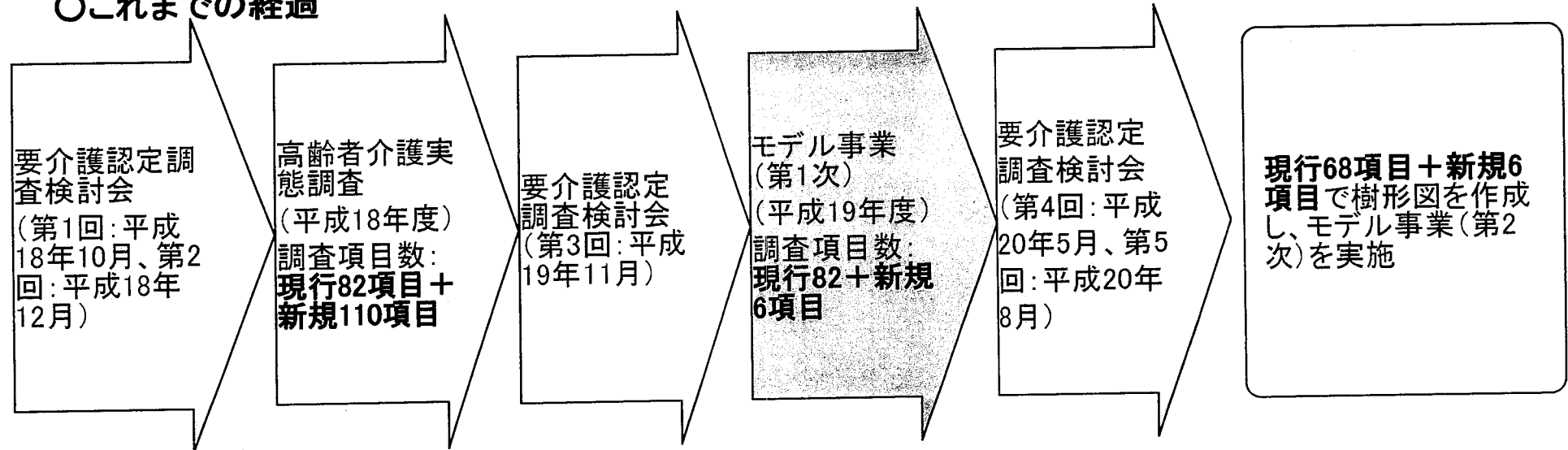
課題2 現行は一次判定で「要介護1相当」と判定した上で、介護認定審査会の場で、「認知の具合」「状態の安定性」を基に判定されているが、これは煩雑な上に運用上のバラツキがある

・対応方針:コンピュータ判定による要支援2と要介護1の判別

課題3 調査項目が多く煩雑

・対応方針:認定調査の負担軽減の観点から精度が落ちないことを前提に調査項目の見直しを行う

○これまでの経過



要介護認定モデル事業(第二次)について

- 全市町村で実施
- 従来の認定と新判定ソフトを用いた新しい認定を併用

モデル事業(第二次)対象者数

各市町村等のモデル事業の対象者数は人口規模に応じて、下記の通り設定した。

- 1万人未満・・・・・・・・・・・・・・・・5人
- 1万人以上5万人未満・・・・・・・・10人
- 5万人以上10万人未満・・・・・・15人
- 10万人以上30万人未満・・・・・・40人
- 30万人以上50万人未満・・・・・・75人
- 50万人以上100万人未満・・・・・・150人
- 100万人以上・・・・・・・・・・・・300人

審査会資料の変更点

- ① 認定調査項目の見直し(82項目→74項目)
- ② 認定調査項目の群分けの再編(7群→5群)
- ③ 認知症高齢者自立度Ⅱ以上の蓋然性(%)の表示
- ④ 状態の安定性の推計結果の表示
- ⑤ 中間評価項目得点表の見直し
- ⑥ 日常生活自立度の組み合わせの削除
- ⑦ 要介護度変更の指標の削除
- ⑧ 要介護認定等基準時間の帯グラフ表示の導入

現行の審査会資料(見本)

取扱注意

介護認定審査会資料

平成20年11月20日 作成
平成19年 8月20日 申請
平成19年 8月27日 調査
平成20年11月20日 審査

合議体番号： 000077 No. 1

被保険者区分： 第1号被保険者 年齢： 84歳 性別： 女
申請区分： 新規申請 前回要介護度： なし

現在の状況： 居宅（施設利用なし）
前回認定有効期間： 月間

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)

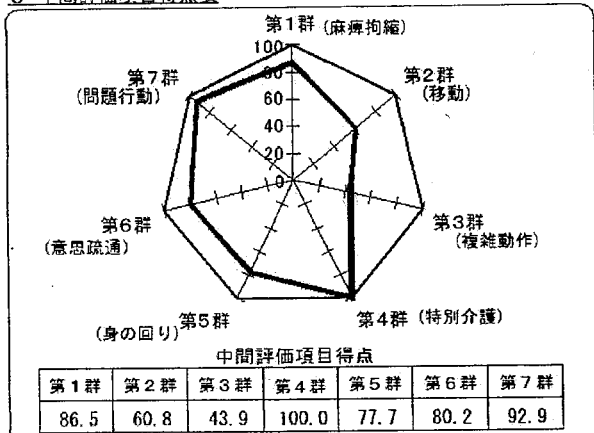
一次判定結果： 要介護1相当

要介護認定等基準時間： 33.9分

食事	排泄	移動	清潔保持	間接	問題行動	機能訓練	医療関連
0.7分	0.5分	1.0分	8.6分	7.3分	4.3分	2.4分	9.1分

警告コード：

3 中間評価項目得点表



4 日常生活自立度の組み合わせ

障害高齢者自立度： A1 認知症高齢者自立度： I

自立	要支援1	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
0%	10%	60%	20%	10%	0%	0%

5 認知機能・応用の程度の評価結果(維持・改善可能性の審査判定で使用)

認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果 [I] 主治医意見書 [II a]

「認知症高齢者の日常生活自立度」の蓋然性評価

A	B	C	D
			○

※「認知症高齢者の日常生活自立度」が「自立～I」の蓋然性が
A: 75%以上 B: 50%以上75%未満
C: 25%以上50%未満 D: 25%未満

認定調査結果(応用の程度に関する調査項目)

歩行	つかまれば可
移動	自立
日中の生活	座っていることが多い
外出頻度	週1回以上
環境・参加の状況等の変化	ない

認知機能・応用の程度から推定される給付区分

予防給付相当 介護給付相当

6 現在のサービス利用状況(なし)

2 認定調査項目

調査結果	○	●	前回結果
第1群 1 麻痺 (左-上肢) (右-上肢) (左-下肢) (右-下肢) (その他)	ある ある		-
2 拘縮 (肩関節) (肘関節) (股関節) (膝関節) (足関節) (その他)			-
第2群 1 寝返り (移動) 2 起き上がり 3 座位保持 4 両足での立位 5 歩行 6 移乗 7 移動	つかまれば可 つかまれば可 自分で支えれば可 つかまれば可		-
第3群 1 立ち上がり (複雑動作) 2 片足での立位 3 洗身	つかまれば可 支えが必要		-
第4群 1 じよくそつ (特別介護) 2 皮膚疾患 3 えん下 4 食事摂取 5 飲水 6 排尿			-
第5群 1 7 口腔清潔 (身の回り) 1 洗髪 2 洗髪 3 つめ切り 4 上着の着脱 5 スポン等の着脱 6 衣の内服 7 金銭の管理 8 電話の利用 9 日常の意思決定		一部介助 一部介助 一部介助 特別な場合以外可	-
第6群 1 視力 (意思疎通) 2 聴力 3 意思の伝達 4 指示への反応 5 毎日の日課を理解 6 生年月日をいう 7 短期記憶 8 自分の名前をいう 9 今の季節を理解 10 場所を理解	やっと聞える ときどき通じる		-
第7群 7 被害的 (問題行動) 1 作話 2 幻視幻聴 3 感情が不安定 4 尿意逆転 5 暴言暴行 6 同じ話を繰り返す 7 大声を出す 8 介護に抵抗 9 常時の徘徊 10 落ち着きなし 11 外出して戻れない 12 一人で出たがる 13 収集癖 14 火の不始末 15 物や衣類を落とす 16 不潔行為 17 異食行動 18 ひどい物忘れ	ときどきある ときどきある ある		-

<特別な医療>

点滴の管理	気管切開の処置
中心静脈栄養	疼痛の看護
透析	経管栄養
ストーマの処置	モニター測定
酸素療法	じよくそつの処置
レスピレーター	カテーテル

モデル事業用審査会資料(見本)

平成20年11月20日 作成
 平成19年 8月20日 申請
 平成19年 8月27日 調査
 平成20年11月20日 審査

取扱注意

介護認定審査会資料

台帳番号: 000686 No

被保険者区分: 第1号被保険者 年齢: 84歳 性別: 女
 申請区分: 新規申請 前回要介護度: なし

現在の状況: 居宅(施設利用なし)
 前回認定有効期間: 月間

1 一次判定結果
 (この分数は、実際のケア時間を示すものではない)

一次判定結果: 要介護1
 要介護認定基準時間: 36.9分 + 0.0分 = 36.9分

25 32 50 70 90 110 (分)

食事	排泄	移動	清潔保持	間接	間接行動	機能訓練	介護	認知症加算
4.8	0.9	1.7	7.7	10.3	3.0	3.0	4.5	0.0

番号コード

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
34.4	100.0	100.0	78.6	54.9

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度: A1
 認知症高齢者自立度: I

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
 認定調査結果: I
 主治医意見書: IIa
 認知症自立度II以上の重篤性: 69.0%
 状態の安定性: 安定
 給付区分: 介護給付

6 現在のサービス利用状況(なし)

現在のサービス利用状況(なし)

2 認定審査項目

審査項目	調査結果	前回結果
第1群 基本動作・起居動作機能の評価		
1 歩行(右-上肢) (右-上肢) (左-上肢) (右-下肢) (左-下肢) その他)	ある ある	-
2 両脚(肩関節) (肘関節) (腕関節) その他)		-
3 膝より	つかまれば可	-
4 股関節より	つかまれば可	-
5 歩行保持	自分では出来れば可	-
6 歩行中の足杖		-
7 歩行	つかまれば可	-
8 肩より	つかまれば可	-
9 片足での足杖	支えが必要	-
10 歩行		-
11 つめ切り		-
12 握力		-
13 握力	やつと覚える	-
第2群 生活機能(ADL・IADL)の評価		
1 移動		-
2 移動		-
3 服薬		-
4 食事摂取		-
5 排便		-
6 排便		-
7 口腔清潔		-
8 洗濯		-
9 掃除		-
10 衣類の整理		-
11 スパシ等の整理		-
12 外出準備		-
第3群 認知機能(記憶・意思疎通)の評価		
1 家庭の住所		-
2 現在の日曜を説明		-
3 生年月日をいう		-
4 後期記憶		-
5 自分の名前をいう		-
6 今の季節を説明		-
7 場所の説明		-
8 家族の名称		-
9 外出して買物しない		-
第4群 社会的行動の評価		
1 被害的	とまどきある	-
2 作 坊		-
3 感情が不安定		-
4 暴言暴行	とまどきある	-
5 人に話をする		-
6 大声を出す		-
7 介護に反抗		-
8 歩行速度が速い		-
9 一人で出かける		-
10 攻撃的		-
11 物を盗竊をする		-
12 何となく物忘れ	ある	-
13 独り言・独り笑い		-
14 自分勝手に行動する		-
15 話がまとまらない		-
第5群 社会生活適応に関する評価		
1 車の内装	一部介助	-
2 金銭の管理	一部介助	-
3 日常の意思決定	特殊な場合以外可	-
4 車道歩行が得意でない		-
5 買い物	一部介助	-
6 簡単な調理	一部介助	-

(特別な医療)

占領の管理	車庫切替の管理
中心給食栄養	歩道の管理
送付	居宅学習
ストーリーでの介護	モニタリング
職能療法	じよくそうの管理
レスピレーター	カーサール

《モデル事業データ分析結果》

年齢階級別集計

年齢階級	報告件数	構成比率	性別		
			男性	女性	性別不明
～65	929	3.01%	510	419	0
65～69	1,629	5.29%	804	825	0
70～74	3,171	10.29%	1,346	1,825	0
75～79	5,971	19.38%	2,132	3,839	0
80～84	7,992	25.93%	2,459	5,533	0
85～89	6,634	21.53%	1,644	4,990	0
90～94	3,407	11.06%	819	2,588	0
95～99	968	3.14%	203	765	0
100～	116	0.38%	16	100	0
合計	30,817	100%	9,933	20,884	0
構成比率			32.23%	67.77%	0.00%

報告市町村等数: 1626

年齢階級	モデル事業による一次判定結果								
	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	その他
～65	24	144	155	181	155	102	91	77	0
65～69	58	345	299	323	228	144	146	86	0
70～74	86	772	609	628	393	246	275	162	0
75～79	167	1,716	1,043	1,284	662	419	430	250	0
80～84	225	2,235	1,348	1,807	874	619	612	272	0
85～89	154	1,524	1,005	1,707	815	588	545	296	0
90～94	55	520	410	851	475	417	432	247	0
95～99	3	86	62	197	162	156	201	101	0
100～	0	1	4	15	18	37	19	22	0
合計	772	7,343	4,935	6,993	3,782	2,728	2,751	1,513	0
構成比率	2.51%	23.83%	16.01%	22.69%	12.27%	8.85%	8.93%	4.91%	0.00%

年齢階級	モデル事業による二次判定結果								
	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	その他
～65	16	118	170	174	162	121	84	82	2
65～69	36	321	291	333	254	167	133	94	0
70～74	80	700	585	609	479	307	236	171	4
75～79	117	1,588	1,091	1,224	757	532	354	295	13
80～84	154	2,050	1,456	1,688	1,038	762	517	322	5
85～89	82	1,391	1,140	1,504	970	687	516	339	5
90～94	23	455	470	748	552	454	402	302	1
95～99	0	60	93	167	166	176	180	125	1
100～	0	3	2	14	19	35	20	23	0
合計	508	6,686	5,298	6,461	4,397	3,241	2,442	1,753	31
構成比率	1.65%	21.70%	17.19%	20.97%	14.27%	10.52%	7.92%	5.69%	0.10%

《モデル事業データ分析結果》

① 現行の審査判定による重軽度変更率（全国、都道府県別）

都道府県	二次判定結果 - 一次判定結果			データ件数			対象件数
	軽度変更	変更なし	重度変更	軽度変更 件数	変更なし 件数	重度変更 件数	
北海道	9.9%	64.7%	25.4%	149	975	383	1,507
青森県	11.6%	71.5%	16.9%	48	296	70	414
岩手県	5.2%	70.9%	23.8%	18	244	82	344
宮城県	4.3%	64.0%	31.7%	22	329	163	514
秋田県	5.4%	67.9%	26.6%	17	212	83	312
山形県	6.9%	69.1%	24.0%	24	242	84	350
福島県	5.6%	70.6%	23.8%	39	490	165	694
茨城県	7.4%	70.6%	21.9%	55	522	162	739
栃木県	6.6%	70.1%	23.3%	35	373	124	532
群馬県	7.0%	69.6%	23.3%	41	406	136	583
埼玉県	6.9%	68.0%	25.1%	95	942	348	1,385
千葉県	6.0%	72.9%	21.1%	72	870	252	1,194
東京都	5.2%	68.8%	26.0%	132	1,759	664	2,555
神奈川県	7.4%	70.0%	22.6%	132	1,248	404	1,784
新潟県	8.8%	68.6%	22.6%	50	389	128	567
富山県	8.1%	69.7%	22.1%	22	189	60	271
石川県	8.9%	74.3%	16.8%	27	226	51	304
福井県	3.0%	83.0%	14.0%	8	220	37	265
山梨県	5.4%	78.8%	15.8%	10	145	29	184
長野県	6.0%	71.1%	23.0%	38	452	146	636
岐阜県	9.7%	67.6%	22.7%	57	396	133	586
静岡県	5.4%	73.6%	21.0%	46	631	180	857
愛知県	7.8%	70.8%	21.4%	127	1,154	349	1,630
三重県	5.7%	71.0%	23.3%	34	423	139	596
滋賀県	7.8%	68.9%	23.2%	32	282	95	409
京都府	7.9%	70.5%	21.6%	29	258	79	366
大阪府	5.4%	79.0%	15.6%	130	1,906	377	2,413
兵庫県	11.0%	68.1%	20.9%	146	902	277	1,325
奈良県	7.3%	80.8%	11.9%	27	298	44	369
和歌山県	11.6%	63.1%	25.3%	28	152	61	241
鳥取県	13.3%	56.3%	30.4%	18	76	41	135
島根県	6.7%	70.0%	23.3%	15	156	52	223
岡山県	6.9%	74.2%	18.9%	31	334	85	450
広島県	7.1%	67.9%	15.0%	133	530	117	780
山口県	11.1%	61.3%	27.6%	46	253	114	413
徳島県	11.2%	70.7%	18.1%	24	152	39	215
香川県	8.6%	71.0%	20.4%	16	132	38	186
愛媛県	10.8%	56.3%	32.9%	46	240	140	426
高知県	7.0%	71.6%	21.4%	18	184	55	257
福岡県	5.4%	74.1%	20.4%	54	740	204	998
佐賀県	7.4%	68.6%	24.0%	17	157	55	229
長崎県	7.1%	67.2%	25.7%	21	199	76	296
熊本県	5.9%	68.8%	25.3%	30	348	128	506
大分県	6.9%	80.1%	13.0%	37	432	70	539
宮崎県	12.5%	65.8%	21.7%	39	206	68	313
鹿児島県	9.4%	69.2%	21.4%	51	375	116	542
沖縄県	3.4%	80.4%	16.2%	12	283	57	352
全国平均	7.8%	70.2%	22.0%	2,298	21,728	6,760	30,786
標準偏差	2.7	5.4	4.4				

② モデル事業の審査判定による軽重度変更率（全国、都道府県別）

都道府県	二次判定結果 - 一次判定結果			データ件数			対象件数
	軽度変更	変更なし	重度変更	変更件数(軽度)	変更なし	変更件数(重度)	
北海道	5.6%	78.3%	16.0%	85	1,181	242	1,508
青森県	7.7%	81.9%	10.4%	32	339	43	414
岩手県	2.6%	77.6%	19.8%	9	267	68	344
宮城県	0.8%	82.7%	16.5%	4	425	85	514
秋田県	5.1%	79.8%	15.1%	16	249	47	312
山形県	2.9%	80.0%	17.1%	10	280	60	350
福島県	4.6%	82.7%	12.7%	32	574	88	694
茨城県	3.0%	83.4%	13.6%	22	617	101	740
栃木県	4.3%	81.0%	14.7%	23	431	78	532
群馬県	3.8%	81.8%	14.4%	22	478	84	584
埼玉県	5.1%	79.6%	15.3%	70	1,103	212	1,385
千葉県	2.5%	83.6%	13.9%	30	998	166	1,194
東京都	3.1%	79.1%	17.8%	80	2,022	455	2,557
神奈川県	4.1%	81.3%	14.6%	74	1,451	260	1,785
新潟県	6.0%	80.8%	13.2%	34	458	75	567
富山県	3.0%	75.3%	21.8%	8	204	59	271
石川県	5.9%	82.9%	11.2%	18	252	34	304
福井県	1.9%	84.5%	13.6%	5	224	36	265
山梨県	2.7%	87.5%	9.8%	5	161	18	184
長野県	4.1%	80.5%	15.4%	26	512	98	636
岐阜県	5.6%	84.1%	10.2%	33	493	60	586
静岡県	5.7%	83.4%	10.9%	49	716	94	859
愛知県	5.2%	81.8%	13.0%	84	1,334	212	1,630
三重県	2.7%	83.1%	14.3%	16	495	85	596
滋賀県	6.3%	80.3%	13.4%	26	330	55	411
京都府	4.9%	84.4%	10.7%	18	309	39	366
大阪府	3.2%	84.5%	12.3%	78	2,030	295	2,403
兵庫県	8.3%	81.4%	10.3%	110	1,079	136	1,325
奈良県	7.8%	85.1%	7.0%	29	315	26	370
和歌山県	6.2%	80.5%	13.3%	15	194	32	241
鳥取県	10.4%	77.0%	12.6%	14	104	17	135
島根県	2.2%	83.4%	14.3%	5	186	32	223
岡山県	2.4%	89.1%	8.4%	11	401	38	450
広島県	7.1%	81.4%	11.5%	55	635	90	780
山口県	3.6%	80.4%	16.0%	15	332	66	413
徳島県	3.7%	86.5%	9.8%	8	186	21	215
香川県	3.8%	83.3%	12.9%	7	155	24	186
愛媛県	5.2%	80.3%	14.6%	22	342	62	426
高知県	7.4%	82.5%	10.1%	19	212	26	257
福岡県	8.0%	80.8%	11.2%	80	809	112	1,001
佐賀県	8.4%	79.6%	12.0%	19	179	27	225
長崎県	6.8%	79.4%	13.9%	20	235	41	296
熊本県	3.2%	81.2%	15.6%	16	411	79	506
大分県	5.6%	84.9%	9.5%	30	457	51	538
宮崎県	11.2%	73.5%	15.3%	35	230	48	313
鹿児島県	7.0%	76.8%	16.2%	38	417	88	543
沖縄県	4.0%	87.2%	8.8%	14	307	31	352
全国平均	5.0%	81.7%	13.3%	1,471	25,119	4,196	30,786
標準偏差	2.2	3.0	2.9				

《モデル事業データ分析結果》

現行とモデル事業の二次判定結果の要支援2／要介護1の比率の比較

① 現行の二次判定結果の要支援2／要介護1の比率比較（都道府県別）

都道府県	現行の二次判定結果			
	要支援2		要介護1	
	件数	比率	件数	比率
北海道	349	53.5%	303	46.5%
青森県	55	42.6%	74	57.4%
岩手県	42	32.8%	86	67.2%
宮城県	83	44.1%	105	55.9%
秋田県	58	41.7%	81	58.3%
山形県	71	46.4%	82	53.6%
福島県	165	56.3%	128	43.7%
茨城県	120	42.1%	165	57.9%
栃木県	102	52.0%	94	48.0%
群馬県	135	51.9%	125	48.1%
埼玉県	232	43.0%	307	57.0%
千葉県	283	54.2%	239	45.8%
東京都	511	49.0%	532	51.0%
神奈川県	406	56.0%	319	44.0%
新潟県	111	50.2%	110	49.8%
富山県	37	40.2%	55	59.8%
石川県	82	59.4%	56	40.6%
福井県	49	51.0%	47	49.0%
山梨県	25	39.7%	38	60.3%
長野県	100	42.4%	136	57.6%
岐阜県	105	52.2%	96	47.8%
静岡県	149	44.9%	183	55.1%
愛知県	350	54.0%	298	46.0%
三重県	140	58.3%	100	41.7%
滋賀県	92	50.8%	89	49.2%
京都府	69	50.4%	68	49.6%
大阪府	599	61.0%	383	39.0%
兵庫県	244	51.4%	231	48.6%
奈良県	92	69.2%	41	30.8%
和歌山県	59	59.6%	40	40.4%
鳥取県	27	47.4%	30	52.6%
島根県	48	51.1%	46	48.9%
岡山県	110	57.6%	81	42.4%
広島県	170	52.0%	157	48.0%
山口県	79	48.8%	83	51.2%
徳島県	48	54.5%	40	45.5%
香川県	27	47.4%	30	52.6%
愛媛県	88	46.3%	102	53.7%
高知県	37	45.1%	45	54.9%
福岡県	229	53.5%	199	46.5%
佐賀県	34	41.5%	48	58.5%
長崎県	54	41.9%	75	58.1%
熊本県	100	53.5%	87	46.5%
大分県	131	56.0%	103	44.0%
宮崎県	75	52.4%	68	47.6%
鹿児島県	90	43.1%	119	56.9%
沖縄県	70	52.2%	64	47.8%
合計	6,332		5,988	
全国平均		51.4%		48.6%
標準偏差		6.7		6.7

《モデル事業データ分析結果》

現行とモデル事業の二次判定結果の要支援2／要介護1の比率の比較

② モデル事業の二次判定結果の要支援2／要介護1の比率比較（都道府県別）

都道府県	モデル事業の二次判定結果			
	要支援2		要介護1	
	件数	比率	件数	比率
北海道	272	44.4%	341	55.6%
青森県	58	36.7%	100	63.3%
岩手県	48	40.3%	71	59.7%
宮城県	66	32.4%	138	67.6%
秋田県	41	32.0%	87	68.0%
山形県	47	34.1%	91	65.9%
福島県	124	45.8%	147	54.2%
茨城県	106	36.6%	184	63.4%
栃木県	105	51.0%	101	49.0%
群馬県	94	41.0%	135	59.0%
埼玉県	217	42.0%	300	58.0%
千葉県	214	43.6%	277	56.4%
東京都	447	45.5%	535	54.5%
神奈川県	312	46.8%	355	53.2%
新潟県	96	43.4%	125	56.6%
富山県	30	34.9%	56	65.1%
石川県	52	44.1%	66	55.9%
福井県	45	45.9%	53	54.1%
山梨県	17	25.8%	49	74.2%
長野県	98	41.5%	138	58.5%
岐阜県	92	46.9%	104	53.1%
静岡県	126	40.4%	186	59.6%
愛知県	266	44.6%	331	55.4%
三重県	108	48.2%	116	51.8%
滋賀県	77	47.5%	85	52.5%
京都府	58	43.0%	77	57.0%
大阪府	484	56.2%	377	43.8%
兵庫県	231	49.1%	239	50.9%
奈良県	76	58.9%	53	41.1%
和歌山県	57	58.2%	41	41.8%
鳥取県	19	33.3%	38	66.7%
島根県	45	47.9%	49	52.1%
岡山県	82	47.4%	91	52.6%
広島県	153	47.5%	169	52.5%
山口県	62	43.1%	82	56.9%
徳島県	45	51.1%	43	48.9%
香川県	26	44.8%	32	55.2%
愛媛県	73	40.1%	109	59.9%
高知県	36	38.7%	57	61.3%
福岡県	183	43.3%	240	56.7%
佐賀県	34	42.5%	46	57.5%
長崎県	59	47.6%	65	52.4%
熊本県	98	48.8%	103	51.2%
大分県	119	50.6%	116	49.4%
宮崎県	65	45.5%	78	54.5%
鹿児島県	82	39.6%	125	60.4%
沖縄県	53	46.9%	60	53.1%
合計	5,298		6,461	
全国平均		45.1%		54.9%
標準偏差		6.5		6.5

現行制度とモデル事業の一次判定による判定結果の比較

現行制度とモデル事業の一次判定による各要介護(要支援)状態区分の出現状況

	非該当	要支援1	要介護1相当 (要支援2および 要介護1)	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
現行制度	4.8%	21.8%	39.3%	12.1%	9.2%	6.8%	6.1%
モデル事業	2.5%	23.8%	38.7%	12.3%	8.9%	8.9%	4.9%

現行制度とモデル事業の一次判定による各要介護(要支援)状態区分の一致率等

	件数	比率
一致	17,764	57.6%
一次判定(現行)→一次判定(モデル事業) 軽度の判定	6,088	19.8%
一次判定(現行)→一次判定(モデル事業) 重度の判定	6,965	22.6%
計	30,817	100.0%

現行制度とモデル事業の二次判定による判定結果の比較

現行制度とモデル事業の二次判定による各要介護(要支援)状態区分の出現状況

	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
現行制度	1.5%	19.4%	20.6%	19.5%	14.4%	11.5%	7.3%	6.0%
モデル事業	1.7%	21.7%	17.2%	21.0%	14.3%	10.5%	7.9%	5.7%

現行制度とモデル事業の二次判定による各要介護(要支援)状態区分の一致率等

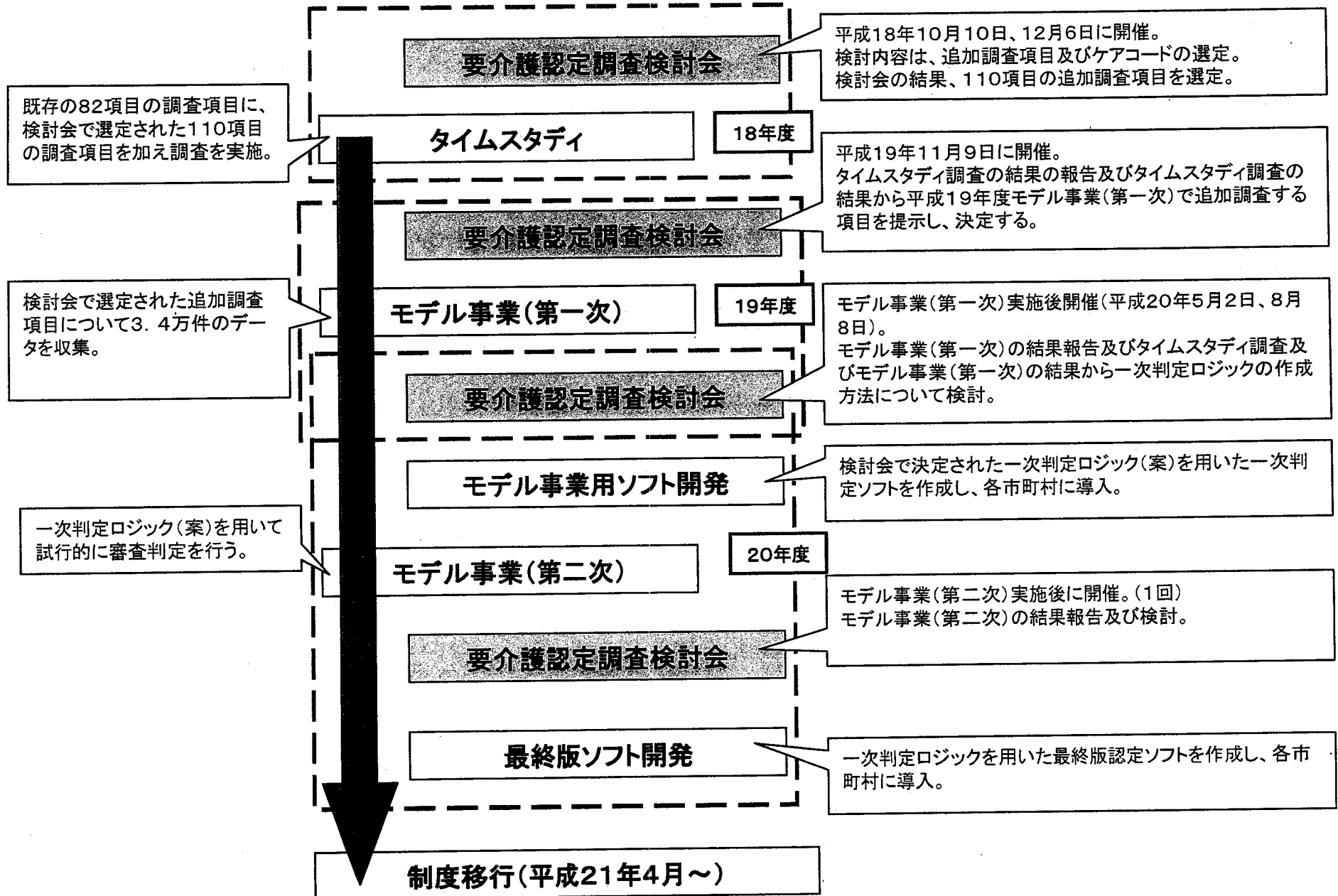
	件数	比率
一致	19,442	63.2%
二次判定(現行)→二次判定(モデル事業) 軽度の判定	6,189	20.1%
二次判定(現行)→二次判定(モデル事業) 重度の判定	5,139	16.7%
計	30,770	100.0%

要介護認定モデル事業(第二次)の結果の概要

- ・ 二次判定による重度変更、軽度変更ともに全国での平準化が図られた。
- ・ 要支援2、要介護1の全国での出現比率のバラツキは若干の改善が見られた。
- ・ 現行及びモデル事業の一次判定において判定が一致した割合は57.6%、モデル事業の方が現行の判定より重度に判定される割合は22.6%、軽度に判定される割合は19.8%であった。
- ・ 現行及びモデル事業の二次判定において判定が一致した割合は63.2%、モデル事業の方が現行の判定より重度に判定される割合は16.7%、軽度に判定される割合は20.1%であった。
- ・ 全国における各要介護(要支援)状態区分の出現割合については、一次判定、二次判定ともにほぼ現行の審査判定と同等であると考えられる。

今後、今回の検討内容を基にバグの修正等を含めソフトウェアの改修を行い、平成21年度のソフト導入をすすめたい。

要介護認定一次判定ロジック(樹形図)変更の流れ



今後の予定

- マニュアルの配布(12月ー1月)
- 新認定ソフト配布(1月中旬)
- 平成21年3月で有効期間が満了する者の更新申請の受付開始(有効期間満了日の60日前から)
- 平成21年4月全面施行

介護報酬見直しに係る提言事項

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. 給与水準の現状比較

性別・産業別 給与額比較、差額

【表1】

産業別	性別	年齢	きまって支給する		年間賞与 その他	計 (年収)	全産業との差 額(年収)
			現金 給与額	所定内 給与額			
		歳	千円	千円	千円	千円	千円
全産業	男性	41.9	372.4	336.7	1,078.4	5,547.2	—
	女性	39.2	241.7	225.2	568.4	3,468.8	—
ホームヘルパー	男性	36.7	239.3	214.7	206.3	3,077.9	△ 2,469.3
	女性	45.3	207.4	194.0	304.8	2,793.6	△ 675.2
福祉施設 介護職員	男性	32.6	225.9	213.6	514.2	3,225.0	△ 2,322.2
	女性	37.4	204.4	193.7	446.8	2,899.6	△ 569

資料出所：厚生労働省平成19年度賃金構造基本統計調査より抜粋

性別・常勤／非常勤別 年間給与額比較、差額

【表2】

(単位：千円)

		性別	給与額	賞与額	年収	全産業との 年収乖離額	年収 増減率
全産業	常勤	男	372.4	1,078.4	5,547.2		
		女	241.7	568.4	3,468.8		
	非常勤	男	336.7		4,040.4		
		女	225.2		2,702.4		
ホームヘルパー	常勤	男	239.3	206.3	3,077.9	△ 2,469	-80%
		女	207.4	304.8	2,793.6	△ 675	-24%
	非常勤	男	214.7		2,576.4	△ 1,464	-57%
		女	194.0		2,328.0	△ 374	-16%
福祉施設 介護職員	常勤	男	225.9	514.2	3,225.0	△ 2,322	-72%
		女	204.4	446.8	2,899.6	△ 569	-20%
	非常勤	男	213.6		2,563.2	△ 1,477	-58%
		女	193.7		2,324.4	△ 378	-16%

資料出所：厚生労働省平成19年度「賃金構造基本統計調査」より数値を引用

※全産業との給与額比較については、平均年齢・勤続年数等の違いによる差も考慮する必要がある。

職種別従業員数（就業形態別、勤務形態別）

【表 3】

(単位: %)

	職種別従業員数合計				就業形態別従業員数							
					正社員			非正社員				
	人数	(男)	(女)	(不明)	計	(男)	(女)	計	(男)	(女)	(不明)	
訪問介護員	36,801	5.7	90.8	3.5	17.9	18.5	81.5	81.4	2.8	92.9	4.3	
介護職員	46,857	21	77.7	1.3	56.5	28.0	72.0	42.8	11.7	85.4	3.0	

資料出所: (財)介護労働安定センター「介護労働実態調査(平成19年度)」

上記の表3の就業形態別従業員数、比率を基にサービス全体の年収を試算比較した。

年収ベース

【表 4】

(単位: 千円)

			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
			現在の年収	全産業年収	全産業年収との乖離 (②-①)	③のアップ率	見直すべき年収 増加額(60%) (③×60%)	見直した額を60% とした場合の年収 (①+⑤)	⑤のアップ率
訪問 介護	常勤	男	3,077.9	5,547.2	2,469.3	80.2%	1,481.6	4,559.5	48.1%
		女	2,793.6	3,468.8	675.2	24.2%	405.1	3,198.7	14.5%
	非常勤	男	2,576.4	4,040.4	1,464.0	56.8%	878.4	3,454.8	34.1%
		女	2,328.0	2,702.4	374.4	16.1%	224.6	2,552.6	9.6%
その他 サービス	常勤	男	3,225.0	5,547.2	2,322.2	72.0%	1,393.3	4,618.3	43.2%
		女	2,899.6	3,468.8	569.2	19.6%	341.5	3,241.1	11.8%
	非常勤	男	2,563.2	4,040.4	1,477.2	57.6%	886.3	3,449.5	34.6%
		女	2,324.4	2,702.4	378.0	16.3%	226.8	2,551.2	9.8%

			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
			現在の年収	全産業年収	全産業年収との乖離 (②-①)	③のアップ率	見直すべき年収 増加額(60%) (③×60%)	見直した額を60% とした場合の年収 (①+⑤)	⑤のアップ率
訪問介護平均			2,413.6	3,068.4	654.9	27.1%	392.9	2,806.5	16.3%
その他サービス平均			2,758.1	3,641.4	883.3	32.0%	530.0	3,288.0	19.2%
総平均 (介護費比率にて算出)			2,724.0	3,584.6	860.7	31.5%	516.4	3,240.4	19.0%

資料出所: 平成19年度賃金構造基本台帳統計調査、平成19年度介護サービス施設・事業所調査

全産業の年収比較より、その半分強(60%)の改善をした場合の年収とアップ率は上記の表となる。

※全産業並みの年収確保はすぐには無理ながらも、まずはその半分強(6割程度)の処遇改善のためには 上記⑤の年収、金額の引き上げが必要となる。⑦はそのアップ率である。

上記の表4を月額給与に換算したものが下表である。

月収ベース（賞与含む）

【表5】

(単位:千円)

			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
			現状の月額給与	全産業月額給与	全産業月額との乖離 (②-①)	③のアップ率	見直すべき月額増加額(60%) (③×60%)	見直した額を60%とした場合の月額 (①+⑤)	⑤のアップ率
訪問介護	常勤	男	256.5	462.3	205.8	80.2%	123.5	380.0	48.1%
		女	232.8	289.1	56.3	24.2%	33.8	266.6	14.5%
	非常勤	男	214.7	336.7	122.0	56.8%	73.2	287.9	34.1%
		女	194.0	225.2	31.2	16.1%	18.7	212.7	9.6%
その他サービス	常勤	男	268.8	462.3	193.5	72.0%	116.1	384.9	43.2%
		女	241.6	289.1	47.4	19.6%	28.5	270.1	11.8%
	非常勤	男	213.6	336.7	123.1	57.6%	73.9	287.5	34.6%
		女	193.7	225.2	31.5	16.3%	18.9	212.6	9.8%

			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
			現状の月額給与	全産業月額給与	全産業月額との乖離 (②-①)	③のアップ率	見直すべき月額増加額(60%) (③×60%)	見直した額を60%とした場合の月額 (①+⑤)	⑤のアップ率
訪問介護平均			201.1	255.7	54.6	27.1%	32.7	233.9	16.3%
その他サービス平均			229.8	303.4	73.6	32.0%	44.2	274.0	19.2%
総平均			227.0	298.7	71.7	31.5%	43.0	270.0	19.0%

資料出所:平成19年度賃金構造基本台帳統計調査、平成19年度介護サービス施設・事業所調査

経営実態調査で明らかになった現状の訪問介護事業の収支差・給与比をベースに試算した。

上段:全産業平均賃金まで処遇改善。(人材確保に主眼を置く場合は、他産業と同等である必要がある)

下段:全産業平均賃金との差の半分強(60%)処遇改善。

【表6】

	①	②	③		④ (②×-③)	⑤ (①+④)	⑥	⑦ (⑥-⑤)
	収支差率 (現状)	給与比 (現状)	処遇改善率	処遇改善額	収支差悪化率	処遇改善後の収支差率	全産業と同率の収支差率	処遇改善に必要な生産増加率
訪問介護	0.7%	81.5%	27.1%	¥54,600	-22.1%	-21.4%	3.5%	24.9%
訪問介護	0.7%	81.5%	16.3%	¥32,700	-13.3%	-12.6%	3.5%	16.1%

⑥については、平成19年度年次別法人企業統計調査(平成20年9月5日財務省発表)による第3表「売上高利益率の推移」より、売上高経常利益率の直近(平成17~19年)のサービス業平均3.5%を用いた。

■課題

訪問介護事業はサービス提供時間のケア集中、一対一の非効率的なサービス等、特殊性もあり、正社員比率は非常に低い。一定数の正社員を雇用できる環境まで給与水準、介護報酬を引き上げることが急務である。

■結果

- ・介護サービス事業の質を確保し、更にはその向上を目指すとともに、事業運営の効率化を推進することは極めて重要である。その基本は人材の確保である。
- ・人材を確保するため、訪問介護事業において、全産業との給与乖離を将来的にせめて半分強(60%の改善目標・32.7千円)としても16.1%と大きな開きがある。
- ・超高齢社会を支える為に、制度の持続性を維持、推進しながら、そこに従事する職員が安心して、結婚や子育て等のライフプラン(生涯設計)が可能となる改善が必要で、安定的経営と従事者の処遇・環境を作るためには【表6】下段の⑥⑦に示した水準を出来得る限り早期に実現するとともに、質の向上を図りつつ規制緩和や事業者の経営努力を併せて進めなければならない。

2. 現行の介護報酬における地域区分の人件費率の見直しについて

今回の平成20年介護事業経営実態調査結果の人件費率(表6の②)を考慮して、

訪問系サービスを人件費率80%、通所・居住・施設系サービスの人件費率60%とすべきと考える。

訪問系サービス：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリ、居宅介護支援等(介護予防を含む)