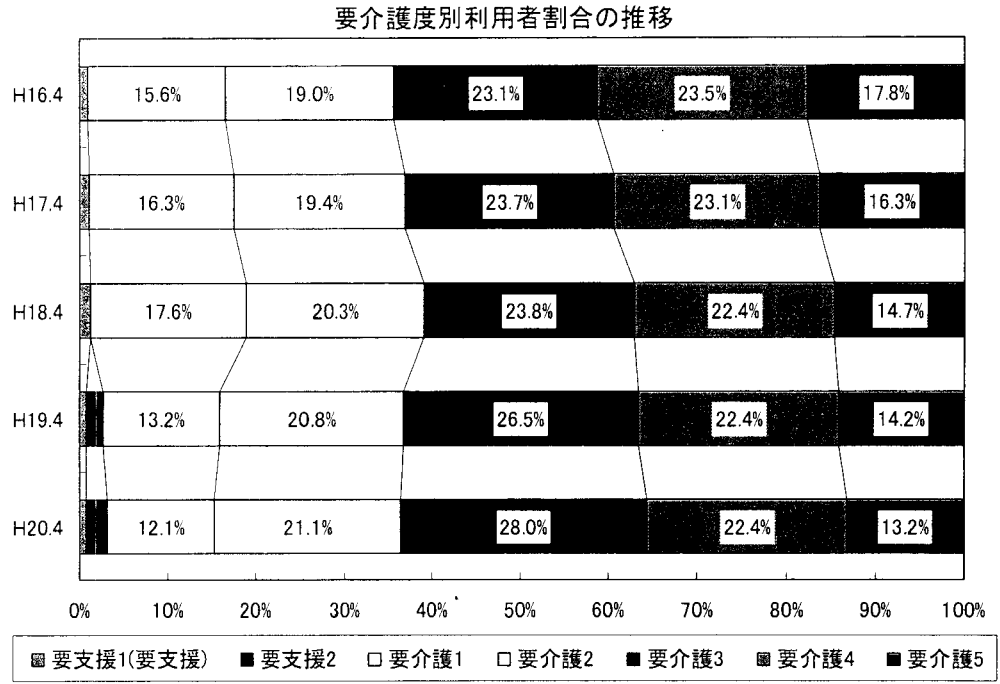
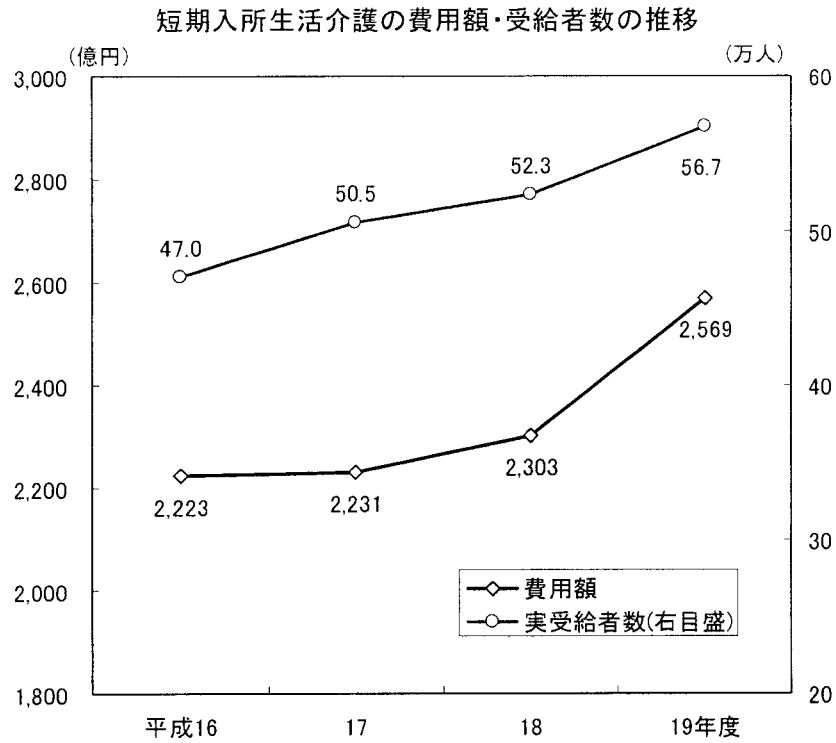


短期入所生活介護について

I 短期入所生活介護の現状と課題

- 【短期入所生活介護の状況①】**
- 短期入所生活介護(予防含む)の費用額(平成19年度)は2,569億円であり、このところ費用額が伸びており、受給者数も同様に伸びている。
 - 要介護度別の受給者割合を見ると、特に要介護3の割合が高まっており、平均要介護度は3程度で推移している。



平均要介護度の推移

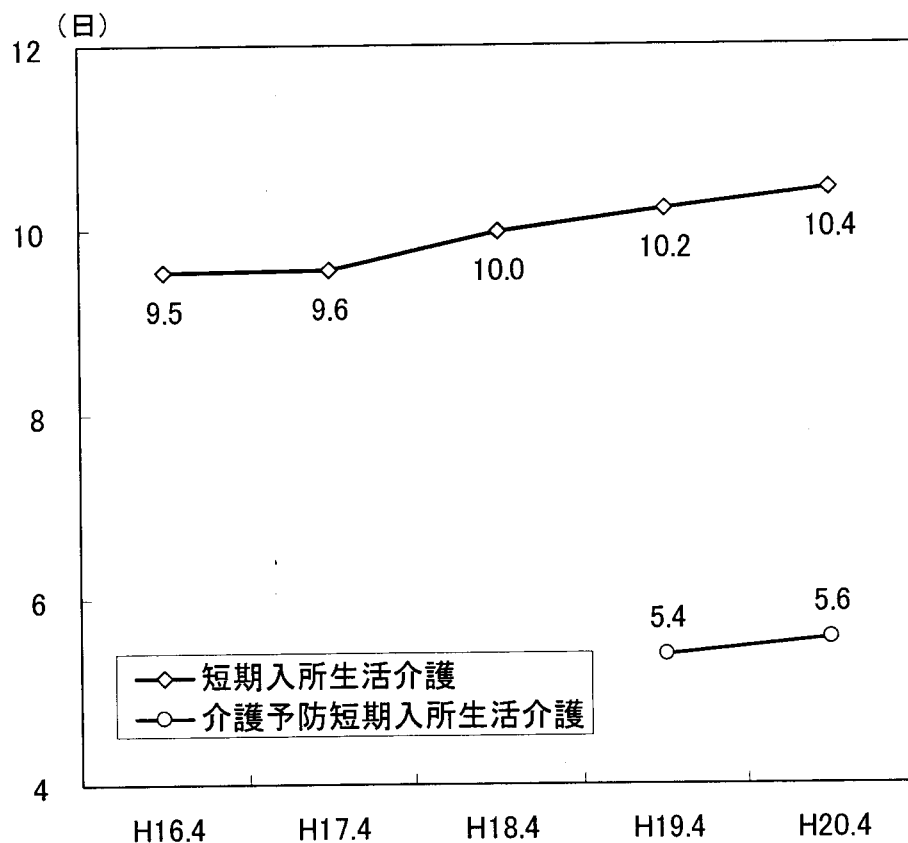
年度	H16.4	H17.4	H18.4	H19.4	H20.4
平均要介護度	3.09	3.04	2.96	3.03	3.03

(資料出所) いずれも厚生労働省「介護給付費実態調査」

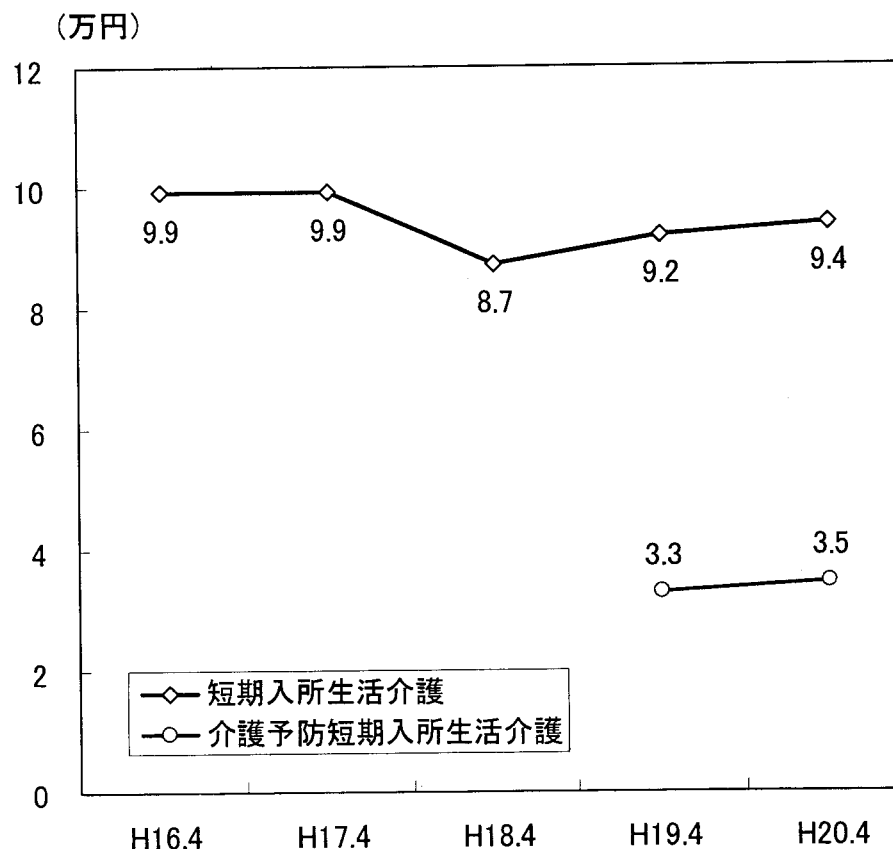
【短期入所生活介護の状況②】

- 受給者1人当たりの実日数の推移を見ると、このところ緩やかに増加をしている。
- 一方、受給者1人当たりの平均費用額は、食費・居住費の見直しの影響で平成18年に減少したが、その後は、緩やかな増加に転じている。

受給者1人当たり実日数の推移



受給者1人当たり平均費用額の推移

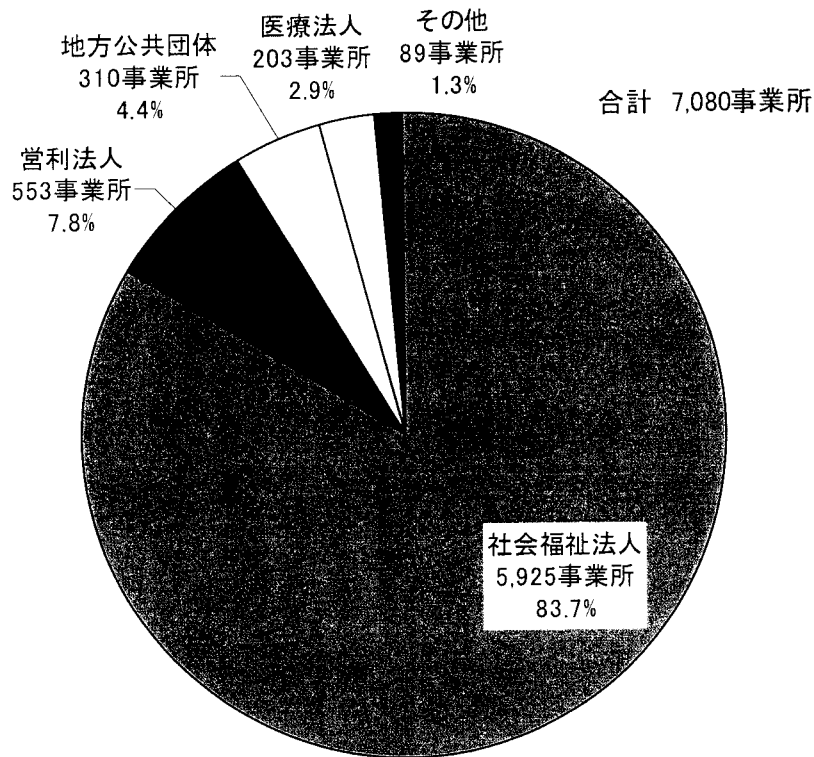


(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成。
注) 審査月。

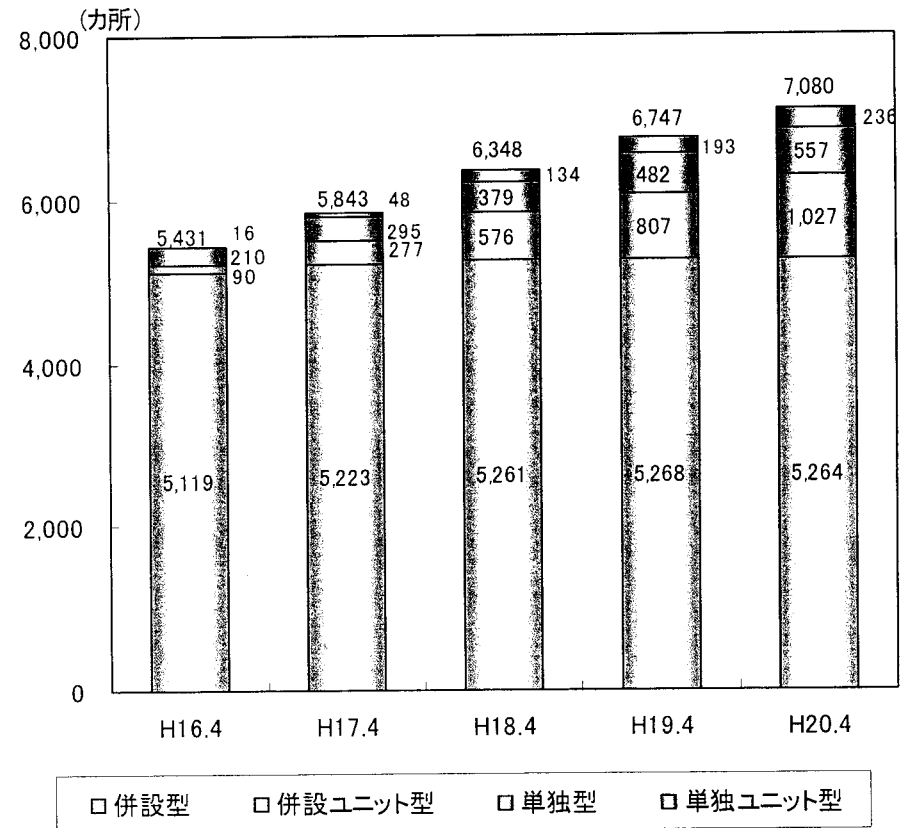
【短期入所生活介護の状況③】

- 短期入所生活介護の請求事業所は、その大部分を社会福祉法人が占めており、他の法人主体の割合は低い。
- 請求事業所数は、約9割が併設(ユニットを含む)型が占めている。また、このところ、併設型事業所は横ばいとなっており、併設ユニット型、単独型、単独ユニット型が増加している。

法人主体別請求事業所(平成20年4月)



短期入所生活介護の請求事業所の推移

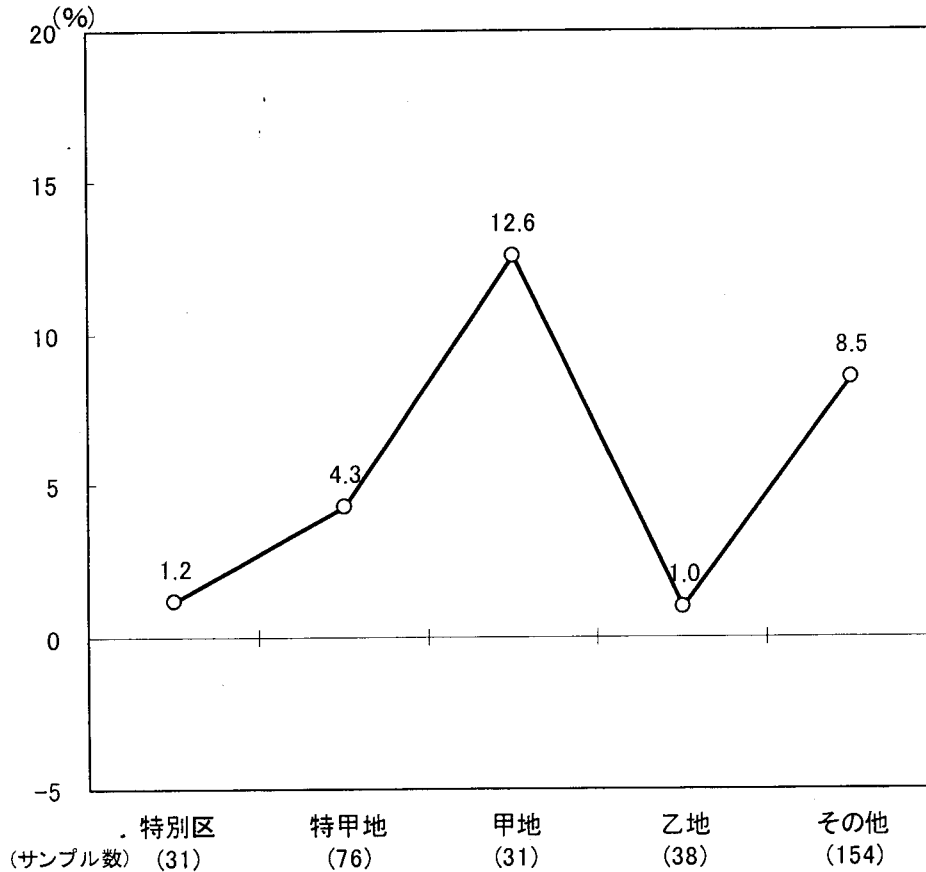


(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」
注) 審査月

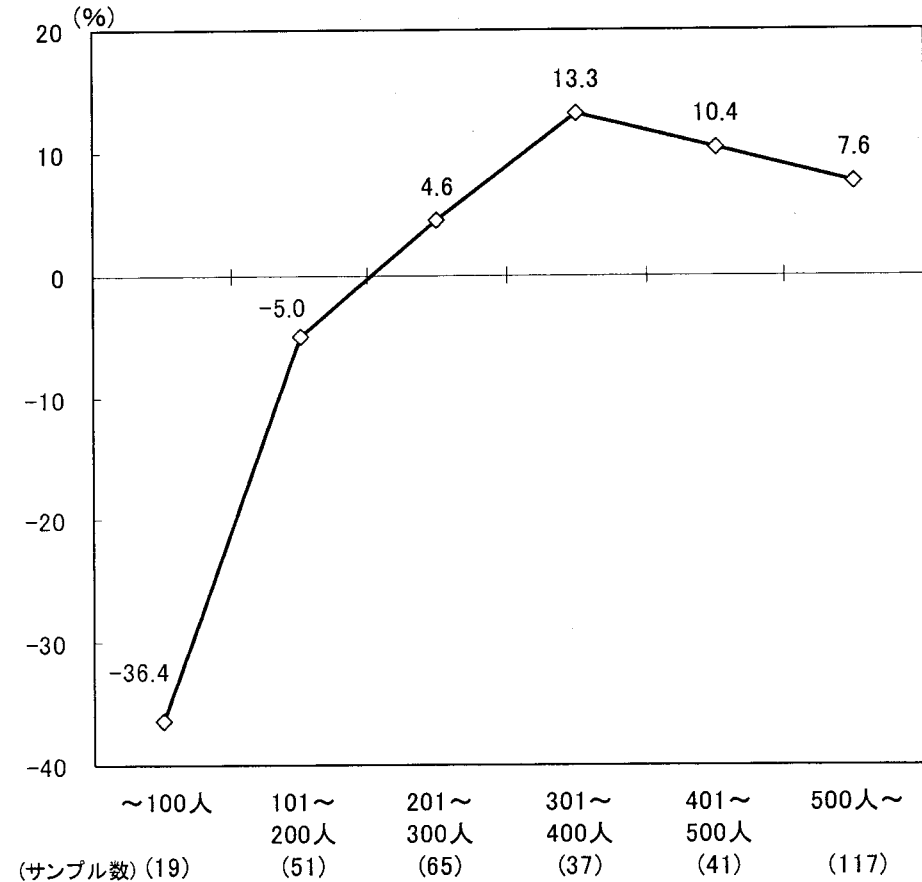
【短期入所生活介護の状況④】

- 短期入所生活介護事業所の収支差率は、+7.0%と平成17年調査(8.4%)と比較して低下した。
- 収支差率を地域別に見ると、特別区が低く、地方が高い傾向にある。
- 利用者数別に見ると、利用者数が多いと収支差率が高くなる傾向にあり、利用者が月200人を超えると収支差率がプラスに転じる。

地域区別収支差率



延べ利用者数別収支差率



【短期入所生活介護の状況⑤】

- 従来型とユニット型の別で見ると、ユニット型の事業所は、従来型の事業所に比べて利用者1人当たり収入・支出が共に高く、収支差率が低くなっている。
- 単独型と併設・空床型の別で見ると、収支差率には大きな差が見られない。

事業所の形態別(従来型／ユニット型、単独型／併設・空床型)の収支差等の状況

	従来型	ユニット型	単独型	併設・空床型	合計
利用者1人・1日 当たり収入	10,848円	12,146円	11,272円	10,880円	10,909円
利用者1人・1日 当たり支出	10,055円	12,021円	10,511円	10,119円	10,148円
収支差率	7.3%	1.0%	6.8%	7.0%	7.0%
事業所数	254 (77%)	76 (23%)	62 (19%)	268 (81%)	330
平均定員	17.6人	15.2人	25.6人	17.2人	17.5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。

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 短期入所生活介護に関する論点

- 短期入所生活介護(予防を含む)は、利用者の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るサービスであるが、その基準及び報酬については、経営実態調査の結果等を踏まえ、現行の体系を基本としてはどうか。
- また、短期入所生活介護は、併設事業所が多いことから、施設サービスにおける議論等を踏まえ、介護従事者のキャリアアップの仕組みや各種加算のあり方等について、検討することとしてはどうか。

【参考】短期入所生活介護（予防含む）の報酬（概要）

短期入所生活介護費 （1日につき）

単独型（Ⅰ）従来型個室

要支援1	478単位
2	597単位
要介護1	641単位
2	712単位
3	782単位
4	853単位
5	923単位

併設型（Ⅰ）従来型個室

要支援1	450単位
2	563単位
要介護1	607単位
2	678単位
3	748単位
4	819単位
5	889単位

ユニット型短期入所生活介護費 （1日につき）

単独型ユニット型

要支援1	557単位
2	681単位
要介護1	741単位
2	812単位
3	882単位
4	953単位
5	1,013単位

併設型ユニット型

要支援1	526単位
2	657単位
要介護1	707単位
2	778単位
3	848単位
4	919単位
5	979単位

加算 （1日につき）

栄養管理体制加算

・管理栄養士配置加算	12単位
・栄養士配置加算	10単位

療養食加算 23単位

緊急短期入所ネットワーク加算
（予防を除く） 50単位

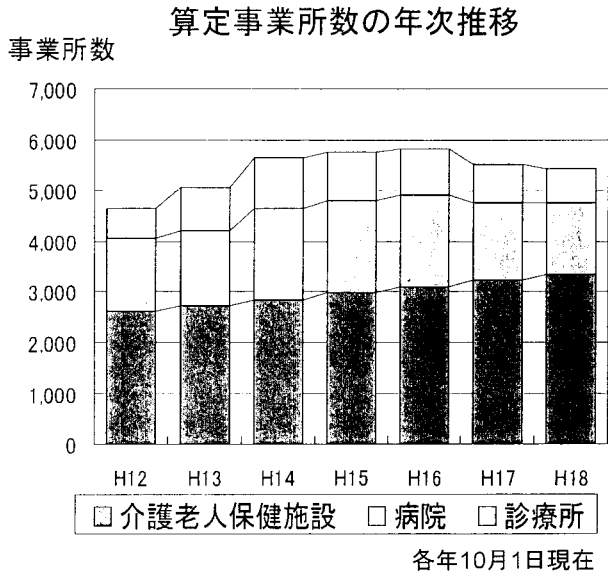
在宅中重度加算（予防を除く）

・夜間看護体制加算	10単位
・在宅中重度受入加算	415または425単位

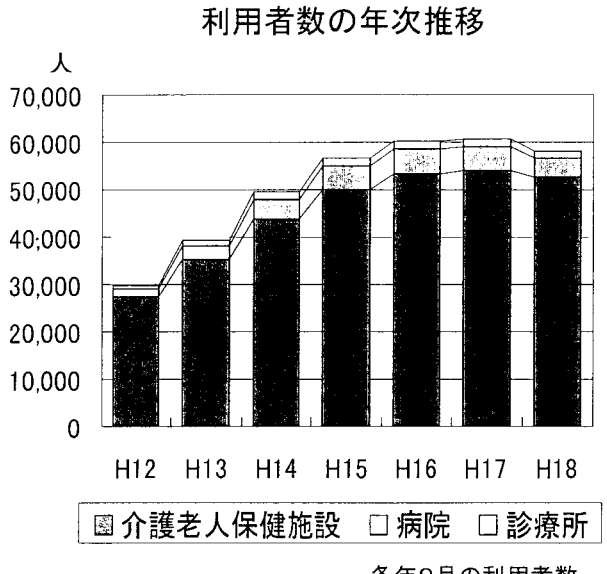
短期入所療養介護について

I 短期入所療養介護の現状と課題

- 【短期入所療養介護の利用状況等】**
- 短期入所療養介護については、現在、介護老人保健施設や病院・診療所の療養病床（医療療養及び介護療養）等の空ベッドを利用して行われている。
 - なお、医療保険における同主旨のサービスとして、有床診療所の一般病床等において行う、「診療所後期高齢者医療管理料」がある（要支援・要介護者は除く）。
 - 利用状況については、近年、利用者数が伸びていない。



(出典) 介護サービス施設・事業所調査



(出典) 介護サービス施設・事業所調査

病院・診療所別、療養病床を有する施設数
及び短期入所療養介護を実施している施設数

	病院	有床診療所
療養病床を有する施設数	4,093	1,807
うち、短期入所療養介護を実施している施設数	1,413 (34.5%)	684 (37.9%)

病院・診療所別、短期入所療養介護利用割合

	病院	有床診療所
療養病床数	341,275	18,337
(再掲)医療療養※	243,886	11,916
(再掲)介護療養	97,389	6,421
短期入所療養介護利用者数	3,914	1,444
利用者数÷療養病床数	1.1%	7.9%

※ 療養病床数から介護療養病床数を減じた数
(出典) 「病院報告(H20.4)」及び「介護サービス施設・事業所調査(H18)」

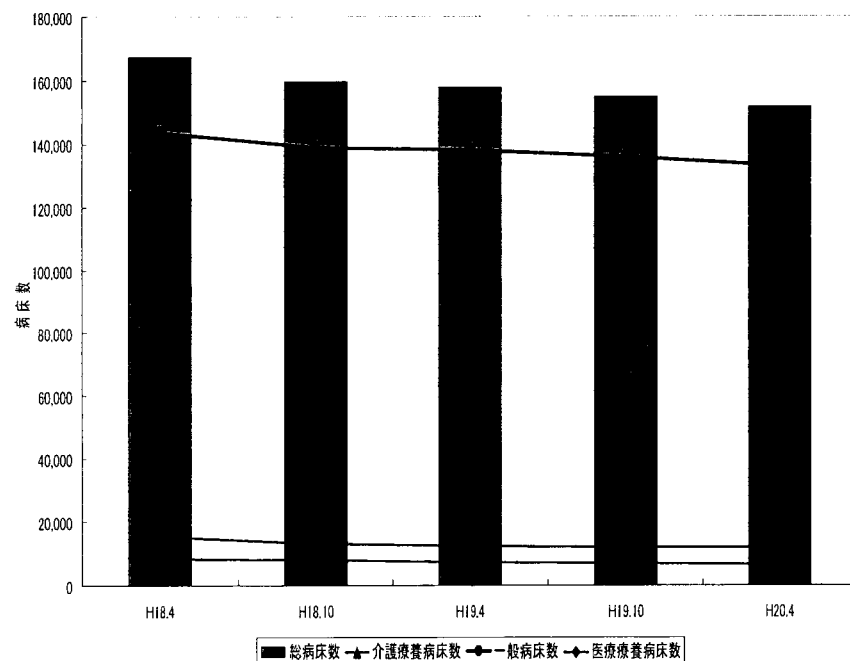
【有床診療所の現状について】

○ 有床診療所については、次のような利点がある。

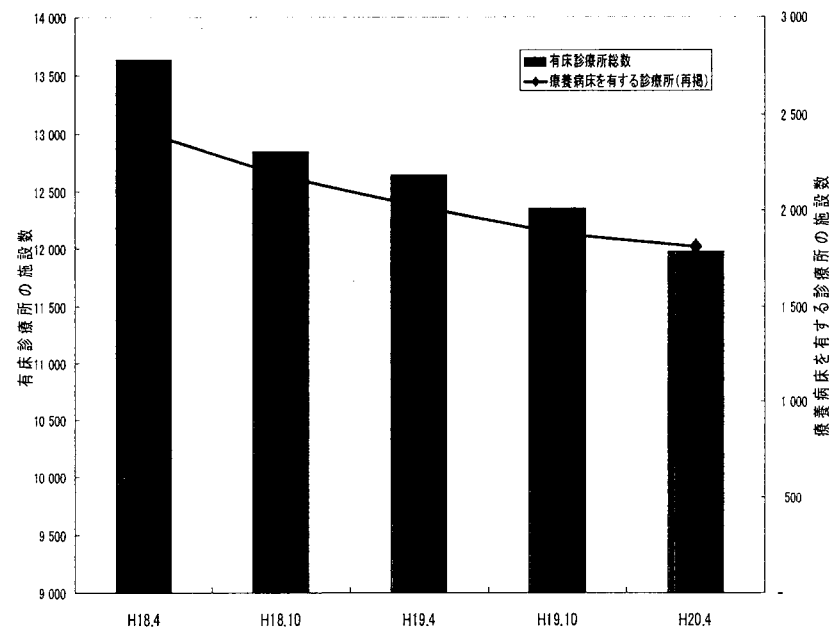
- ・患者の身近な場所にある
- ・患者の生活背景等まで把握してサービスを提供することが可能
- ・夜間、急な医療行為が必要な場合でも対応可(夜間、医師が配置されていない場合でも、何かあったときに直ぐに駆けつけられる体制が整っている)

○ 有床診療所については、年々、総病床数及び療養病床数(医療・介護)が減少している。

有床診療所の病床数の年次推移



有床診療所の施設数の年次推移

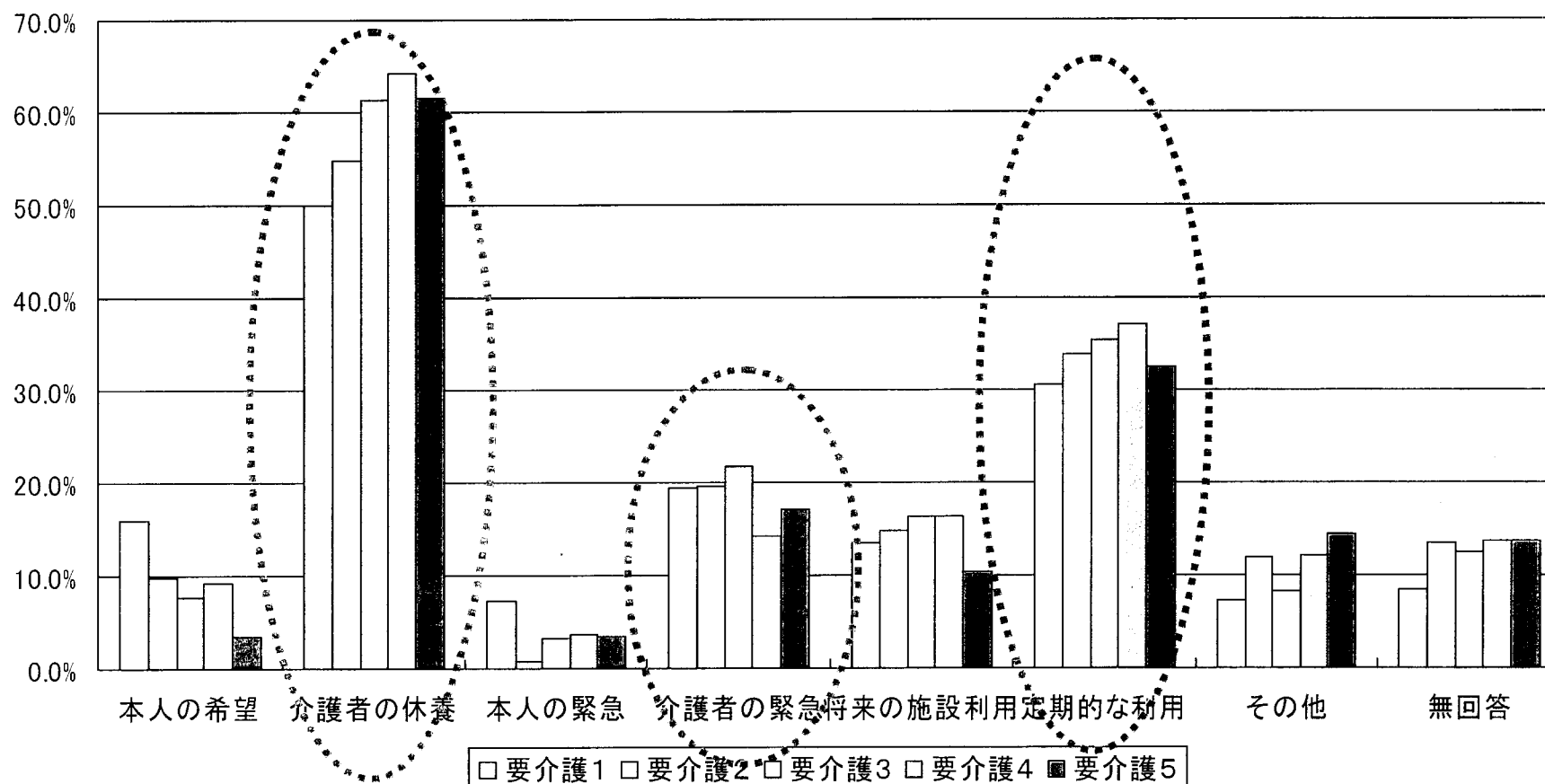


※ 「総数」は『医療施設調査』から、それ以外は『病院報告』
(共に厚生労働省統計情報部)から抜粋

【短期入所サービスの利用目的について】

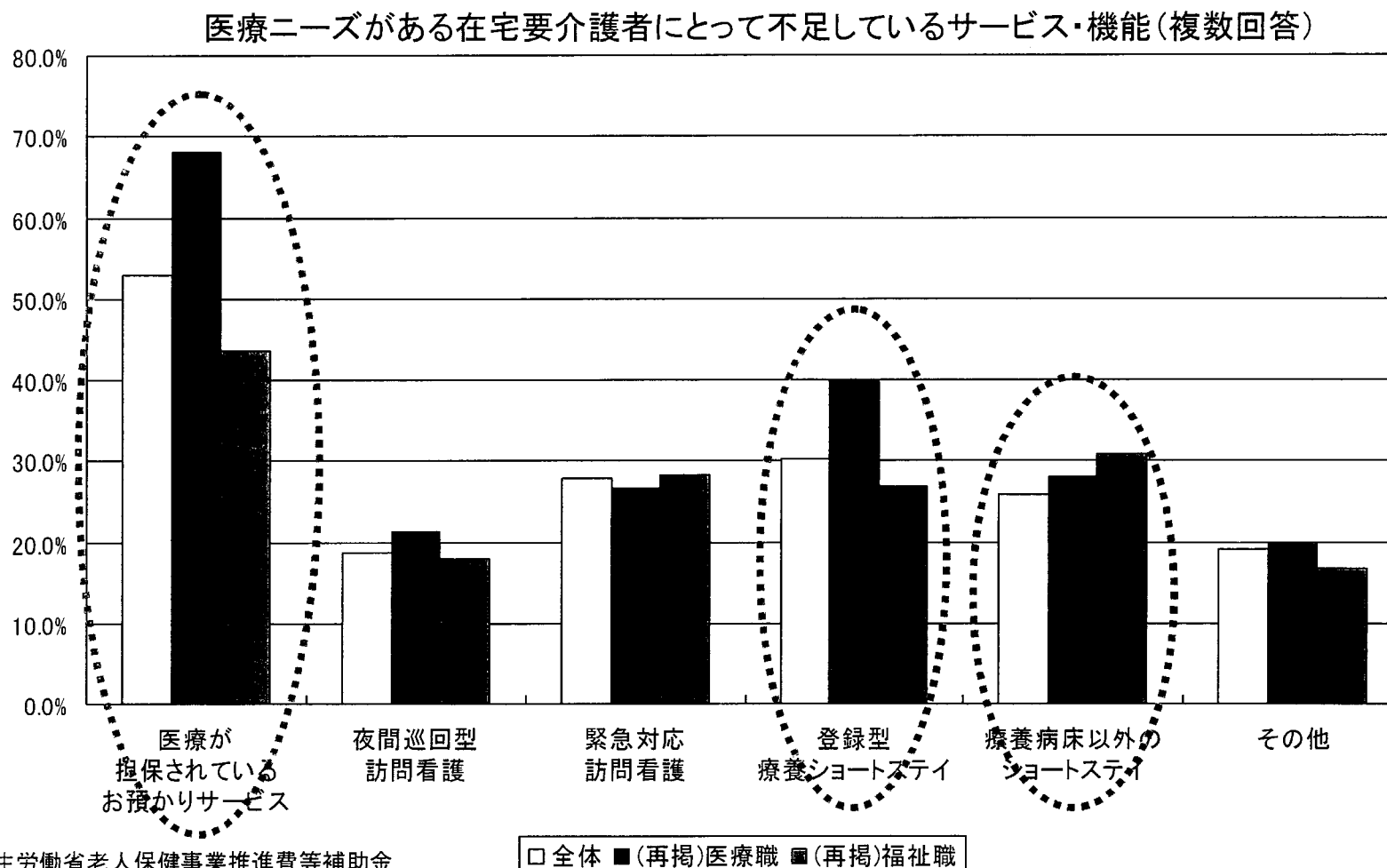
○ 短期入所サービスの利用目的について、短期入所サービス利用者(N=677名)にアンケート調査を行ったところ、「介護者の休養(レスパイト)」が最も多く、次いで「(毎週末の利用など)定期的な利用」「介護者の緊急(外出等)」等が挙げられている。

短期入所サービスの利用理由(複数回答)



【医療ニーズがある在宅要介護者にとって不足しているサービスについて】

○ 「医療ニーズがある在宅要介護者にとって不足しているサービス・機能」について、ケアマネージャー(N=198名)にアンケート調査を行ったところ、「医療が担保されているお預かりサービス」、「登録型療養ショートステイ(事前に登録をしておけば何時でも利用できるショートステイ)」「療養病床以外のショートステイ(療養病床以外の病床等で行われるショートステイ)」が挙げられている。

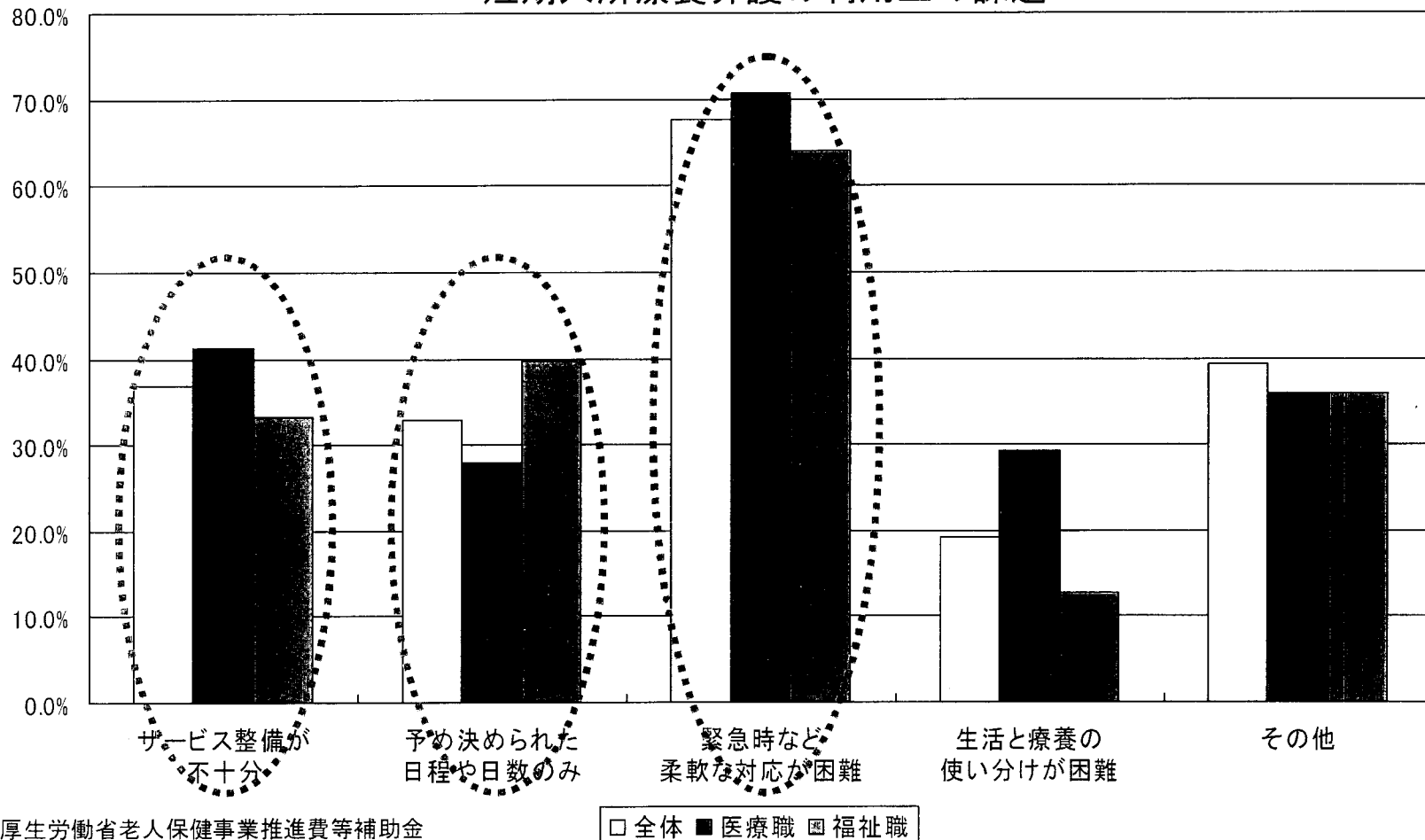


平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
「在宅要介護者へのサービス提供体制の在り方に関する研究」

【短期入所療養介護の利用上の課題について】

○ 「短期入所療養介護の利用上の課題」について、ケアマネージャー(N=198)にアンケート調査を行ったところ、「緊急時など柔軟な対応が困難」「予め決められた日程や日数のみ」等の予定外利用の問題と、「サービス整備が不十分」という量の問題への回答が多い。

短期入所療養介護の利用上の課題



【平成18年介護報酬改定①】

- 緊急ニーズに対応するため、「緊急短期入所ネットワーク加算(50単位/日)」を創設。
(同加算は、短期入所生活介護(特養等が行うショートステイ)にも創設されている)
- 同加算の算定要件として、他の事業所と連携して短期入所サービスを受け入れるために、前年度の1日の平均空床又は短期入所療養介護の利用者数を合計して100以上を確保することとなっている。(短期入所生活介護でも同様の要件あり)
- 本算定要件を満たすために必要な事業所数は、平均28.0施設であり、短期入所生活介護(平均8.8施設)に比べ同加算を算定しにくい。

	利用できる ベッド等	請求 事業所数 (A)	利用件数	利用日数 (B)	緊急時短期 入所ネット ワーク加算	1日当たり 1施設当たり の利用者数 (B/A/31日)	必要施設数
短期入所 療養介護	空床利用	3,805	53千件	422千日	0.1千日	3.6人	28.0施設

(参考) 短期入所 生活介護	単独施設 併設施設 空床利用	7,080	250千件	2504千日	1.0千日	11.4人	8.8施設
----------------------	----------------------	-------	-------	--------	-------	-------	-------

【平成18年介護報酬改定②】

- 難病や末期がんなど、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等の生活の質の向上、家族等の介護負担の軽減等の観点から、短期入所療養介護において日帰りを行った場合の評価(特定短期入所療養介護費(760単位/日))を創設。
- 同報酬については、現在のところ算定日数(回数)が少ない。
- 在宅中重度者等の日中のお預かり機能を有するサービスとして「療養通所介護」があるが、「療養通所介護」では、時間別の報酬設定になっている。他方、「特定短期入所療養介護費」については、1日当たりの報酬設定となっている。

	日数
特定短期入所療養介護	1,306回
介護老人保健施設	1,071回
病院療養病床	117回
診療所療養病床	118回

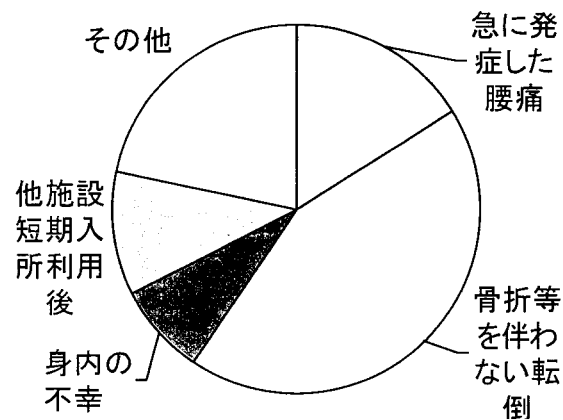
介護給付費実態調査(平成19年5月～平成20年4月審査分)

	特定短期入所療養介護	療養通所介護
実施主体	介護老人保健施設、病院、診療所	訪問看護ステーション
基本報酬	1日:760単位	3時間以上6時間未満:1,000単位 6時間以上8時間未満:1,500単位
加算等	送迎費、栄養管理体制加算、療養食加算 等	

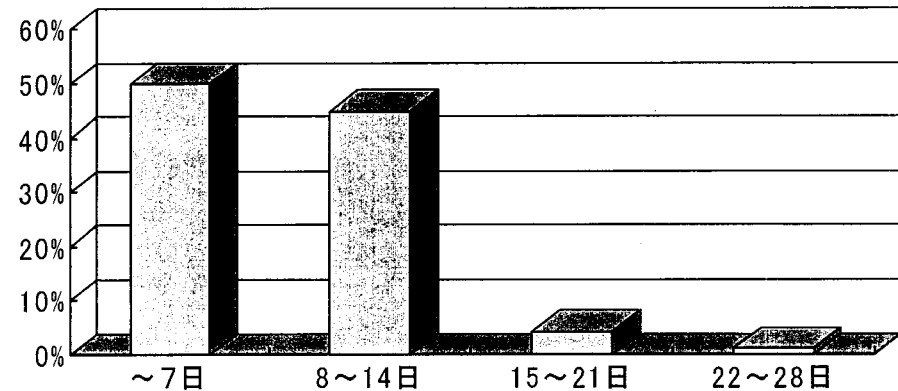
【短期入所におけるリハビリテーション実施の効果①】

- 救急病院に入院するべき明らかな傷病ではないが、急激にADL能力が低下した者(96名)を短期入院させ集中的なリハビリテーションを実施。
- 入院期間は平均8.6日(ほとんどは14日以内)、1日の平均リハビリテーション提供時間は、5~6単位が最も多く、次に3~4単位が多かった(1単位=20分)。

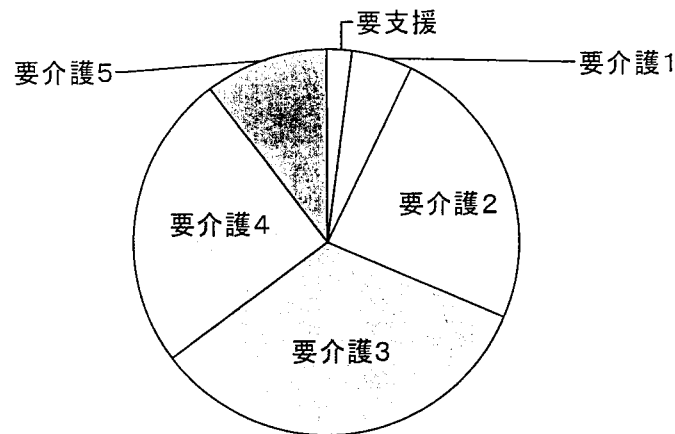
【短期・集中的にリハを行うことになった原因(n=96名)】



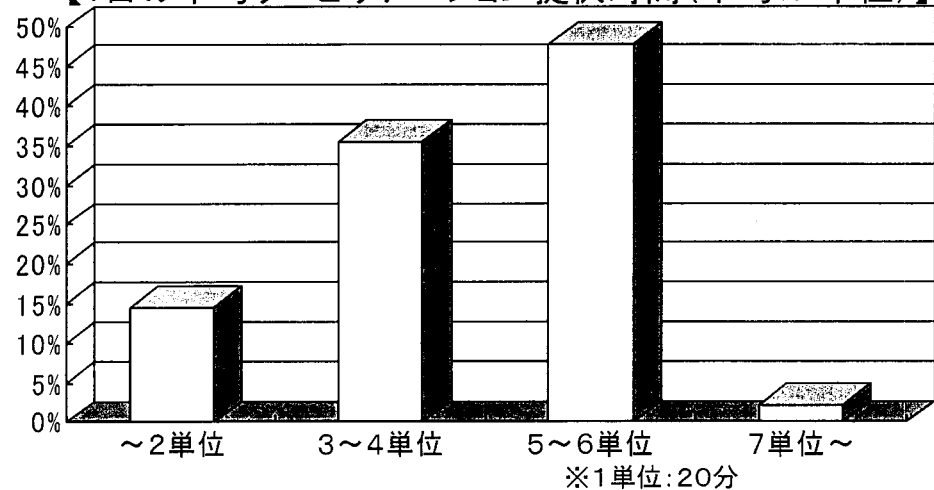
【リハビリテーション提供期間(平均8.6日)】



【要介護度分布(n=96名)】



【1日の平均リハビリテーション提供時間(平均5.1単位)】

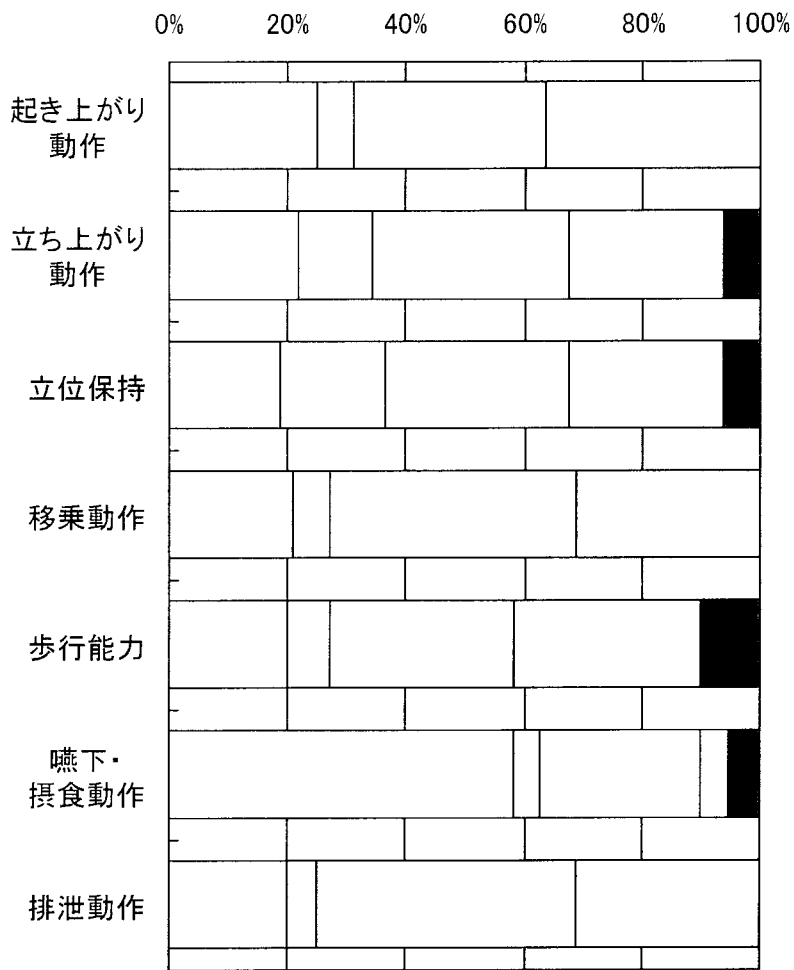


【在宅総合ケアセンター元浅草(院長:石川誠)における、短期入院による集中的リハサービス実施による成果の概要】

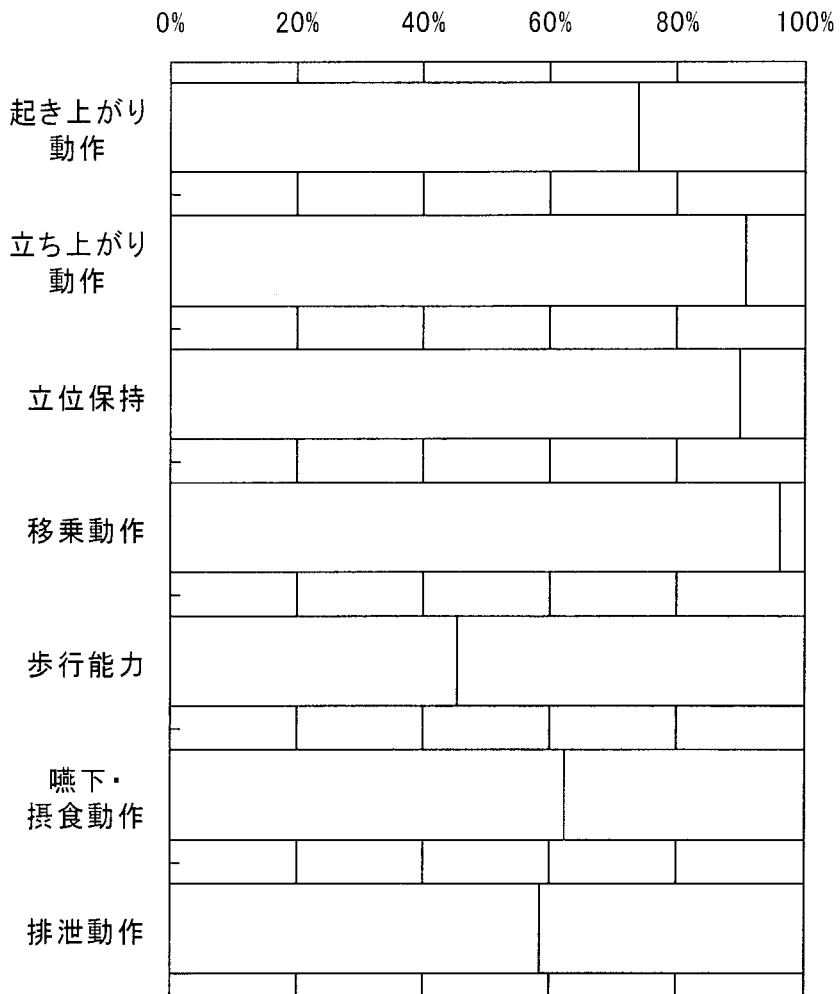
【短期入所におけるリハビリテーション実施の効果②】

○ 実施前後のADLの改善については、特に「起き上がり動作」「立ち上がり動作」「立位保持」「移乗動作」の改善の頻度が高くなっている。

○実施前の状況 (n=96名)



○「自立」以外の者の実施後の状況



リハビリ提供後

□ 自立 □ 監視・声かけ □ 一部介助 □ 全介助 ■ 不可

□ 状態が1ランク以上改善 □ 不変

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
 - ・ 現在、短期入所の多くがレスパイト目的で、リハ目的の利用は極めて少ない
 - ・ 通所リハ・訪問リハ等では対応困難な例に、短期入所(2～3週間程度)による集中的リハは効果的

Ⅲ 短期入所療養介護の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 短期入所療養介護については、医療提供施設（病院、診療所、介護老人保健施設）が実施しており、医療ニーズを持つ在宅要介護者・家族等にとっては有用なサービスであることから、下記事項について検討を行ってはどうか。
 - ① 短期入所療養介護事業所の拡大
 - ② 緊急時体制の見直し
 - ③ 「泊まり」以外の機能の強化

【具体的な論点】

- (1) 現在の短期入所療養介護と同じ施設要件等を満たしていれば、介護老人保健施設、療養病床以外の有床診療所の病床でも短期入所療養介護を実施できることとしてはどうか。
- (2) 緊急時短期入所ネットワーク加算について、その要件等を見直してはどうか。
- (3) 短期入所中の集中的なリハビリテーションの提供や、レスパイトのための日中のお預かり等、医療ニーズがある要介護者に対するサービスの充実を図ってはどうか。

參考資料

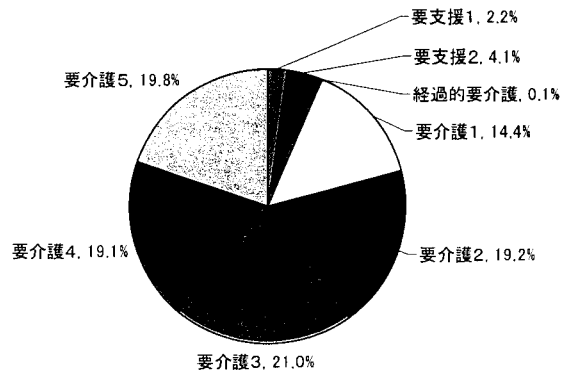
	介護保険				医療保険
	短期入所療養介護				診療所後期高齢者 医療管理料
	介護老人保健施設	病院	有床診療所	基準適合診療所	
病床種別	—	療養病床(医療・介護)	療養病床(医療・介護)	一般病床	一般病床等
職員配置 (常勤換算)	看護・介護 3:1 (うち、看護2/7)	[医療療養病床] 看護4:1、介護4:1 看護5:1、看護5:1 [介護療養病床] 看護6:1 介護6:1~4:1	看護6:1、介護6:1 又は 看護・介護 3:1	看護・介護 3:1	看護要員 3:1相当
夜勤基準	看護・介護2名以上 (定員40以下は1名)	看護+介護が30:1 (最低2名以上で、うち1 名は看護)	看護・介護 1名	看護要員 1名	看護要員 1名
病床面積	8.0㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
その他施設	食堂・浴室 機能訓練室 等	食堂・浴室 機能訓練室 等	食堂・浴室 機能訓練が可能	食堂・浴室 機能訓練が可能	食堂・浴室 機能訓練が可能
報酬単価 (/日:多床室)	617~1040単位	618~1372単位 (6:1, 4:1の場合)	536~907単位 (看護・介護3:1の場合)	495~851単位	14日以内:1080点 15日以上: 645点
加算等	送迎費、 認知症に対する加算 栄養管理体制加算 療養食加算 緊急時ネットワーク加算 リハビリ機能強化加算	送迎費 栄養管理体制加算 療養食加算 緊急時ネットワーク加算 特定診療費	送迎費 栄養管理体制加算 療養食加算 緊急時ネットワーク加算 特定診療費	送迎費 栄養管理体制加算 療養食加算	—
請求事業所	3160施設	473施設	150施設	21施設	
算定日数	384千日/月	25千日/月	8千日/月	4千日/月	8.3千日/月
備考					要支援・要介護者は 対象外

居宅療養管理指導について

I 居宅療養管理指導料の現状と課題

○居宅療養管理指導の費用額は約290億円（平成19年度）。
 ○要介護2～5の、中～重度者が算定単位数の約8割を占める。

○要介護度別の割合（算定単位数の割合） ○居宅療養管理指導の報酬体系および費用額（概要）



（出典）介護給付費実態調査（平成19年度）

		単位数	費用額 (H19:億円)
医師又は歯科 医師が行う場合 (月2回を限度)	居宅療養管理指導費(Ⅰ)	500単位	103.1
	居宅療養管理指導費(Ⅱ) (※)在宅時医学総合管理料を算定の場合	290単位	77.8
薬剤師が 行う場合	医療機関の 薬剤師の場合	月1回目又は2回目	550単位 4.4
		月3回目以降	300単位 0.0
	薬局の 薬剤師の場合	月1回目	500単位 34.7
		月2回目以降	300単位 23.5
管理栄養士が行う場合(月2回を限度)		530単位	1.2
歯科衛生士等が行う場合(月4回を限度)		350単位	45.5

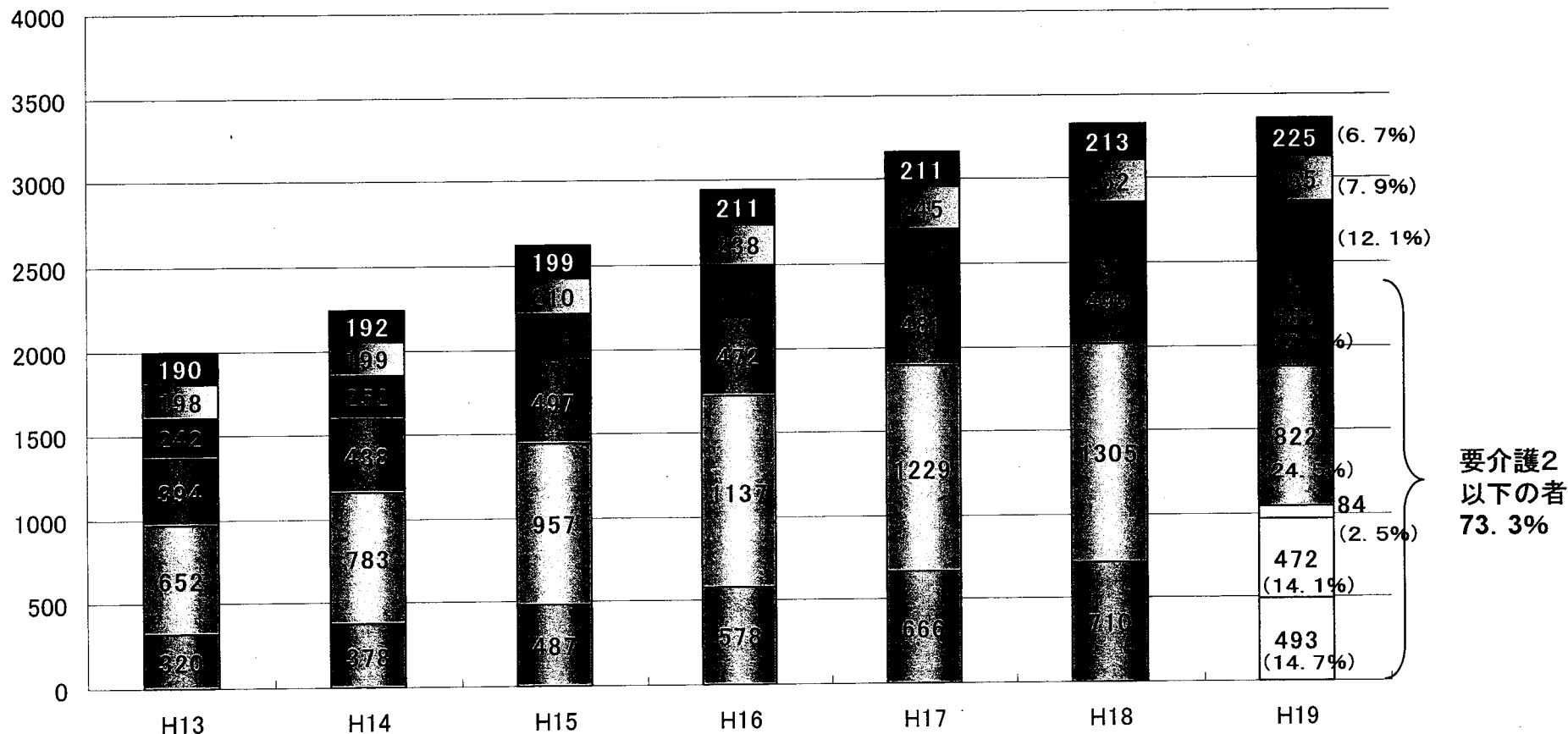
（出典）介護給付費実態調査（平成19年度）

【居宅で療養している者の現状①】

- 要介護(要支援)者のうち、居宅で療養している者の数は増加傾向にある。
- 居宅で療養している要介護(要支援)者の約7割は、要介護2以下の者である。

要介護度別 居宅で療養している者数の推移

(単位:千人)



■ 要支援 □ 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

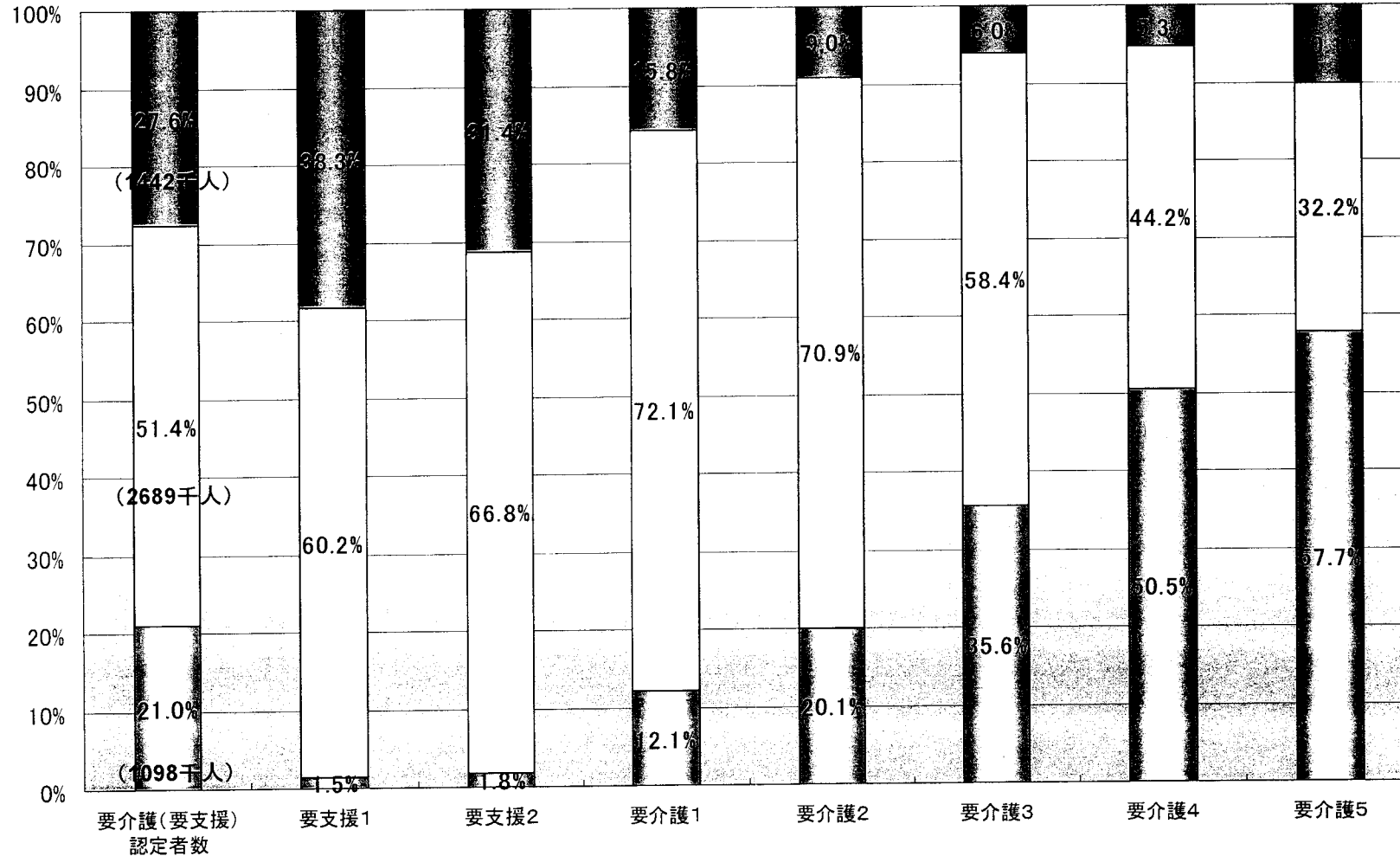
※ 居宅で療養している者とは、要介護認定者数より施設入所者数を引いた者

※ 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のいずれかを受給している者
出典:介護保険事業状況報告調査月報、介護給付費実態調査月報

【居宅で療養している者の現状②】

○要介護度が低いほど、居宅で療養している者(施設サービスを受給していない者)の割合が高い。

要介護度別 施設サービス受給者と居宅サービス受給者の割合



□施設サービス受給者 □居宅サービス受給者 ■施設サービス、居宅サービスのいずれも受給していない者

※ 施設サービス受給者: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

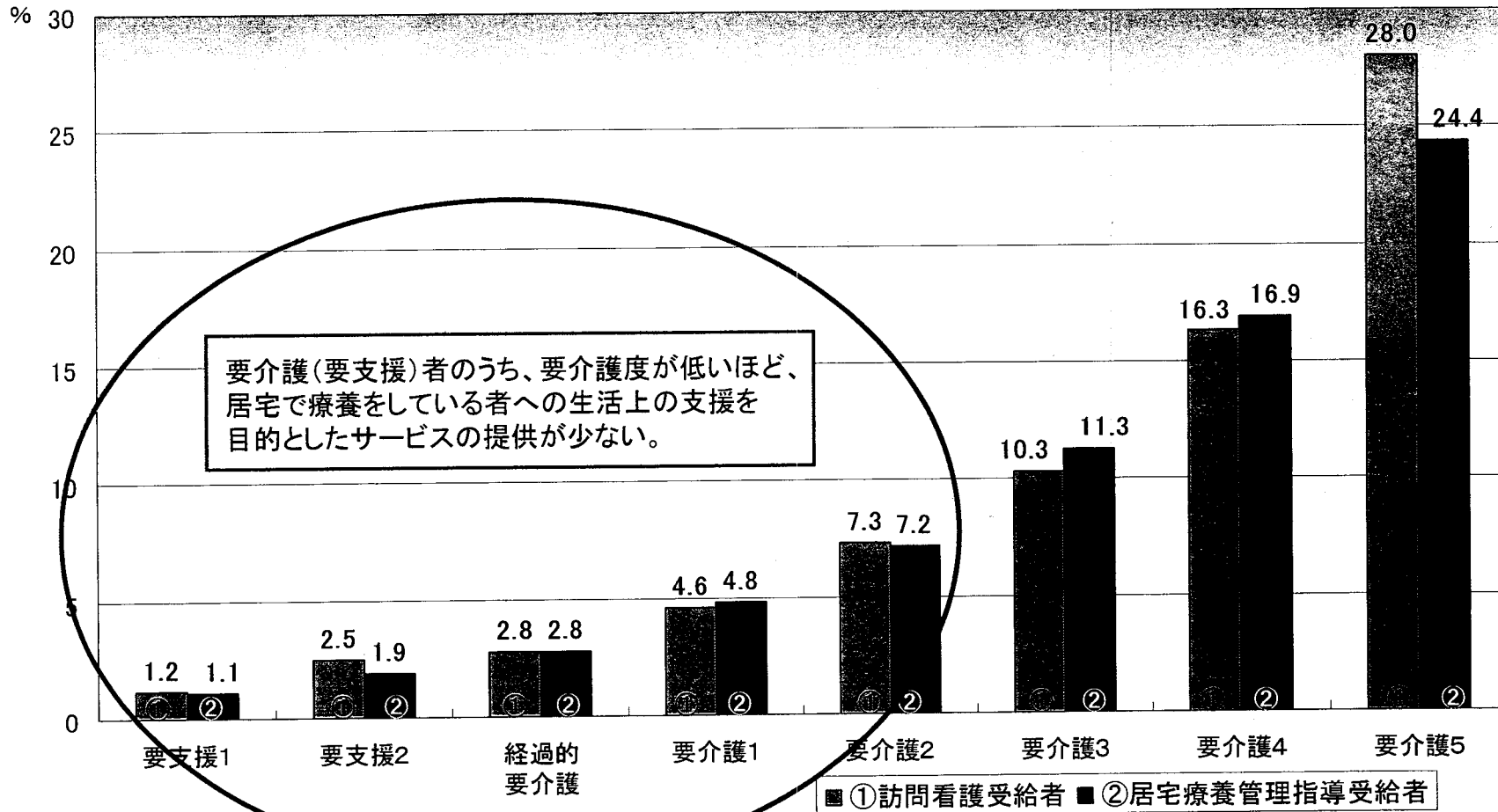
出典:介護保険事業状況報告調査月報(平成20年2月分)、介護給付費実態調査月報(平成20年2月審査分)

【居宅で療養している者の現状③】

○要介護(要支援)者で居宅療養をしている者への生活上の支援を目的としている主な介護保険サービスについては、現在「居宅療養管理指導」、「訪問看護」がある。

○これらのサービスは、原則として通院困難な者に提供されることから、要介護度が低いほど利用率が低くなっている。

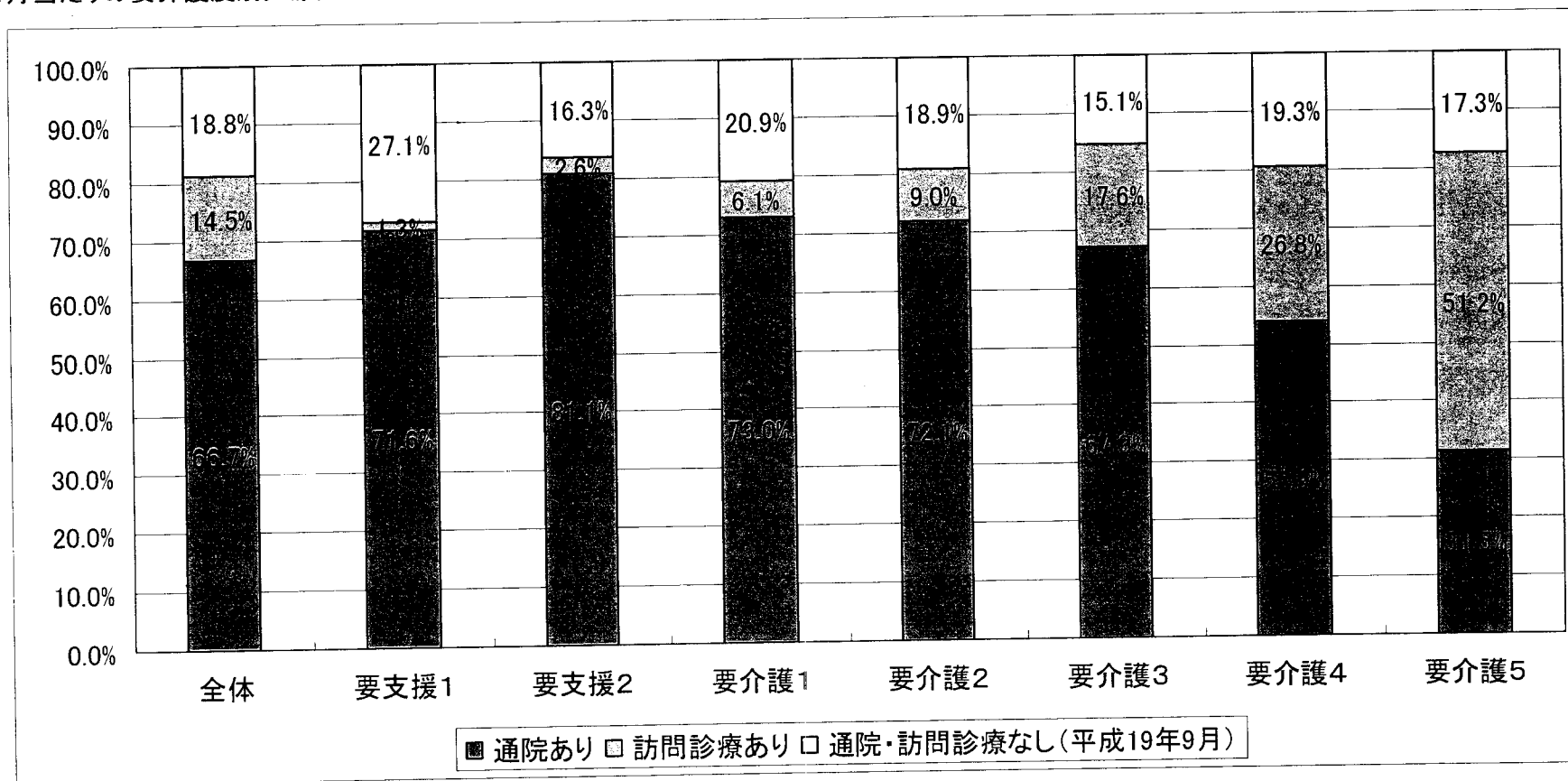
居宅療養者における訪問看護受給者、居宅療養管理指導受給者の割合(%)



【居宅で療養している者の現状④】

- 要介護度別の1月当たりの通院・訪問診療(医療受診)の状況では、通院は要介護度が高くなる
と減少傾向にあり、訪問診療は増加傾向にある。
- 全体で18.8%の者が医療機関の受診がなく、これらは要介護度を問わず一定の割合で認めら
れる。

1月当たりの要介護度別医療受診(通院・訪問診療)無しの者の割合 N=4,637



【居宅で療養している者の現状⑤】

○居宅で療養している者の支援のためには、利用者の心身や家族の状況等に応じてケアプランを作成する必要があるが、現在ケアマネージャーとして従事している者のうち、看護系のケアマネージャーは29.0%、福祉系のケアマネージャーは52.2%と福祉系の従事者の方が多い。

○また、訪問看護ステーションへの利用者本人・家族からの電話相談では、身体症状に関する相談のみでなく、「眠れない」、「話がしたい」等の不安に関する相談も見られている。

ケアマネージャーの背景

	合格者 ¹⁾	従事者 ²⁾
人数	441,521人	102,099人
看護系	37.8%	29.0%
福祉系 ^{※1}	38.2%	52.2%
その他	29.0%	18.8%

※1 福祉系: 介護福祉士、社会福祉士

出典: 1)平成19年厚生労働省老健局調べ

2)平成19年老人保健健康増進等事業「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」報告書

訪問看護事業所における利用者・家族からの1週間の電話対応の内容(10事業所)

総数	身体症状に関する相談	不安	福祉サービスに関する相談	連絡	その他
169回(100%)	88回(52.1%)	12回(7.1%)	7回(4.1%)	34回(20.1%)	28回(16.6%)

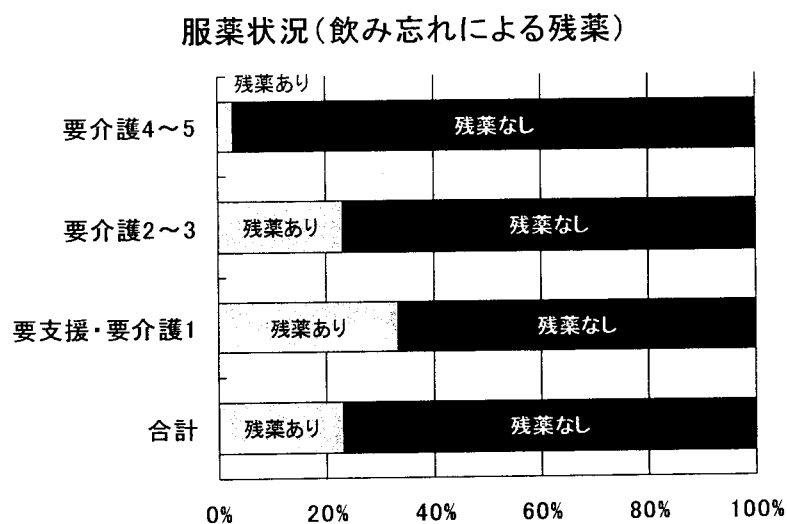
出典:平成20年老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査研究事業」

【要介護者の服薬管理について】

○要介護（要支援）者の約2割において、のみ忘れによる残薬が認められており、特に本人による服薬管理が行われている可能性の高い軽度者に多く認められている（図1）。

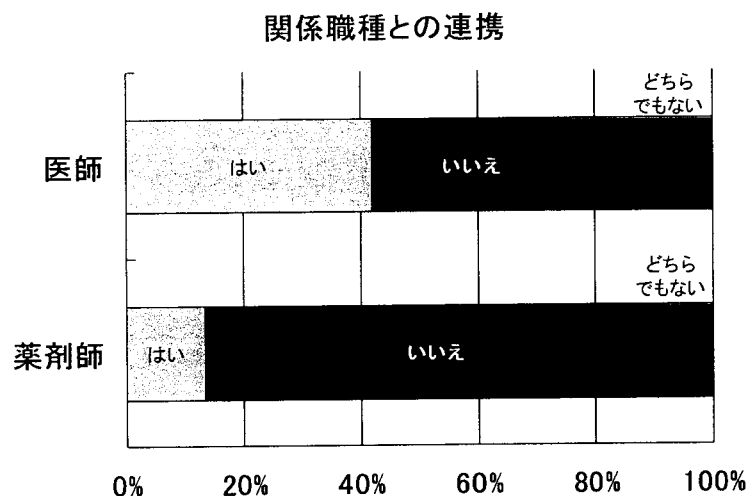
○ケアマネージャーを対象とした関係職種との連携状況に関する調査では、ケアマネージャーと薬剤師との連携が十分にとれていない現状が伺える（図2）。

（図1）服薬状況（飲み忘れによる残薬）



（出典）「介護を必要としている在宅患者の医薬品適正使用について」（小田原市前田介護相談所調べ）

（図2）ケアマネージャーに対する調査
「関係職種との連携状況がとれているか」について



（出典）茨城県薬剤師会調査

【薬剤師による訪問薬剤管理指導について(医療保険及び介護保険)】

○平成20年診療報酬改定において、

- ・薬局の薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導料について、主治医以外の関係職種との連携が要件とされるとともに、月2回目以降の点数が引き上げられた(300点→500点)。
- ・特定施設等の居住系施設入所者に対する訪問薬剤管理指導料等について、訪問にかかる時間的・距離的な負担等が少ないこと等を考慮し、評価の適正化が行われた。

○薬局の薬剤師による居宅療養管理指導では、月8回まで算定できるのは末期癌のみであるが、医療保険における在宅患者訪問薬剤管理指導料では末期癌に加え、中心静脈栄養患者についても月8回まで算定できる。

○医療機関の薬剤師による居宅療養管理指導では、末期癌について月8回まで算定可能であるが、医療保険における在宅患者訪問薬剤管理指導料では、月2回までしか算定できない。

	介護保険 (居宅療養管理指導料)	医療保険 (在宅患者訪問薬剤管理指導料)	
		H20改定前	H20改定後
薬局の 薬剤師	月1回目 500単位 月2回目以降 300単位 原則として月4回まで (末期癌は月8回まで)	月1回目 500点 月2回目以降 300点 原則として月4回まで (末期癌、中心静脈栄養患者 は月8回まで)	500点 居住系施設入居者 350点 原則として月4回まで (末期癌、中心静脈栄養患者 は月8回まで)
医療機関の 薬剤師	月1～2回目 550単位 月3回目以降 300単位 原則として月2回まで (末期癌は月8回まで)	550点 月2回まで	550点 居住系施設入居者 385点 月2回まで

Ⅱ これまでの指摘等の概要

- 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 居宅療養管理指導の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 居宅で療養している要介護(要支援)者及び家族の療養上の不安や悩み等を解決し、円滑な療養生活を送るためには、ケアマネージャーを初め、医師、看護職員などが協働して対応することが必要ではないか。
- 関係職種その他職種との連携を適正に評価する観点や、サービス提供にかかる労力を適切に評価する観点からの検討が必要ではないか。

【具体的な論点】

- 生活環境や身体状況の変化が見られた時やそのような場合が想定されるケースについて、看護職員が、ケアマネージャーや医師と協働し、居宅における療養上の支援を行う仕組みを検討してはどうか。
- 薬剤師による居宅療養管理指導について、他職種との連携をさらに進める観点及び診療報酬との整合性を図る観点から見直しを検討してはどうか。
- 居住系施設に入所している要介護(要支援)者に対する居宅療養管理指導について、移動等に係る労力を踏まえ、適切な評価を検討してはどうか。

夜間対応型訪問介護について

【夜間対応型訪問介護の導入の経緯】

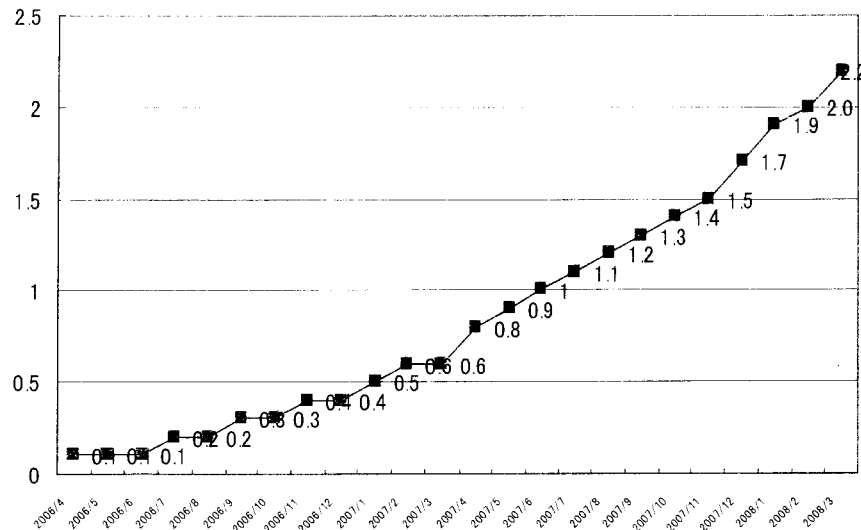
○ 夜間に定期巡回と通報による随時対応を併せた訪問介護の提供により、24時間安心して生活できる体制を整備し、中重度者の在宅での生活を支えるものとして導入。

I 夜間対応型訪問介護の現状と課題

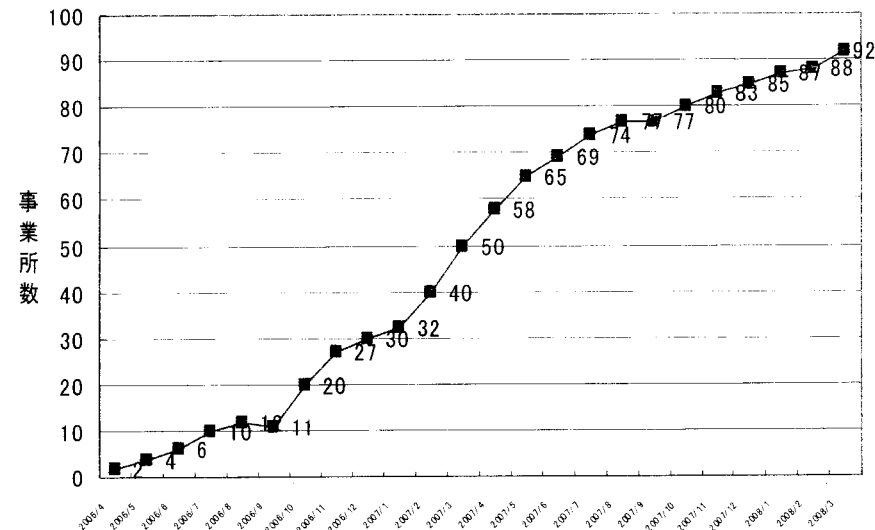
【夜間対応型訪問介護の利用状況①】

○ 夜間対応型訪問介護の利用者数は約2.2千人、事業所数は92カ所となっている。
(平成20年4月審査分)

夜間対応型訪問介護の利用者数(千人)



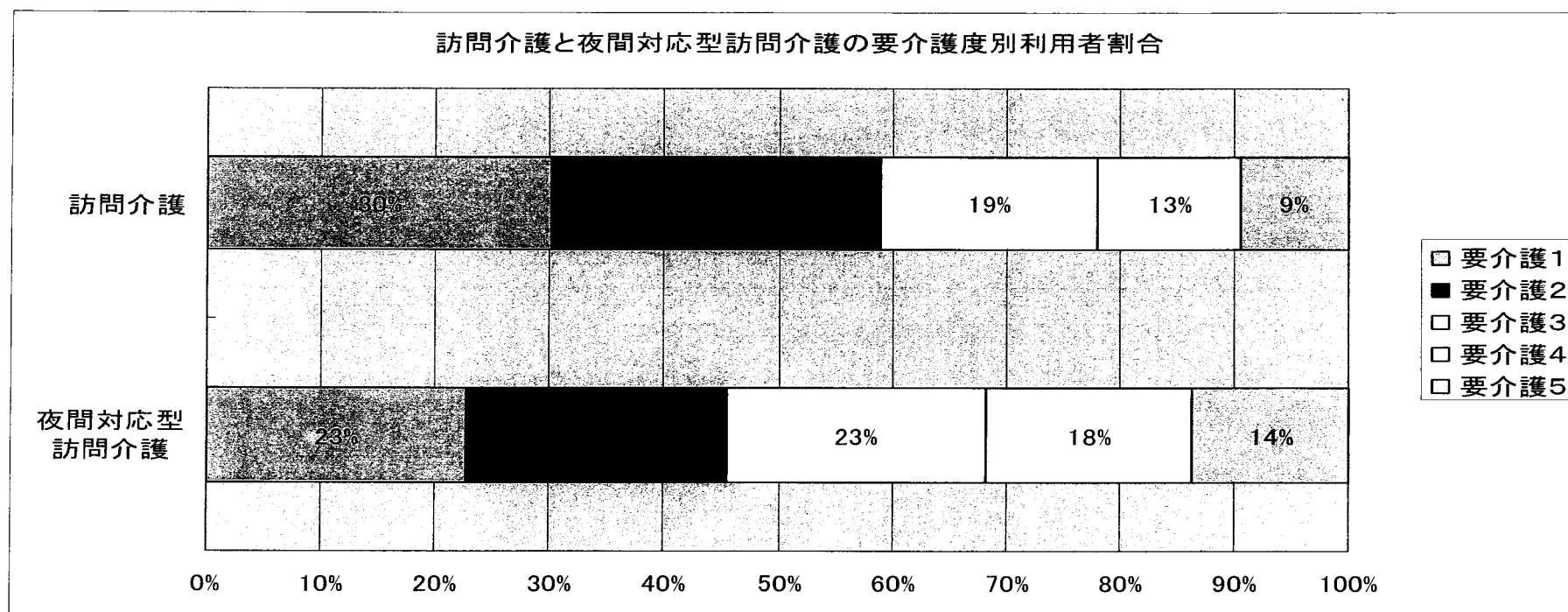
夜間対応型訪問介護事業所数



(資料出所)いずれも「介護給付費実態調査」より作成

【夜間対応型訪問介護の利用状況②】

- 夜間対応型訪問介護の利用者の平均要介護度は2.77(平成20年4月審査分)となっている。
- 訪問介護に比べて重度者の割合は高くなっており、中重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活を継続できるようにするサービスという位置付けに沿った利用実態となっている。



夜間対応型訪問介護利用者の平均要介護度

	H19.4	H19.7	H19.10	H20.1	H20.4
平均要介護度	2.67	2.50	3.08	2.71	2.77

【夜間対応型訪問介護の利用状況③】

- 夜間対応型訪問介護の利用者数は1事業所あたり約23.9人に止まっており、制度導入当初の想定利用者数である300～400人を大きく下回っている。
- 事業者からは、夜間対応型訪問介護事業者の経営状況を踏まえ、経営安定化のための施策が必要、と要請されている。

○夜間対応型訪問介護事業所の利用者数
(平成20年4月審査分)

事業所数	総利用者数(人)	1事業所当たり利用者数(人)
92	約2,200	約23.91

(資料出所)「介護給付費実態調査」より作成

○事業者によるアンケート調査
(有効回答18事業者の平均) (千円)

	H20.5	H20.6	H20.7
収入	470	459	415
支出	1,138	1,293	1,182
収支	-668	-833	-767

※事業者・自治体等の要望事項

【世田谷区他】

現行法で「夜間において」とされるサービスの提供を、夜間に引続く昼間の時間帯においても可能とすること。
(構造改革特区第13次要望)

【事業者からの要望例】

夜間対応型訪問介護を積極的に普及させるため、サービス提供時間を、利用者本位に基づき夜間だけでなく、日中も含めた24時間型へ移行する等の措置を行うこと、オペレーターの資格要件を緩和すること等。

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。

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 夜間対応型訪問介護の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 夜間対応型訪問介護の報酬・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 事業所の経営安定の確保
 - ② 介護従業者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

【具体的な論点】

- (1) オペレーションサービスの機能を日中においても活用し得ることとすることで、利用者の24時間の安心確保に資する仕組みを構築し、利用者にとってより魅力的なサービスとするとともに、利用者の確保を通じ経営の効率性を高められるような方策について検討してはどうか。
- (2) 現在、看護師、介護福祉士、医師、保健師及び社会福祉士に限定されているオペレーターの資格要件を緩和することについて、オペレーターの質の確保をした上で、検討してはどうか。
- (3) 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

参考資料

地域密着型サービスについて

○ 中重度の要介護状態となっても可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活を継続できるようにするためのサービスとして、平成18年度より新たに導入されたもの。

1：当該市の住民のみが利用可能

- 指定権限を市町村に移譲
- その市町村の住民のみがサービス利用可能(当該市の同意を得た上で他の市町村が指定すれば、他の市町村の住民が利用することも可能)

2：地域単位で適正なサービス基盤整備

市町村(それをさらに細かく分けた圏域)単位で必要整備量を定めることで、地域のニーズに応じたバランスの取れた整備を促進

3：地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定

4：地域の意見を反映する仕組み

事業所指定(拒否)及び指定基準・報酬設定には、地域密着型サービス運営委員会の設置等により、地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等の意見を聴く仕組み

- 小規模多機能型居宅介護 : 「通い」を中心として、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせたサービスの提供により、中重度になっても在宅生活が継続できるよう支援
- 夜間対応型訪問介護 : 夜間に定期巡回と通報による随時対応を併せた訪問介護の提供により、24時間安心して生活できる体制を整備
- 認知症高齢者グループホーム : 認知症高齢者に対して、共同生活住居において、家庭的環境と地域住民との交流の下で、日常生活上の世話・機能訓練を行い、能力に応じた自立生活を支援

その他、 ● 認知症対応型通所介護 ● 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がある。

夜間対応型訪問介護の報酬

(1) オペレーションセンターを設置する場合

○ 夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)

・基本夜間対応型訪問介護費(1月につき)	1,000単位(15単位・30単位)
・定期巡回サービス費(1回につき)	347単位(50単位)
・随時訪問サービス費(Ⅰ)(1回につき)	580単位(50単位)
・随時訪問サービス費(Ⅱ)(1回につき)	780単位(50単位)

※ 3級ヘルパーが、定期巡回サービス又は随時訪問サービスを行う場合は、それぞれの所定単位数の100分の70を算定する。

注 ()内の単位数は、市町村独自の高い報酬を設定した場合の加算単位数。

(2) オペレーションセンターを設置しない場合

○ 夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)(1月につき)	2,760単位 (100単位・200単位・300単位)
------------------------	--------------------------------

夜間対応型訪問介護の指定基準

人員基準

(1) オペレーションセンター従業者

- 利用者からの通報を受け付けるオペレーター : 提供時間帯を通じて専従で1以上
(看護師、介護福祉士、医師、保健師又は社会福祉士に限る。)
- 利用者の面接等を行う面接相談員 : 1以上
- ※ オペレーションセンターを設置しない場合は、オペレーションセンター従業者が行うこととなっている業務は、訪問介護員が行うことで足りる。

(2) 訪問介護員等

- 定期巡回サービスを行う訪問介護員等
 - ・交通事情や訪問頻度等を勘案し、適切なサービス提供のために必要な数
- 随時訪問サービスを行う者
 - ・提供時間帯を通じて専従で1以上

(3) 管理者

- ・管理者は、常勤専従とし、管理上支障がない場合は他の職種に従事することができる。

設備・運営基準等

(1)設備基準等

- オペレーションセンターは、概ね利用者300人につき1カ所以上設置。
- オペレーションセンターは、利用者の心身の状況等の情報を蓄積し、随時適切に利用者からの通報を受け付けることができる通信機器を整備。
- 利用者に対しては、援助を必要とする状態となったときに適切にオペレーションセンターに通報できる端末機器を配布しなければならない。
- ※ オペレーションセンターを設置しないことができるのは、利用者の人数が少なく、かつ、事業所と利用者の上に密接な関係が築かれていることにより、訪問介護員等が利用者からの通報を受けたときであっても、十分な対応を行うことが可能な場合。

(2)運営基準

- 随時訪問サービスを適切に行うため、利用者の面接を行うとともに、1～3ヶ月に1回程度、利用者宅を訪問し、利用者の心身の状況等の把握に努め、相談援助を行うこと。
- 利用者からの連絡内容や利用者の心身の状況を勘案し、必要があると認められるときは、利用者が利用する訪問看護ステーションへの連絡を行う等の適切な措置を講ずること。
- 利用者から合鍵を預かる場合には、その管理を厳重に行うとともに、管理方法や紛失した場合の対処方法等を記載した文書を利用者に交付すること。

小規模多機能型居宅介護について

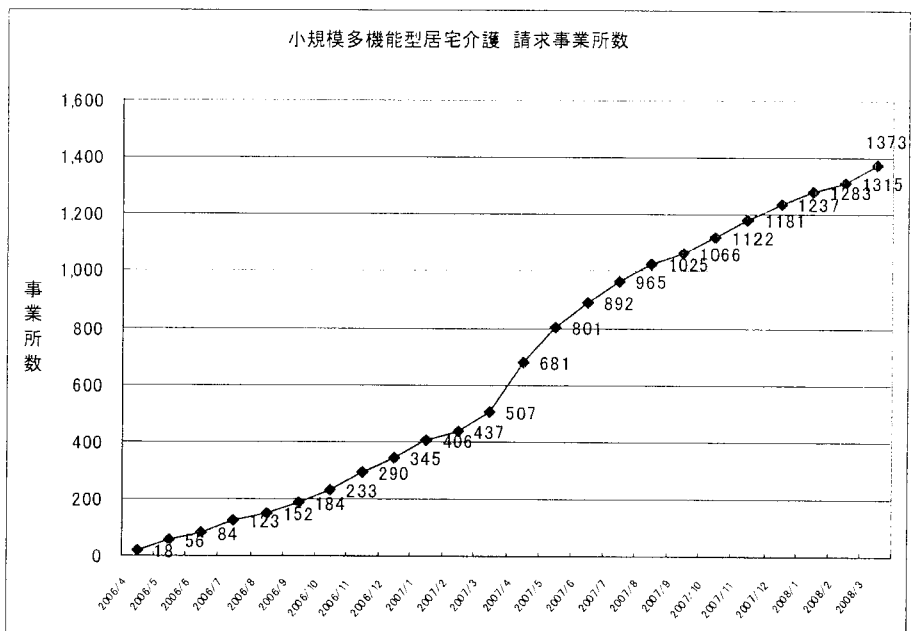
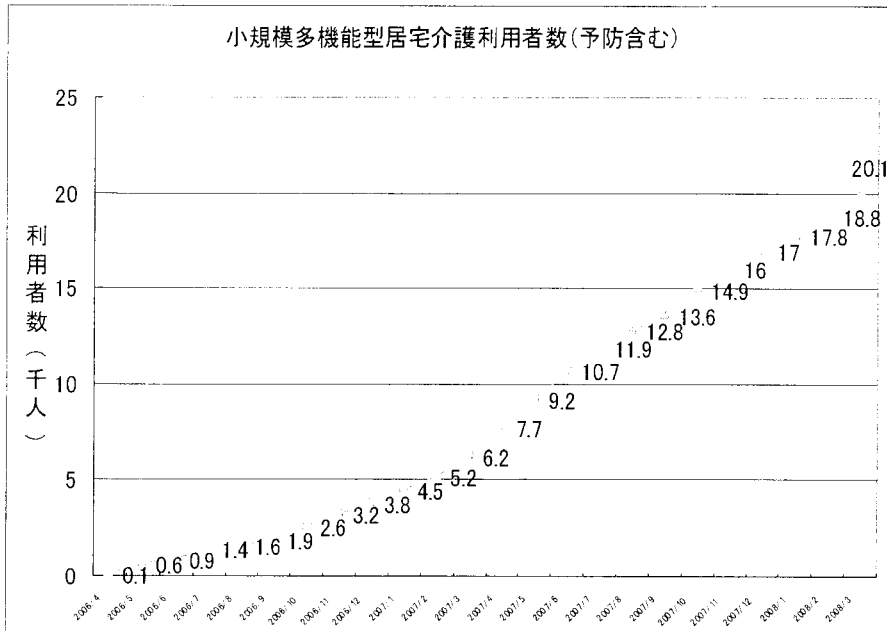
【小規模多機能型居宅介護の導入の経緯】

○ 「通い」を中心として、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせた24時間切れ目のないサービス提供を行うことにより、在宅での生活の継続を希望する中重度者の社会的ニーズを支えるものとして導入。

I 小規模多機能型居宅介護の現状と課題

【小規模多機能型居宅介護の状況①】

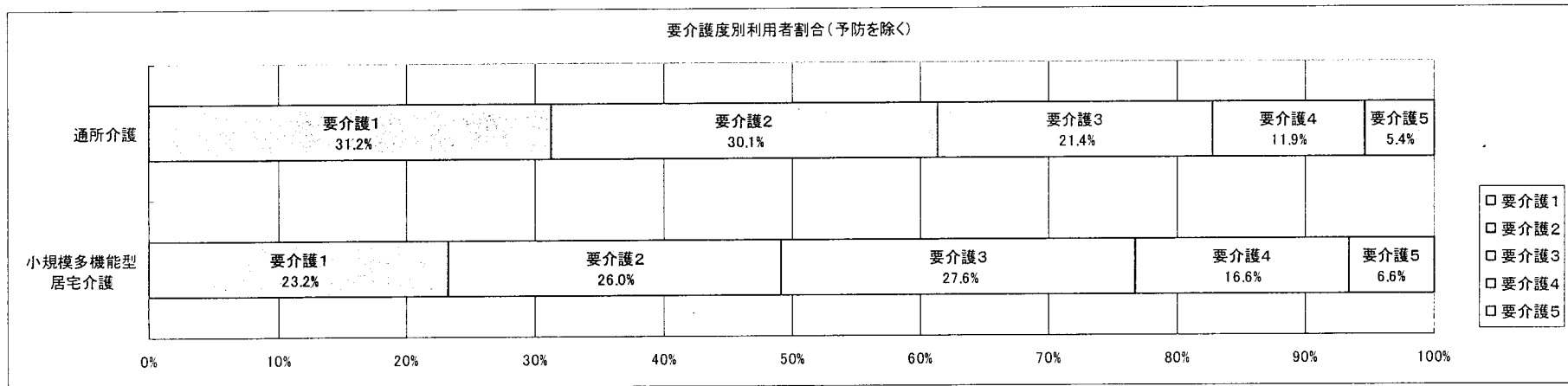
○ 小規模多機能型居宅介護(予防含む)の利用者数は約20.1千人、事業所数は1,373カ所となっている。(平成20年4月審査分)



(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成

【小規模多機能型居宅介護の状況②】

- 利用者の平均要介護度は2.57(予防を除く・平成20年4月審査分)であり、当初想定よりは軽くなっている。(制度創設時は平均3.5程度を想定。)
- これについては、事業者からは、「中重度の利用者の確保が難しい」との声があるとともに、比較的軽度の利用者に対しても、軽度の段階から利用することで自宅に住み続けられる可能性が広がるなど、一定の役割を果たしているとの意見もある。



(資料出所)「介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)」より作成
 ※介護予防通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護を除く

○ 小規模多機能型居宅介護受給者数(千人)

要介護度	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	20.1 (100%)	0.8 (3.8%)	1.2 (5.7%)	0.0 (0.0%)	4.2 (20.0%)	4.7 (22.4%)	5.0 (23.8%)	3.0 (14.3%)	1.2 (5.7%)

【小規模多機能型居宅介護の状況③】

- 平成20年介護事業経営実態調査によると、小規模多機能型居宅介護の収支差率は－8.0%となっている。
- また、看護・介護職員の1人当たり給与は、他のサービスに比べ、低い水準となっている。

(円/月)

	常勤				非常勤			
	介護福祉士	その他の介護職員	看護師	准看護師	介護福祉士	その他の介護職員	看護師	准看護師
小規模多機能型居宅介護	251,121	202,099	304,986	265,957	202,330	186,508	257,919	220,375
訪問介護	264,107	223,124	-	-	230,476	212,046	-	-
通所介護	287,805	233,913	321,745	285,565	219,676	199,379	272,269	261,624
短期入所生活介護	328,467	272,407	412,586	341,523	228,189	201,232	322,769	244,744
介護老人福祉施設	340,464	290,289	453,236	362,652	276,598	219,350	344,956	301,046
認知症対応型共同生活介護	280,949	219,970	332,088	264,651	209,330	201,567	267,355	198,866

※ 介護老人福祉施設を除く各サービスについては、それぞれ予防サービスを含む

(資料出所):平成20年介護事業経営実態調査より作成

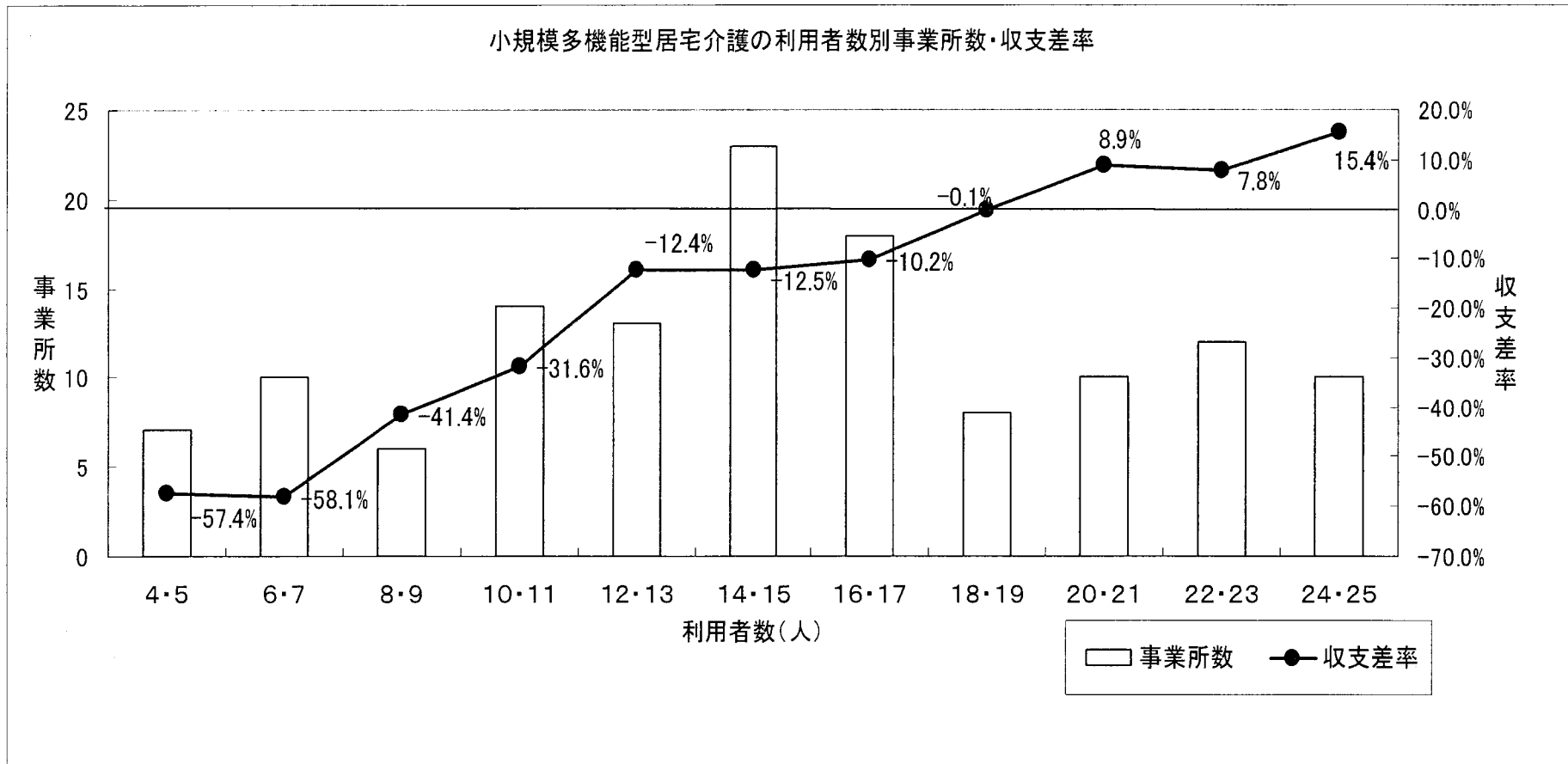
看護職員の配置の現状

	常勤看護師配置数	常勤准看護師配置数
配置事業所数(142事業所中)	32(22.5%)	38(26.8%)

(資料出所):平成20年介護事業経営実態調査より作成

【小規模多機能型居宅介護の状況④】

- 利用者数が多いほど、収支差率は良い傾向があり、概ね利用者が18～19人以上の事業所では、収支が均衡しているが、平均利用者数は14.8名程度に止まっている。
- 利用者数が集まらない理由として、事業者等からは、サービスのPR不足や居宅介護支援事業者との連携不足等が指摘されている。



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。

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。

○ 第54回介護給付費分科会(平成20年9月25日)・ヒアリングにおける「全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会」からの意見

- ・ 小規模多機能型居宅介護の報酬の底上げ
- ・ ケアマネジメント費用を支給限度額の外に
- ・ 医療連携体制加算の導入
- ・ すでに取り組みされている「運営推進会議」等を生かした公表・評価のあり方
- ・ 市町村の独自性を生かす仕組みの継続
(市町村独自の高い報酬の設定の拡大・継続)

Ⅲ 小規模多機能型居宅介護の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 小規模多機能型居宅介護については、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。
- 小規模多機能型居宅介護の報酬・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検討してはどうか。
 - ① 平成20年介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、経営の安定化を図るため、利用者数の確保のための方策等を講じた上で、報酬上の対応について検討
 - ② 介護従業者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 医療ニーズへの対応
 - ④ 市町村独自報酬のあり方の検討
 - ⑤ 適切なサービス提供の確保

【具体的な論点】

(1) 事業所経営の安定について

○ 利用者数が多い事業所では収支差が良くなっていることから、事業所経営の安定化を図るため、利用者の増加や経営の効率化につき以下のような対応を検討してはどうか。このような対応を検討した上で、報酬上の対応を検討してはどうか。

- ・ 居宅介護支援事業者による情報提供や小規模多機能型居宅介護計画の作成に係る協力等、在宅サービスからの円滑な移行が可能となるような方策。
- ・ 人員の効率的配置、既存建物の活用の促進等による経営の効率化を促進するための基準等の見直し。
- ・ サービスのPR方法や試行的利用等の利用者確保策の周知・促進。

※ 介護報酬の見直しを行う場合、事業所の規模に応じた対応を行うことについてどう考えるか。

※ また、中重度者を対象とするという当初の位置付けとともに、比較的軽度の者にも利用されている現状もある中で、要介護度毎の報酬設定のバランスを見直すことについてどう考えるか。

【具体的な論点】

(2) 介護従事者のキャリアアップについて

- 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

(3) 利用者の医療ニーズへの対応について

- 一定の医療ニーズのある利用者についても受け入れることを可能とするため、医療ニーズへの対応体制についての評価を検討することとしてはどうか。

(4) 市町村独自報酬の在り方

- 質の高いサービスを市町村が独自に評価できる仕組みとして導入された市町村独自報酬制度については、実施自治体の意見等を踏まえ、平成21年4月以降のあり方を検討することとしてはどうか。(別紙参照)

(5) 適切なサービスの提供の確保

- 定額払いというサービスの特性上、必ずしも十分なサービスが提供されない状況が生じやすいと考えられることから、適切なサービスの提供を確保するための仕組みを検討してはどうか。

小規模多機能型居宅介護に係る市町村独自報酬基準 に関する調査結果の概要 (平成20年10月実施)

○対象：平成20年4月1日現在、小規模多機能型居宅介護の市町村認定を受けた
32市町村 (平成20年10月1日現在の認定市町村数は35)

○市町村独自報酬算定状況(平成20年10月1日現在)

10月1日現在算定を届け出ている事業所数 (算定実績有 : 30市町村)			算定していない 事業所数	32市町村内の 総事業所数
500単位	750単位	1000単位		
11箇所	25箇所	61箇所	97箇所	92箇所
				189箇所

参考 独自報酬算定要件

- (一) 認知症高齢者を積極的に受け入れていること
- (二) 専門性の高い人材が確保されていること
- (三) 他の事業所や地域との連携が強化されていること
- (四) その他利用者へのサービスの質の向上に資すると認められること

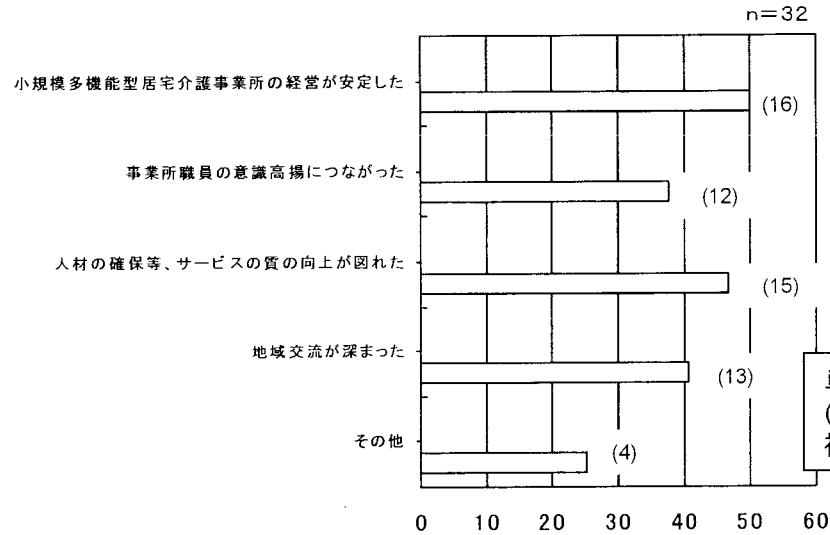
500単位 = (一)

750単位 = (一) + (二)、(三)、(四)のいずれか1つ

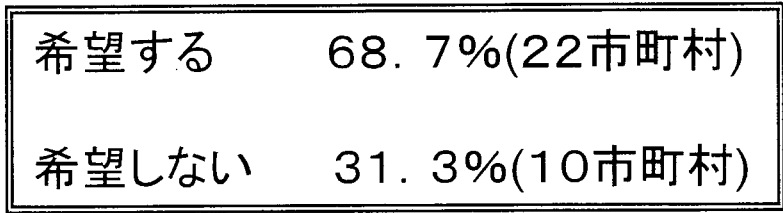
1000単位 = (一) + (二)、(三)、(四)のいずれか2つ

●独自報酬算定状況及び市区町村としての意見に関する項目

①市町村独自報酬施行後どのような成果がありましたか。

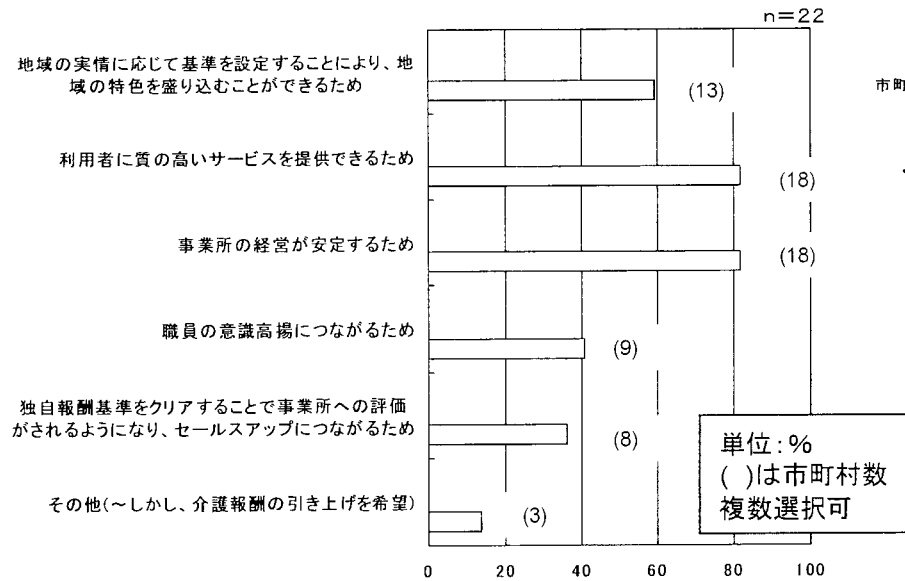


②-1 市町村独自報酬の制度につき、今後も継続を希望しますか。



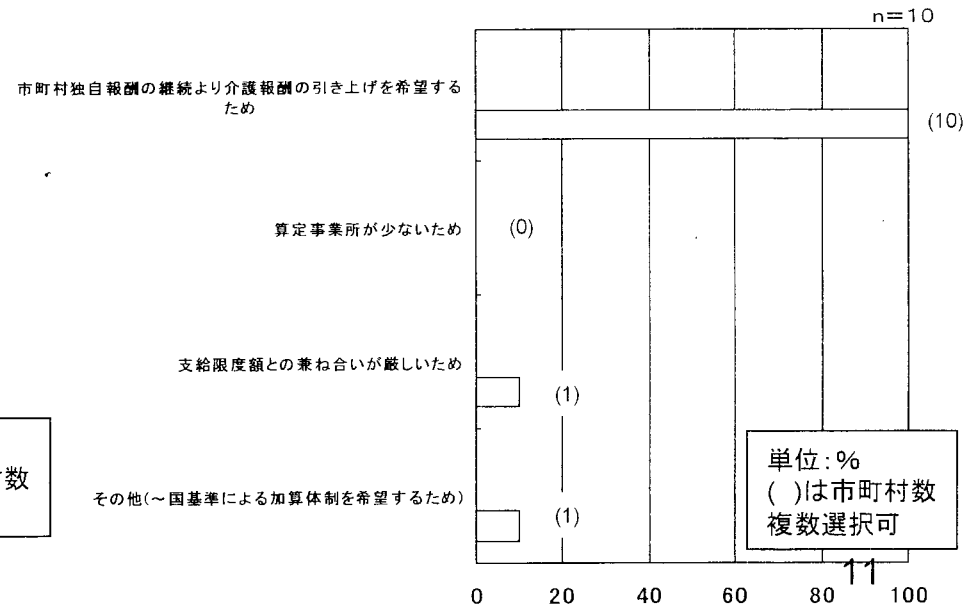
単位：%
()は市町村数
複数選択可

②-2 「②-1」で「希望する」と回答した場合のみ、理由をお答え下さい。



単位：%
()は市町村数
複数選択可

②-2 「②-1」で「希望しない」と回答した場合のみ、理由をお答え下さい。

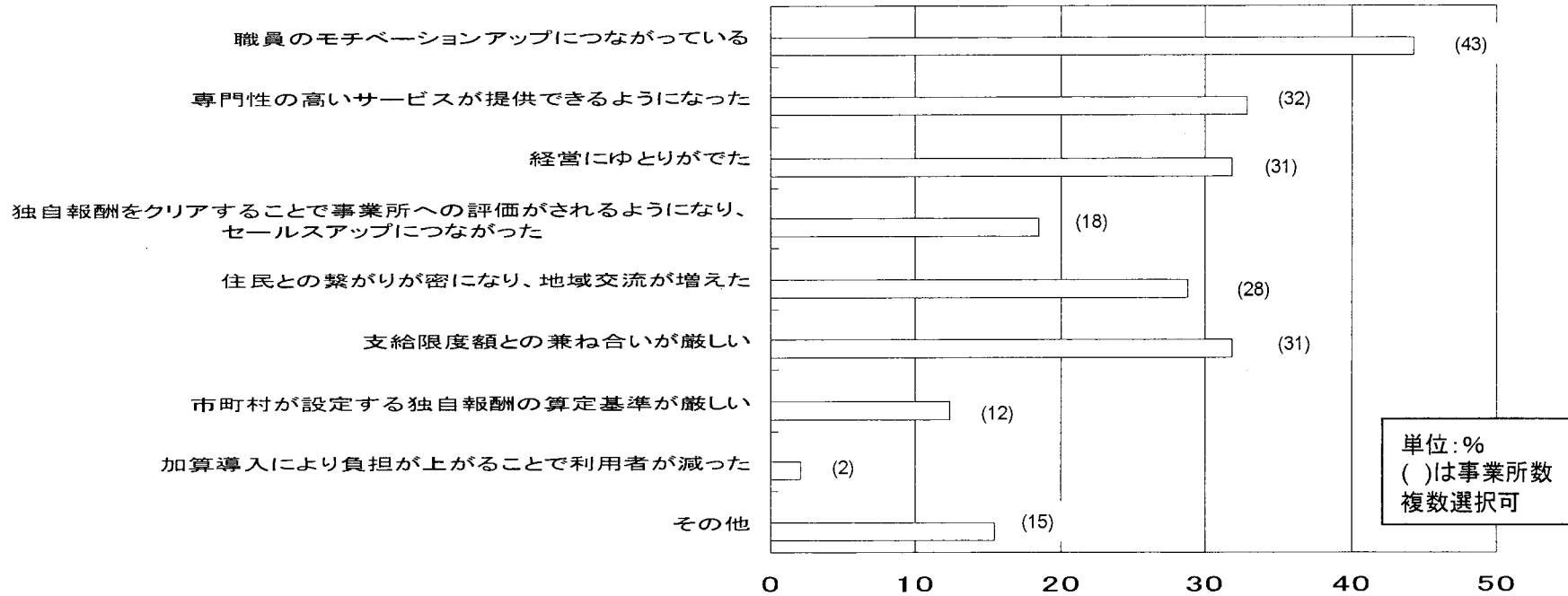


単位：%
()は市町村数
複数選択可

● 事業所からの意見に関する項目

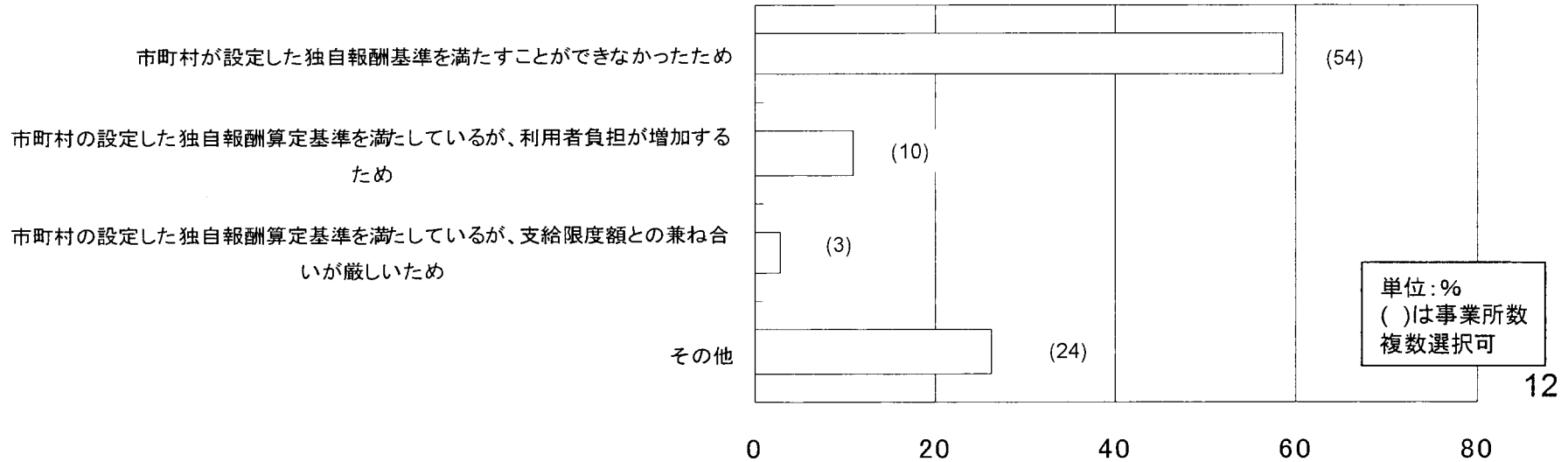
③ 市町村独自報酬導入の効果等につき、独自報酬を算定している事業所の意見として聞かれるものをお答え下さい。

n=97



④ 市町村独自報酬導入の効果等につき、独自報酬を算定していない事業所の意見として聞かれるものをお答え下さい。

n=92



參考資料

地域密着型サービスについて

○ 中重度の要介護状態となっても可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活を継続できるようにするためのサービスとして、平成18年度より新たに導入されたもの。

1：当該市の住民のみが利用可能

- 指定権限を市町村に移譲
- その市町村の住民のみがサービス利用可能(当該市の同意を得た上で他の市町村が指定すれば、他の市町村の住民が利用することも可能)

2：地域単位で適正なサービス基盤整備

市町村(それをさらに細かく分けた圏域)単位で必要整備量を定めることで、地域のニーズに応じたバランスの取れた整備を促進

3：地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定

4：地域の意見を反映する仕組み

事業所指定(拒否)及び指定基準・報酬設定には、地域密着型サービス運営委員会の設置等により、地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等の意見を聴く仕組み

- 小規模多機能型居宅介護 : 「通い」を中心として、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせたサービスの提供により、中重度になっても在宅生活が継続できるよう支援
 - 夜間対応型訪問介護 : 夜間に定期巡回と通報による随時対応を併せた訪問介護の提供により、24時間安心して生活できる体制を整備
 - 認知症高齢者グループホーム : 認知症高齢者に対して、共同生活住居において、家庭的環境と地域住民との交流の下で、日常生活上の世話・機能訓練を行い、能力に応じた自立生活を支援
- その他、 ● 認知症対応型通所介護 ● 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がある。

介護報酬

【小規模多機能型居宅介護】

- (1) 小規模多機能型居宅介護費(1月につき)
- 経過的要介護 4,469単位
 - 要介護1 11,430単位
 - 要介護2 16,325単位
 - 要介護3 23,286単位
 - 要介護4 25,597単位
 - 要介護5 28,120単位
- (2) 初期加算 30単位

【介護予防小規模多機能型居宅介護】

- (1) 介護予防小規模多機能型居宅介護費(1月につき)
- 要支援1 4,469単位
 - 要支援2 7,995単位
- (2) 初期加算 30単位

人員基準

(1) 介護・看護職員

ア 日中

- ・通いサービスの利用者3人に対し常勤換算方法で1以上
- ・訪問サービス提供のため従業者を常勤換算方法で1以上

イ 夜間及び深夜

宿泊サービスと訪問サービスの提供のため2以上(1人は宿直でも可)

※ 宿泊サービスの利用者がいない場合には、夜勤又は宿直職員を夜間及び深夜の時間帯を通じて1とすることができる。

※ アとイの職員のうち1以上が常勤、1以上が看護職員であること。

(2) 介護支援専門員 1人(必要な研修を終了している者)

※ 利用者の処遇に支障がない場合は、他の職務に従事することができる。

(3) 管理者 1人

※ 管理者及び法人の代表者は、認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者等であって、認知症高齢者の介護に関する研修を修了している者であること。

※ 事業者の参入促進のために行った措置(平成18年9月)

(1) 夜間及び深夜における職員配置の緩和

宿泊サービスの利用者のための夜勤職員に加えて配置される宿直職員(主として訪問サービス対応職員)は、登録者から連絡を受けた後、事業所から登録者宅へ訪問するのと同程度の対応ができるなど、随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はないものとする。

(2) 開設当初における人員配置の緩和

通いサービス対応の職員数は、通いサービスの利用定員の90%を基に算定すべきところ、開設の時点から6月未満の間は、通いサービスの利用定員の50%の範囲内で事業者が届け出た利用者見込数を前提に算定可とする。

○利用定員15人の場合で利用者見込数を50%とした場合

【見直し前】常勤換算で職員5人(15人×90%÷3(端数切上げ))

【見直し後】常勤換算で職員3人(15人×50%÷3(端数切上げ))

設備基準

(1) 利用者

- 登録定員 25人以下
- 通いサービスの利用定員(1日当たり) 登録定員の2分の1から15人までの範囲内
- 宿泊サービスの利用定員(1日当たり) 通いサービスの利用定員の3分の1から9人までの範囲内

(2) 居間等

- 居間及び食堂 合計した面積が通いサービスの利用者1人当たり 3m^2 以上
- 宿泊室
 - ・宿泊室(個室)の面積 7.43m^2 以上
 - ・個室以外の宿泊室の面積 1人当たり概ね 7.43m^2 以上で、構造は利用者のプライバシーが確保されていること

(3) 立地

- 利用者の家族との交流の機会を確保し、地域住民との交流を図る観点から、住宅地等に立地すること

運営基準

- 事業者は、自ら提供するサービスの評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受け、それらの結果を公表し、常にその改善を図ること。
- 登録定員に対し、通いサービスの利用者が著しく少ない状態が続かないようにすること。
- 登録者が通いサービスを利用していない日については、可能な限り、訪問サービスの提供や電話連絡による見守り等を行い、利用者に関わること。
- 介護支援専門員は、利用者の居宅サービス計画、小規模多機能型居宅介護計画の作成を行うこと。
- 事業者は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員、地域包括支援センターの職員、有識者等により構成される運営推進会議を設置し、概ね2月に1回以上、通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を運営推進会議に報告し、その評価を受け、要望、助言等を聴く機会を設けること。

小規模多機能型居宅介護に係る市町村独自の高い報酬の設定

- 市町村が独自に設定した基準において、サービスの質を確保するための特別な要件を課している場合等で、市町村からの申請に基づき厚生労働大臣が個別に認定した際には、当該市町村においては、通常よりも高い報酬を設定することができる。
- 高い報酬の設定は、加算方式とする。
- 市町村が独自に定める要件に柔軟に対応できるよう、高い報酬には段階を設定し、市町村は、いずれの段階に該当するかについて具体的な要件を明確にして申請し、厚生労働省が有識者で構成する「市町村独自報酬検討会議」に審査を依頼した上で、いずれの段階の報酬に該当するかを決定する。

未定稿

第55回・第56回・第57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。
- 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。

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報酬改定が必要。
- 介護従事者の処遇を向上させるといって、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、処遇改善と雇用管理の改善が両輪となるのではないか。

【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いるかどうか。
- 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しう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。
- 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。

【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。

【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。

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のか

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については、研修等により様々な質の担保が図られるための措置が確保され、全員が非常勤でないのであれば、問題ないのではないか。
- 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、加算ではなく、実施に雇用できる水準まで基本サービス費を上げたうえでモデル事業を実施するというやり方がよい。
- 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。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。
- 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。
- 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。
- 特定事業所加算の重度化要件は厳しいのではないか。
- 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。

【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。

【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。
- 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、分かりやすくするべきではないか。
- 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。

【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。

【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。
- 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。

- 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。
- 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。
- 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慮するのであれば、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。

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。

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。

社保審－介護給付費分科会	
第58回 (H20. 11. 14)	三上委員 川合委員提出資料 武久委員

平成 20 年 11 月 14 日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大森 彌 殿

次期介護報酬改定率ならびに本分科会のあり方等に関する緊急要望

1. 介護報酬改定における本分科会のあり方に関する事項
2. 本分科会の情報の事前漏洩に関する事項

1. 介護報酬改定における本分科会のあり方に関する事項

10月30日に開催された第57回社会保障審議会介護給付費分科会において次期介護報酬改定に関する具体的議論が始まった同日、政府による追加経済対策として、来年度介護報酬改定における3%の引き上げが公表された。

今般の追加経済対策における介護報酬3%引き上げ策は、ここに来てようやく政府が、介護サービスの厳しい現状を認識し始めた証左として評価するものではあるが、新総合経済対策の目玉と言われる他の施策と同様、長期的視野に欠けているという印象が拭えない。また、過去2回にわたる介護報酬マイナス改定による閉塞感に対し、社会保障費2,200億円削減の議論もされことなく示されたこの3%引き上げ策は、引き上げ率決定の根拠に乏しく「焼け石に水」の感が否めない。

介護報酬改定に関しては、介護保険制度の理念に照らしあわせ、本分科会において、介護労働力の確保や地域差等の諸般の事情を踏まえ、「介護事業経営実態調査」等の結果を参考にしながら、建設的議論を行い意見がとりまとめられるものと理解していた。にもかかわらず、本分科会での本格的議論の最中に、まったく別次元から介護報酬改定率が公然と発表され、あたかも既定事実のように報道されている事に対し、強い失望を感じるどころである。

今回の介護報酬改定は介護従事者対策が第一の課題であるが、そもそも、介護人材確保問題ならびに介護サービス従事者の処遇改善問題は、事業の安定的経営

と不可分の課題であり、介護サービス事業所にとって、適切な収支差ほどの程度必要なのかという議論をすべきと意見を述べてきたところである。

介護サービス事業そのものの経営状況が健全で確固たるものにならない限り、介護サービス従事者を取り巻く諸問題が根本的に解決されるものでは決してない。むしろ、こうした拙速な政策を認めることで、これまで積み上げてきた重要な社会資源である介護サービスそのものが崩壊の危機に瀕するのではないかと憂慮する。

本分科会の設置意義は何か。いま一度確認を求めるとともに、介護保険制度の崇高な理念に立ち帰り、持続可能な介護保険制度の将来を議論するにふさわしい場としての、本分科会のあり方を求めるものである。

2. 本分科会の情報の事前漏洩についての事項

情報の事前漏洩については、本分科会において再三指摘してきた問題である。にもかかわらず、本分科会の審議を経たうえで公表されるべき情報が、事前に新聞、テレビ等のニュースで報道される状況について、いまだに改善が見られないという印象が拭えない。

本分科会の情報の事前漏洩については、厳重に注意いただくとともに、情報管理のあり方について引き続き関係各方面に見直しを再度求める。

以上

社会保障審議会介護給付費分科会委員

日 本 医 師 会 三 上 裕 司

全 国 老 人 保 健 施 設 協 会 川 合 秀 治

日 本 慢 性 期 医 療 協 会 武 久 洋 三

平成 21 年度介護報酬改定についての要望

要介護・要支援高齢者が安心して在宅療養を継続するために

平成 20 年 11 月 14 日

社会保障審議会介護給付費分科会

委員 井部 俊子

平成 21 年度介護報酬改定においては、国民が療養や介護が必要な状態になっても、住みなれた地域で最期まで安心して生活できるよう、将来の介護保険の在り方を展望し、介護保険制度の安定的な運営とサービス提供体制の整備に資する改定が求められる。

この度、平成 21 年度介護報酬改定における居宅系サービスの評価について、日本看護協会、日本訪問看護振興財団、全国訪問看護事業協会の意見をとりまとめ、ここに提出する。

1. 訪問看護に対する評価の見直し

第 55 回介護給付費分科会(10 月 3 日開催)に公表された平成 20 年介護事業経営実態調査において、訪問看護事業所経営の危機的な状況が明らかになった。

訪問看護 1 事業所あたりの 1 ヶ月の介護保険関連収入は、199 万 2 千円(平成 17 年;226 万 9 千円)と前回調査時に比べ、27 万 7 千円の減収となった。これは、訪問看護事業所に従事する看護職員 1 人分の給与に匹敵する額である。また、訪問看護ステーションに従事する看護職員の数は、常勤換算で 2.7 人(平成 17 年;3.9 人)と 1 事業所あたり 1 名の看護職員が減少し、訪問看護事業所の設置基準 2.5 人ぎりぎりの人員による運営を余儀なくされている。

一方、看護職員 1 人あたりのサービス提供量は平成 17 年度に比べ 1.2 倍増であり、個々の職員の労働負担が重くなっている。しかし、労働量の増加にも関わらず、収支状況及び職員給与は共に低下しており、(看護師常勤換算 1 人当たりの給与は 2.4 万円減、非常勤では 4.3 万円減)人員確保の観点からみても、訪問看護事業の運営は大変厳しい状況に置かれている。

以上より、訪問看護事業所が介護保険利用者の療養生活や看取りを継続的・安定的に支援する観点から、サービスの提供実態とニーズに見合った評価を求めたい。具体的には、訪問看護費の引き上げ、ターミナルケア加算の評価引き上げ及び 24 時間前訪問要件の撤廃、病院・介護老人保健施設等から在宅へのスムーズな移行支援のための評価等を要望する。

2. 軽度要介護・要支援者の在宅療養継続を支える基盤整備

近年、救急搬送される高齢者が増加しており、なかでも軽症・中等度の要介護者に著しい。救急搬送後に入院に至る者も多く、入院をきっかけに在宅療養の望まざる中断を余儀なくされている。

現行の介護保険制度では、在宅療養継続のための支援が必要な者を適切に把握する仕組みが欠如している。現在、居宅(介護予防)サービスを利用する要介護(支援)者約 255 万人中、訪問看護の利用者はわずか 25 万人。特に軽度～中等度の要介護(支援)者においては利用者が 1 割に満たず、訪問看護を必要としながら利用できていない高齢者が地域に潜在化している。これらの人々に対し、不安の軽減を図り、心身の不調や異常を早期に発見・対処し、必要時に医療につなげる仕組みがないため、重度化や不要な入院による在宅療養の中断・中止を招いている。

こうした現況を改善するため、訪問看護師が軽症～中等度の要介護(支援)者を対象に在宅療養継続のための支援を適切に提供することにより、不要な救急搬送や入院を回避する新たな仕組みを導入し、報酬上評価することを提案する。

今後、さらなる高齢社会へ移行する我が国において、地域の高齢者ができる限り在宅での療養生活を継続できるよう、予防と早期発見・対応の仕組みを整備することは、介護保険制度・医療制度の将来にわたる持続的かつ安定的な運営を確保するためにも重要である。

3. 療養通所介護の拡充

療養通所介護は、平成 18 年に創設された医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度要介護者のための通所サービスである。利用者の心身状態の改善及び介護者のレスパイトに効果があり、日本訪問看護振興財団が実施した調査¹では、療養通所介護サービスの利用によって、入院・入所に至らずに済んだ者が、利用者の 3 分の 1 に上るとの結果が得られている。また、サービス利用中断の理由の約 20%が「死亡」であるなど、重度者の尊厳ある在宅生活を最期まで支え、介護保険の精神を具現する有効なサービスとなっている。

しかし、重度の利用者の安全を確保するため、常に複数名の看護・介護職員によるケアが必要であり、実際は現行の施設基準以上の人員でケアを提供している。また、利用者数の変動が激しく、安定した利用者確保が困難等の事由で当該事業所の9割近くが赤字経営であり、制度創設後 2 年が経過した現在でも設置数が全国 60 ヶ所に満たない状況である。

¹出典：日本訪問看護振興財団 平成 19 年度老人保健健康増進等事業「療養通所介護の健全な運営に関する調査研究事業」報告書

療養通所介護は、中重度者にとって、最期まで住み慣れた地域での在宅療養生活を継続するためには欠かせない介護サービスであり、今後は飛躍的に設置数を増やし、利用者ニーズに十分に答えられる体制を整える必要がある。

以上より、療養通所介護の経営安定化を図り、サービスの推進・拡充に資するよう、介護報酬上の評価の見直しを求める。具体的には、療養通所介護の定員枠を拡大し、その場合の人員配置基準を見直すこと、また、報酬の基本単位について、療養通所介護で実施している重症者ケアや入浴介助、送迎など、サービスの提供実態に見合った評価の引き上げを行うことを切に要望する。

以上

平成 20 年 11 月 14 日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大森 彌 殿

社会保障審議会介護給付費分科会
委員 木村 隆次
(有限責任中間法人日本介護支援専門員協会会長)

平成 21 年 4 月介護報酬改定にあたっての提言

介護支援専門員は、利用者の幸せづくりと実現したい生活を支えるため、介護保険制度の要として、この日本にケアマネジメントを確立するべく業務をしています。多職種協働によるケアマネジメントを徹底すれば、認知症になっても、ひとりで暮らしていても、入院することになっても、退院する時も、利用者が安心して住み慣れた地域で暮らすことが可能になります。また、過不足のない適切なサービスを必要な人に提供することにより国民が負担する社会保障費は適正なものになっていくことを確信しています。

介護支援専門員には高い倫理観と絶えざる研修が必要であることを認識し、様々な努力を重ねてきました。平成 18 年改正介護保険法施行において専門職として唯一、資格の更新制度が導入されました。今後さらに制度の中核で重責を担うためには、現在の任用資格から国家資格にする必要性があります。

今回の改定にあたっては、事業所が構造的に独立でも、法人の併設でも、利用者本位のケアマネジメントが適切に行える担当件数において経営が成り立ち、それを継続することができる抜本的な改定を強く要望いたします。介護支援専門員が、正職員・常勤専従でケアマネジメント業務を行うことにより、家族で暮らせる収入を担保できる報酬としていただけるようお願いいたします。

以下に、有限責任中間法人日本介護支援専門員協会が会員に対して実施した利用者状況調査や、都道府県支部に対して行った報酬改定の意向調査をもとに提言をさせていただきます。

1. 居宅介護支援費について

(1) 基本単位について

要介護1～5を同じ基本単位として「一本化」し、さらに基本単位を上げていただきたい。

(2) 加算について

①「初回加算Ⅰ」の「新規」の定義を明確にいただきたい。

たとえば利用者が入院して退院した後、再び担当する場合は、初回加算Ⅰを算定できるのか、不明である。

②「入院入所時情報提供・連携加算」を創設していただきたい。

入院入所時に介護支援専門員が医療機関・介護保険施設に生活機能や暮らしの情報を提供することにより、利用者は退院退所後の生活を見越した、より適切な医療を受けることができる。生活の連続性を重視する視点から、情報の連携を図ることは重要である。

③「退院退所時連携加算」を創設していただきたい。

利用者が最も不安になる退院退所時に、生活をよく知るなじみの介護支援専門員が率先して必要なサービス調整を図ることにより、円滑な居宅生活への移行ができる。診療報酬との整合性を図る必要もある。

④「認知症利用者支援加算」を創設していただきたい。

認知症利用者は、家族や地域の人たちおよび関係機関など多方面からの情報収集や、本人との頻回・長時間にわたる相談に応じることなど、多くの時間が必要で費やされている。

⑤「ひとり暮らし支援加算」を創設していただきたい。

ひとり暮らしの利用者には、別居の親族や近隣の住民など多くの人たちからの情報収集や、本人との暮らし全般の相談に応じる必要があるため、訪問が頻回になり相談時間も多く費やされている。

⑥特定事業所加算の要件緩和について

公正中立に中重度者に対してしっかり対応しているにもかかわらず、算定できない。それぞれの要件について見直しをする必要がある。

⑦「要介護度維持・改善加算」を創設していただきたい。

ケアマネジメントをした結果、利用者の要介護度が維持・改善した場合の評価をしていただきたい。

⑧給付を伴わないインフォーマルサービスのためのケアプランを評価していただきたい。

ケアマネジメントをした結果、介護保険外のサービス調整をしても報酬に結びつかない。様々な社会資源（インフォーマルサービス等）を有効活用する共助の視点も重要であり、その結果として介護給付費の節減にもなる。

(3) 逡減制について

担当件数すべてにかかる逡減制ではなく、40 件を超えた件数に対してのみの逡減制としていただきたい。ただし、介護支援専門員のケアマネジメントの質が担保され、過度な担当件数にならないよう配慮を望む。

(4) 「住宅改修理由書作成料」を創設していただきたい。

利用者の自立支援のために、ケアプランが作成されなくても住宅改修サービスは提供される場合がある。その必要性を説明するために理由書作成業務がある。居宅介護支援にかかる事務負担の軽減措置がされたが、これらに係る書類作成には時間が費やされている。

2. 施設に勤務する介護支援専門員について

(1) 50 対 1 を超えて介護支援専門員を配置している施設を評価していただきたい。現行の 100 対1では、入院患者・入所者の適切なケアマネジメントを行うことは困難である。

(2) 入院患者・入所者の暮らしを支えるケアマネジメントを実践する介護支援専門員を、「入院入所退院退所調整およびケアプラン作成担当者」として明確化することも必要である。

3. 介護予防支援について

(1) 介護予防支援の基本単位を上げていただきたい。

(2) 指定介護予防支援事業者のケアマネジメントは介護支援専門員のみが行うことと、明確化していただきたい。

4. 制度運営について

(1) 国民に対する介護保険制度の周知

多職種協働のケアマネジメントは、専門職だけでなく、本人・家族、インフォーマルサービスの人たち全員で行うものである。しかし、利用者はもとより国民の理解が不足している。これを含む介護保険制度全般、たとえば財源や負担、介護予防に関すること、地域包括支援センターの所在・役割など国民なら誰でも知っておくべき基礎知識をわかりやすく普及啓発する必要がある。

これらのことは、国や都道府県・市町村が行うだけではなく、関係諸団体も推進すべきである。

(2) 事務の簡素化

事務手続きや書類の削減・簡素化が図られているが、実質上の煩雑さは変わらない。本来の業務に専念できるよう、さらなる見直しをしていただきたい。

(3) 介護保険制度について都道府県・市町村に対するお願い

① 指導監督について

都道府県の指導監督のあり方、市町村のケアプランチェック、介護サービス情報の公表制度の調査について、本来あるべき趣旨にもとづき対応していただきたい。

なお、事業所の指導・監査には、都道府県介護支援専門員組織の代表の立ち会いを望む。

② 要介護認定について

要介護認定審査の平準化と、審査会に介護支援専門員が参画することを推進していただきたい。

③ 地域包括支援センターについて

1) 地域包括支援センター運営協議会の構成員に、地域の介護支援専門員組織の代表を入れていただきたい。

2) 主任介護支援専門員が本来の業務を行える人員体制の整備をしていただきたい。

④ 地域ケアマネジメントについて

地域包括ケアの実現に向けて、市町村の果たすべき役割は大きい。地域住民に最も近い自治体として、認知症対策、介護予防等について責任をもって遂行することを望む。

(4) 介護支援専門員の生涯研修体系について

① 質を担保するために平成18年改正介護保険法施行において更新研修が導入された。さらに質の向上を図ることができるよう、国が定めた研修内容の見直しをしていただきたい。

② 更新研修にかかるコストや時間の負担を少なくする必要がある。そのためには、eラーニングシステムや、通信教育(DVD等)を活用すべきである。

③ 更新研修課目の受講時間について、都道府県をまたいで相互に受講できる体制整備が必要である。1課目の受講ができなかったために、更新に必要な時間数を満たすことができず、事業所を廃止したケースがあった。

以上

居宅介護支援の評価について

多職種協働によるケアマネジメントを徹底すれば、認知症になっても、ひとりで暮らしていても、入院することになっても、退院する時も、利用者が安心して住み慣れた地域で暮らすことが可能になります。

入院入所時情報提供・連携加算



退院退所時連携加算

利用者さんを支えている、こういうところを評価してほしいのだけど…

居宅介護支援事業所の
介護支援専門員
(ケアマネジャー)

認知症利用者支援加算

家族や地域の人たち、関係機関など多方面からの情報収集や、本人との頻回・長時間にわたる相談に応じることなど、多くの時間が必要で費やされている。

ひとり暮らし支援加算

別居の親族や近隣の住民など多くの人たちからの情報収集や、本人との暮らし全般の相談に応じる必要があるため、訪問が頻回になり時間も多く費やされている。

要介護度維持・改善加算

ケアマネジメントをした結果、利用者の要介護度が維持・改善したことに対する評価。

給付を伴わないインフォーマルサービスのみのケアプラン評価

社会資源(インフォーマルサービス等)を有効活用する共助の視点も重要。介護給付費の節減にもなっている。

住宅改修理由書作成料

自立支援のためにケアプラン作成がなくても住宅改修サービスは提供される。必要な理由書作成業務には時間が費やされている。

特定事業所加算の要件緩和

中重度の利用者さんにしっかり対応しているにもかかわらず算定できない。要件の見直しが必要。

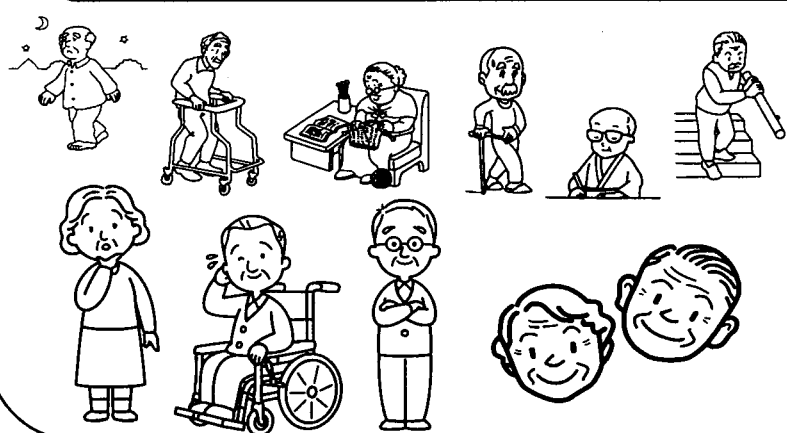
【平成21年4月介護報酬改定にあたっての提言
(平成20年11月14日)より抜粋して作図】

© Japan Care Manager Association

入院患者・入所者の幸せづくりと実現したい生活を支える 施設に勤務する介護支援専門員の評価について

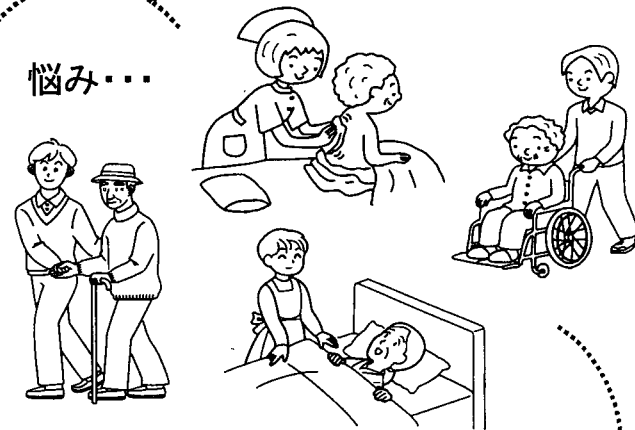
100 : 1

現行の基準は入院患者・入所者100人に介護支援専門員1人



介護保険3施設の
介護支援専門員
(ケアマネジャー)

悩み……



他の業務との兼務が多く、適切な
ケアマネジメントを行うことが困難

50 : 1
入院患者・入所者50人を超えて過配をした場合に加算



ケアマネジメントに
専念できます!

100人を担当するのは
大変。実態に合わせて
評価して下さい。

**入院入所退院退所調整
および
ケアプラン作成担当者
としての明確化**

【平成21年4月介護報酬改定にあたっての提言
(平成20年11月14日)より抜粋して作図】