

## 社会保障審議会介護給付費分科会(第57回)議事次第

日時：平成20年10月30日(木)

午後2時から午後5時まで

於：航空会館7階 大ホール

### 議 題

1. 平成21年度介護報酬改定について(居宅系サービス)
2. その他

# 介護保険サービスの動向に関する資料

## サービス種類別に見た費用額累計(平成19年度)

### 介護予防サービス

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

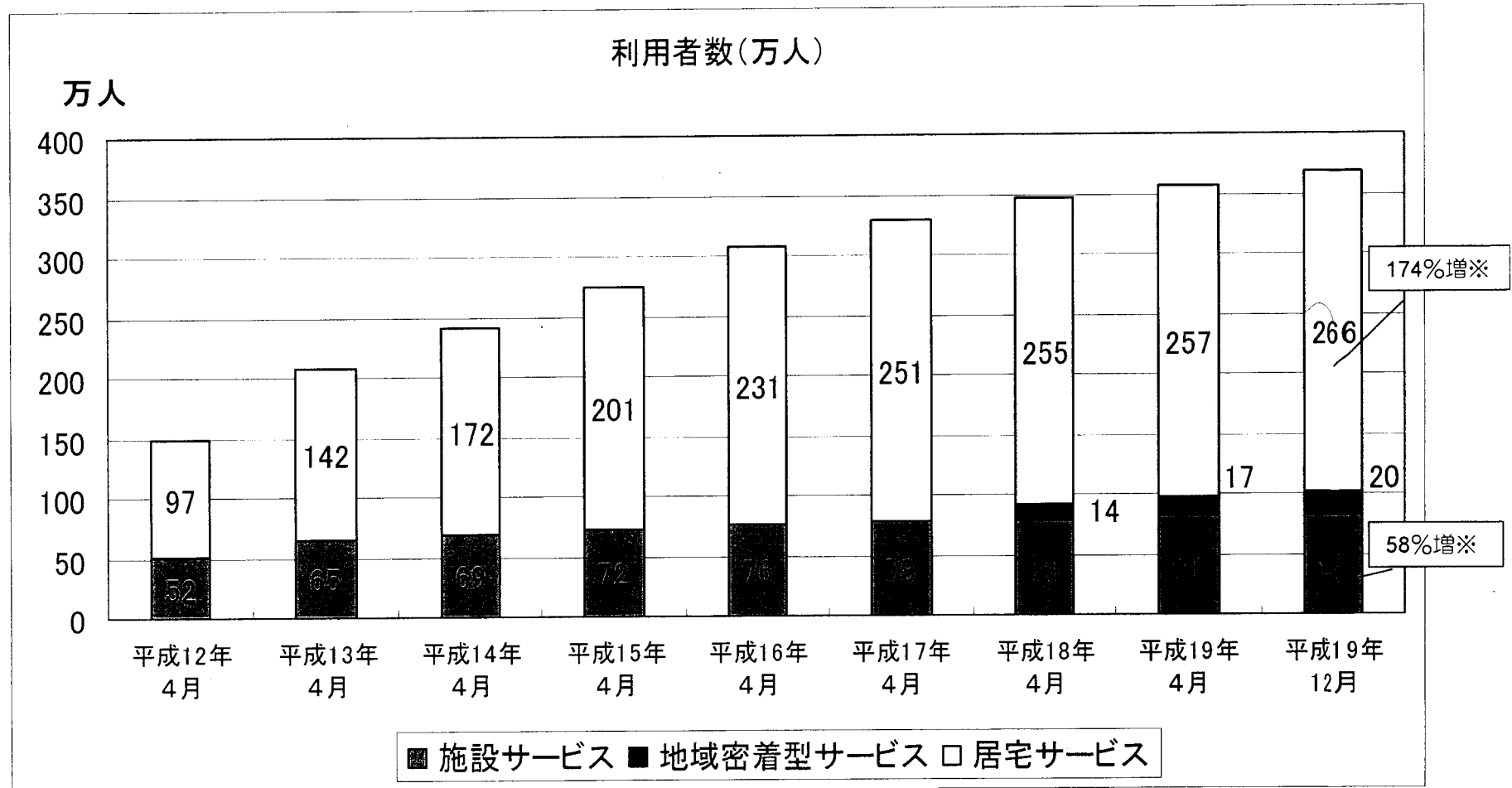
### 介護サービス

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

(出典)平成19年度介護給付費実態調査結果(厚生労働省統計情報部)

# 介護保険の利用者数及び保険給付費の推移

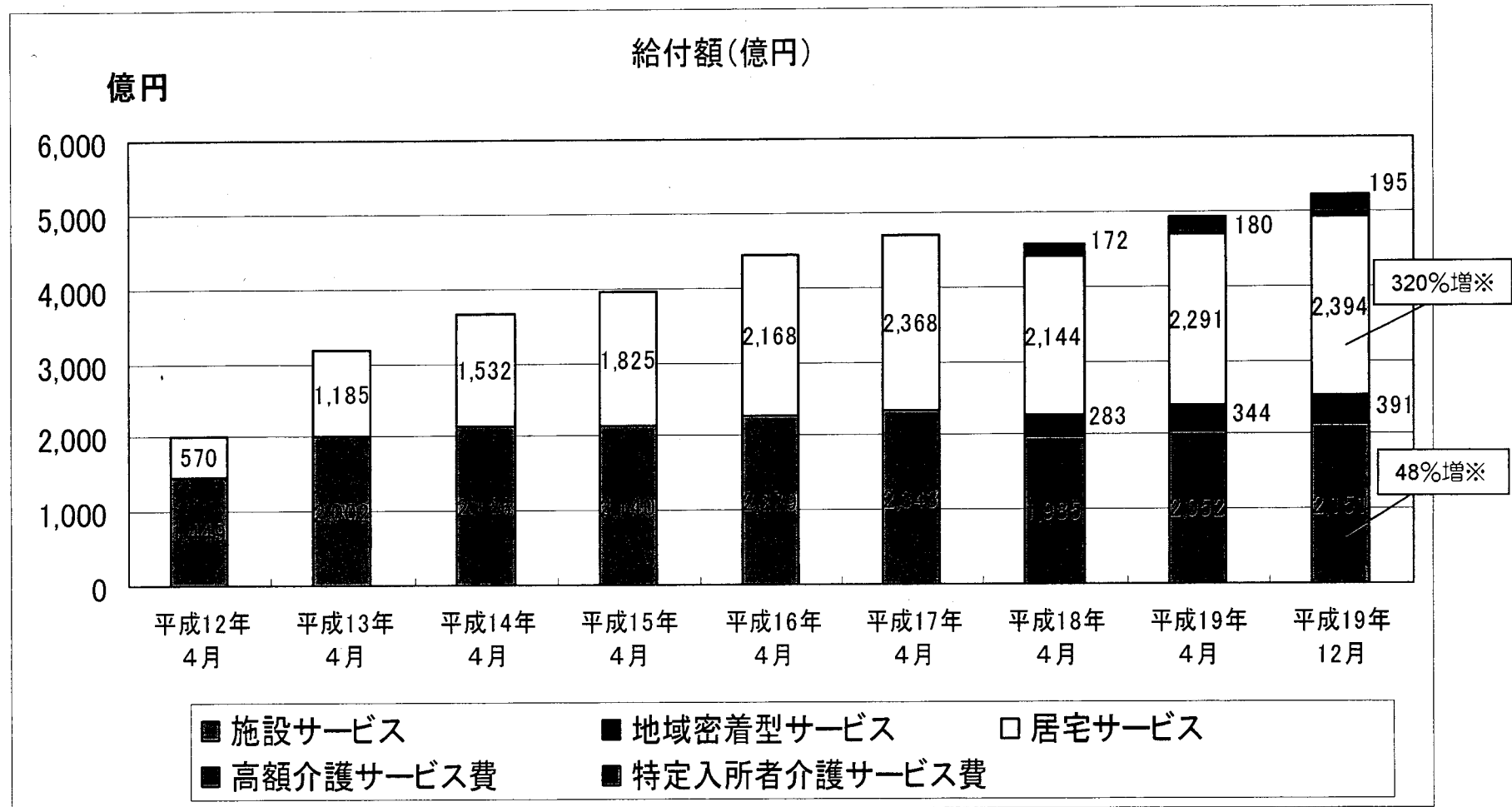
○ 利用者数は、制度発足時の約2.5倍に増加しており、居宅サービスの伸びが大きい。



(※)平成12年4月からの伸び率。

(出典)介護保険事業状況報告

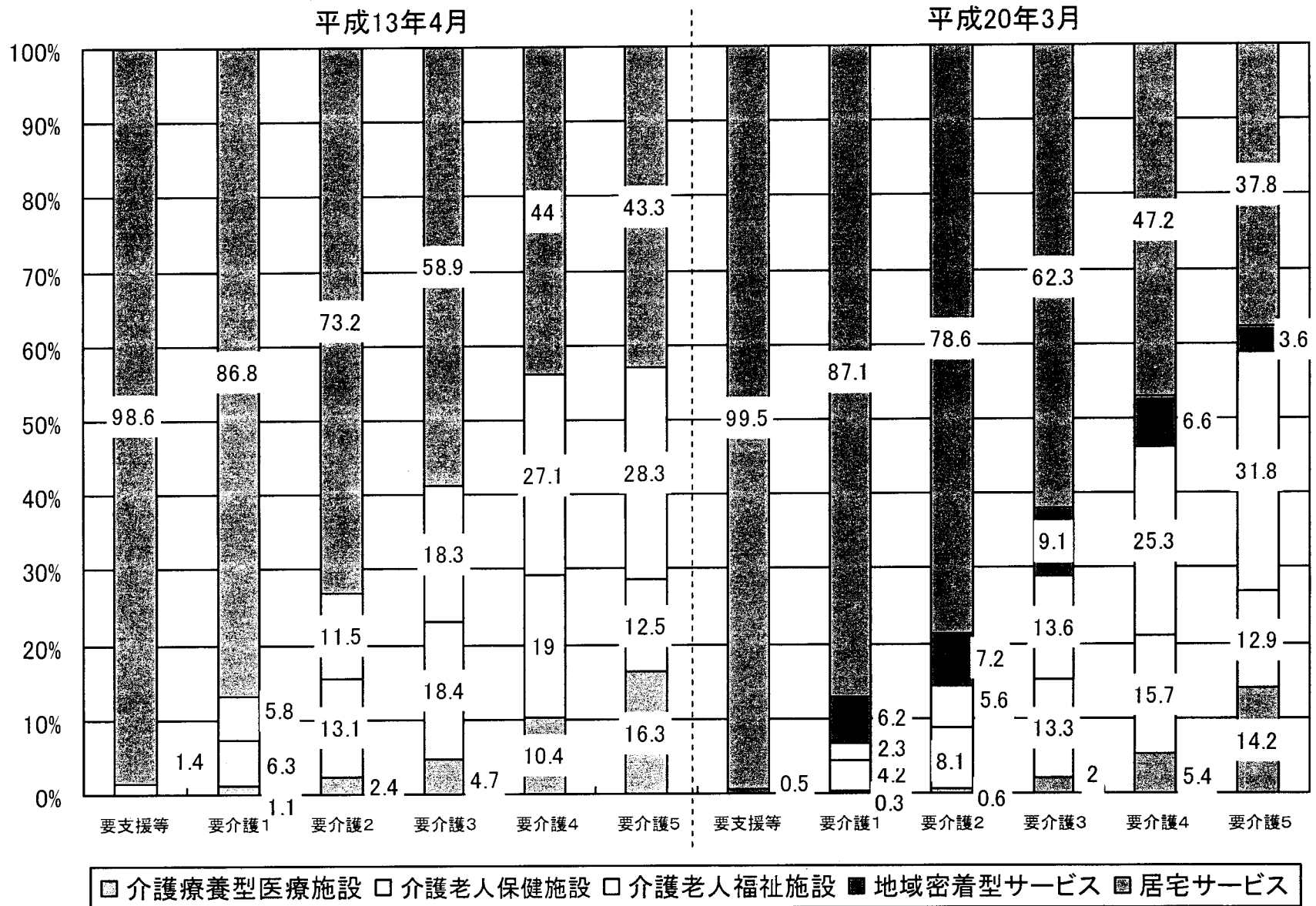
○ 1か月当たりの保険給付額は、年々増加し、発足時の約2.5倍に増加しており、居宅サービスの伸びが大きい。



(※)平成12年4月からの伸び率。

(出典)介護保険事業状況報告

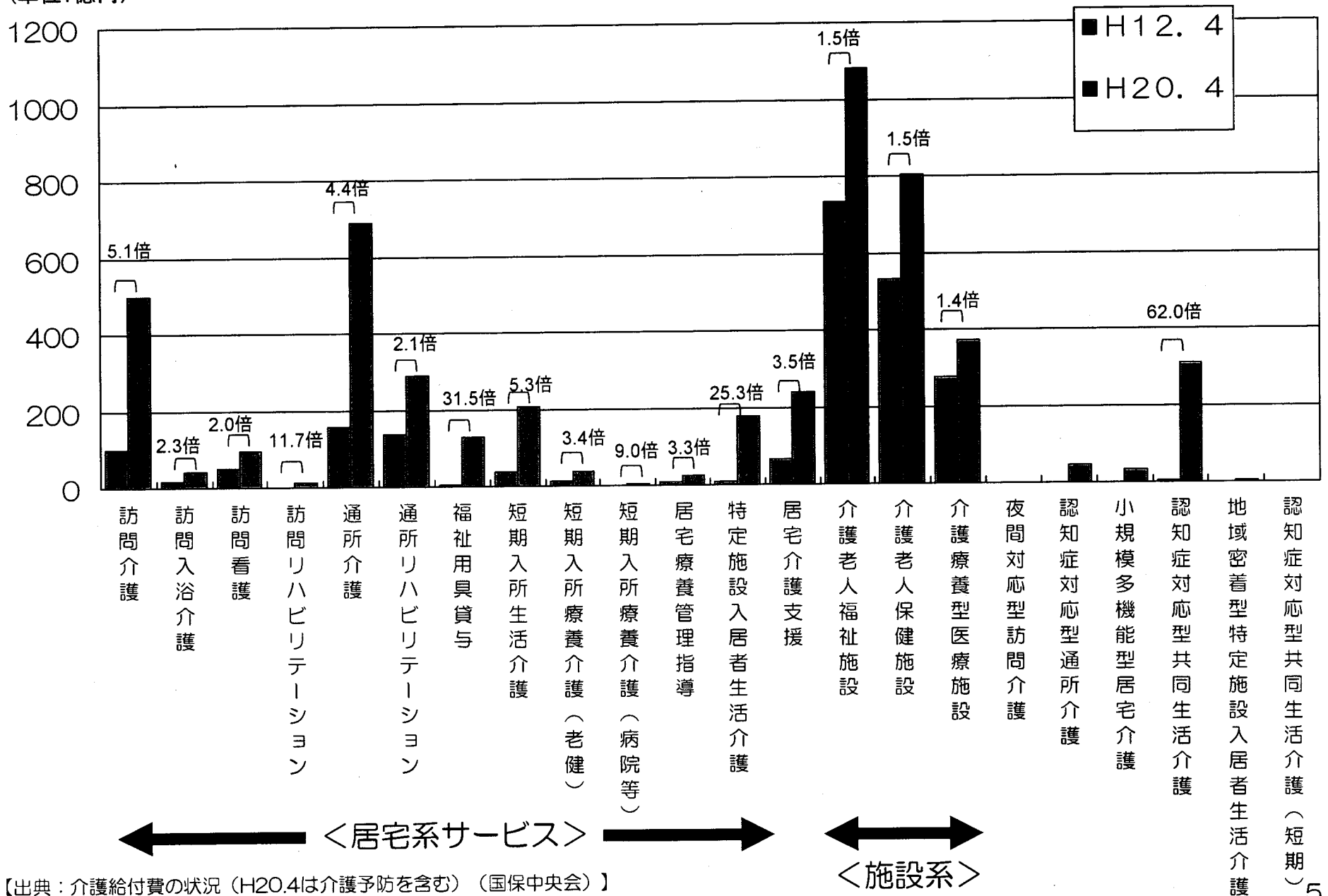
# 要介護度別サービス利用割合



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

# 介護保険サービス別の保険給付額の伸び

(単位:億円)



【出典：介護給付費の状況（H20.4は介護予防を含む）（国保中央会）】

# 平成21年度介護報酬改定の視点（例）

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

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

## 1 介護従事者の人材確保対策

- 介護従事者の給与水準や地域格差に関する問題、経営が苦しい小規模事業所に対する対応など、介護従事者の離職を防ぐための方策について検討を行う必要があるのではないか。
  - 地域格差や小規模事業所への対応のほかに、介護従事者の処遇改善に資する措置としてどのような対応が可能か(例えば、手厚い人員配置への評価や介護福祉士等の有資格者の多い事業所への評価など)。
  - 平成20年介護事業経営実態調査の結果、他のサービスと比較して特に収支差率が低かった居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護などについて、どのような対応が可能か。

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

- 医療と介護の機能分化・連携に資する方策について検討を行う必要があるのではないか。
  - 医療と介護の機能分化・連携を推進するため、また、医療系サービスについて平成20年診療報酬改定との整合性を確保するため、どのような点に留意すべきか。



### 3 認知症高齢者の増加を踏まえた認知症対策の推進

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

### 4 平成18年介護報酬改定で新たに導入されたサービスの検証

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

### 5 サービスの質の確保、効率化等

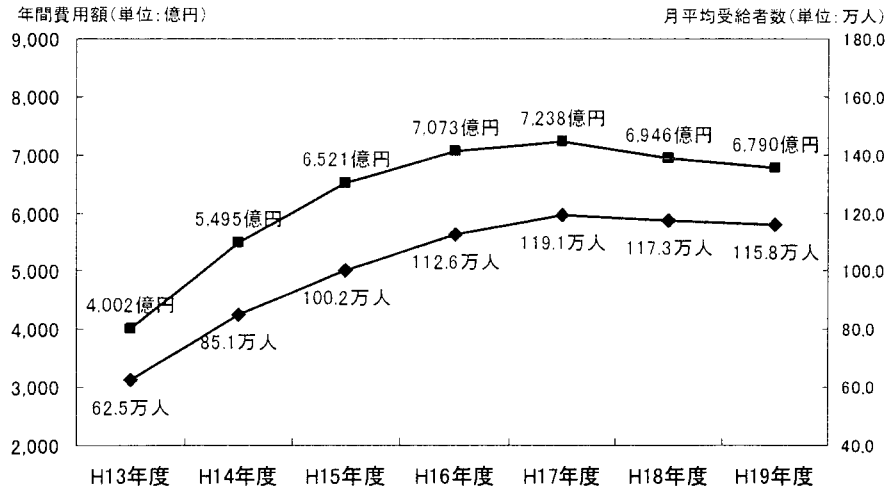
- 事務作業の時間を減らしサービスを効果的かつ効率的に提供するため、要件・基準等の見直し、事務負担の軽減(書類の簡素化など)等について検討を行う必要があるのではないか。  
→ 例えば、訪問介護におけるサービス提供責任者に対する評価のあり方について検討するとともに、質の高い介護サービスを提供する事業所を評価する特定事業所加算、介護予防通所サービスについて利用者の要介護状態の維持・改善を評価する事業所評価加算について、算定状況、効果等を踏まえ、必要に応じて見直しを検討する必要があるのではないか。

# 訪問介護について

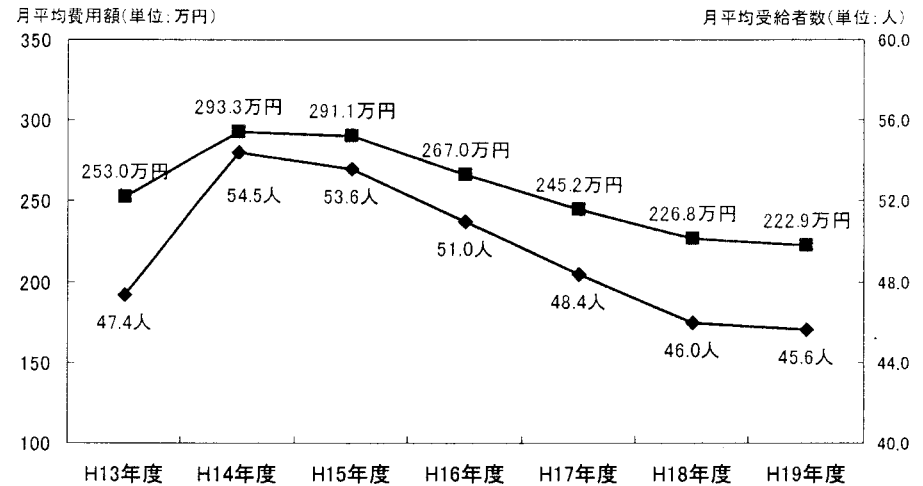
## I 訪問介護の現状と課題

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

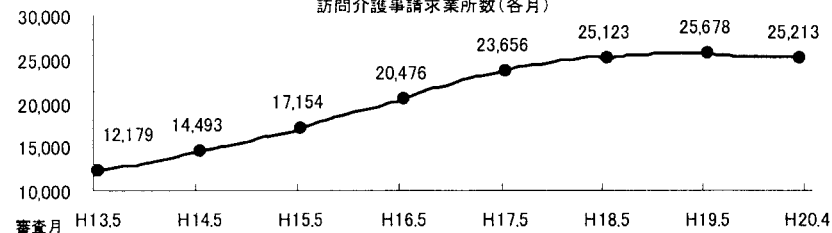
訪問介護(予防含む)年間費用額・月平均受給者数



1事業所当たり訪問介護(予防含む)月平均費用額・月平均受給者数



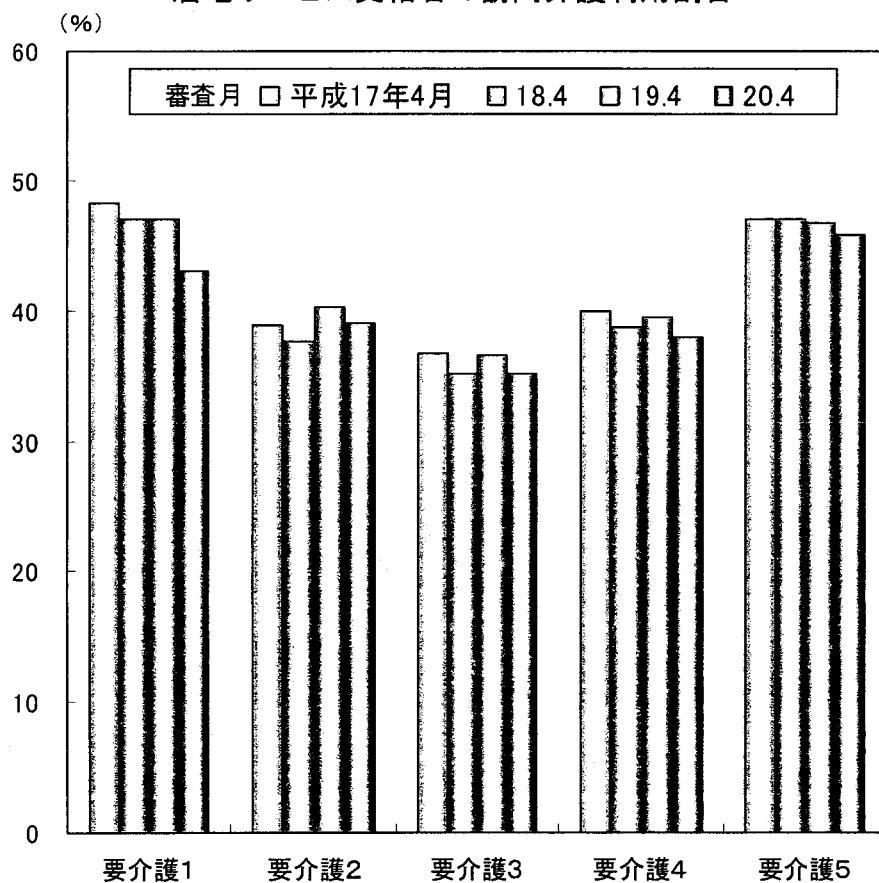
訪問介護事請求業所数(各月)



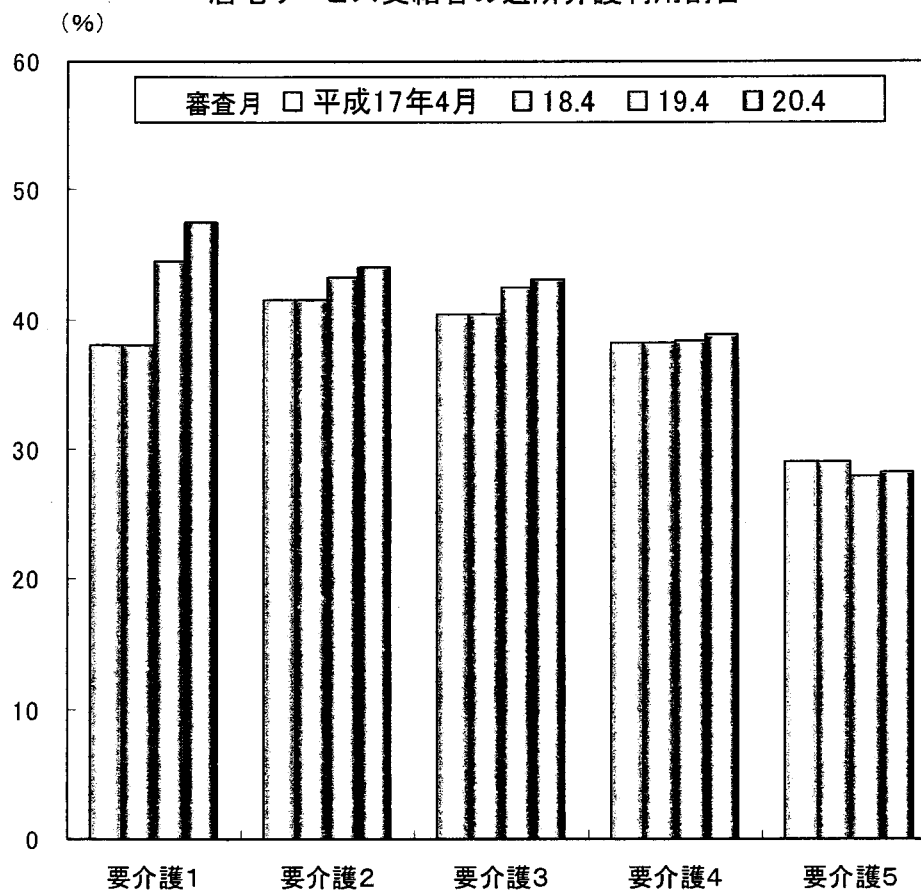
## 【訪問介護の利用状況②】

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

居宅サービス受給者の訪問介護利用割合



居宅サービス受給者の通所介護利用割合



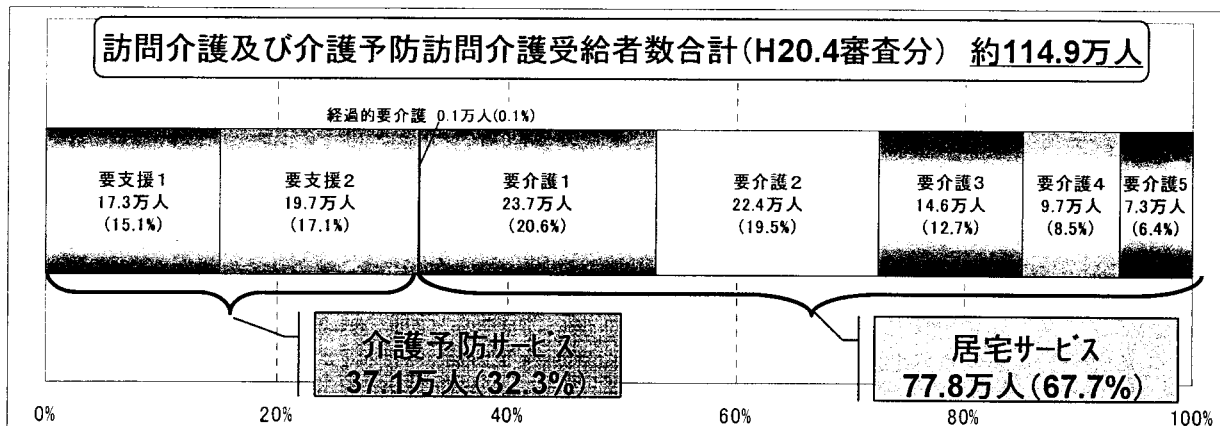
(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成。

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

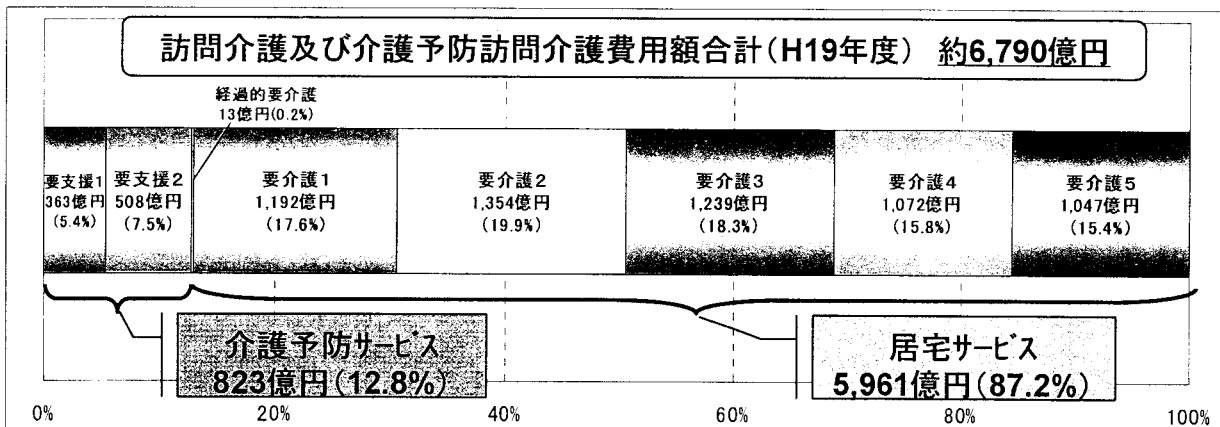
2) 平成18年4月以前の通所介護には、認知症デイを含む。

### 【訪問介護の利用状況③】

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



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)」



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成。

### ○要介護度別受給者1人当たり費用額

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

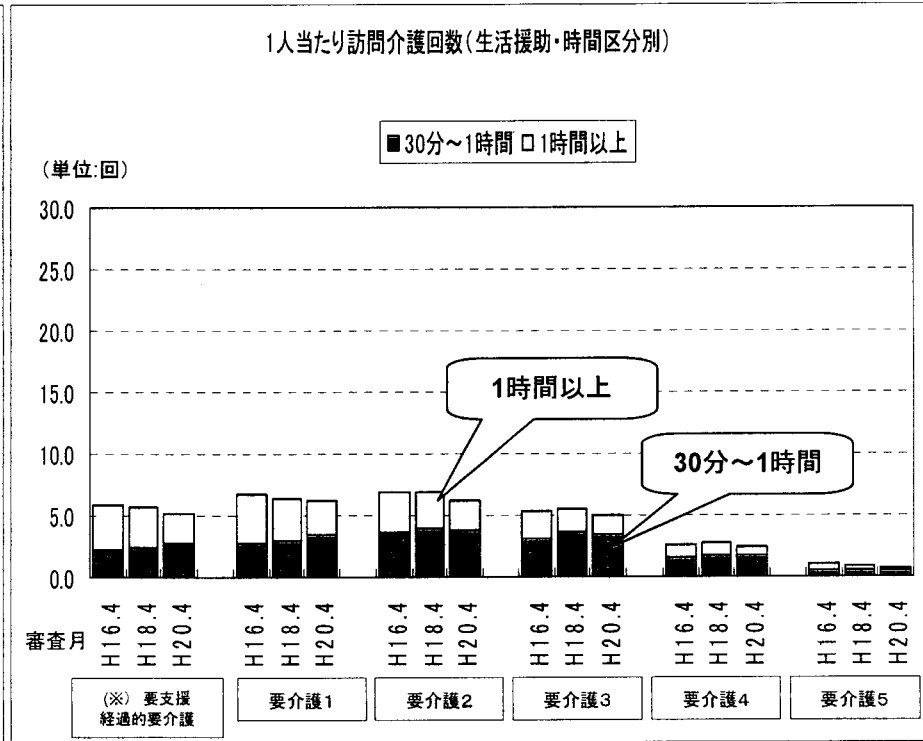
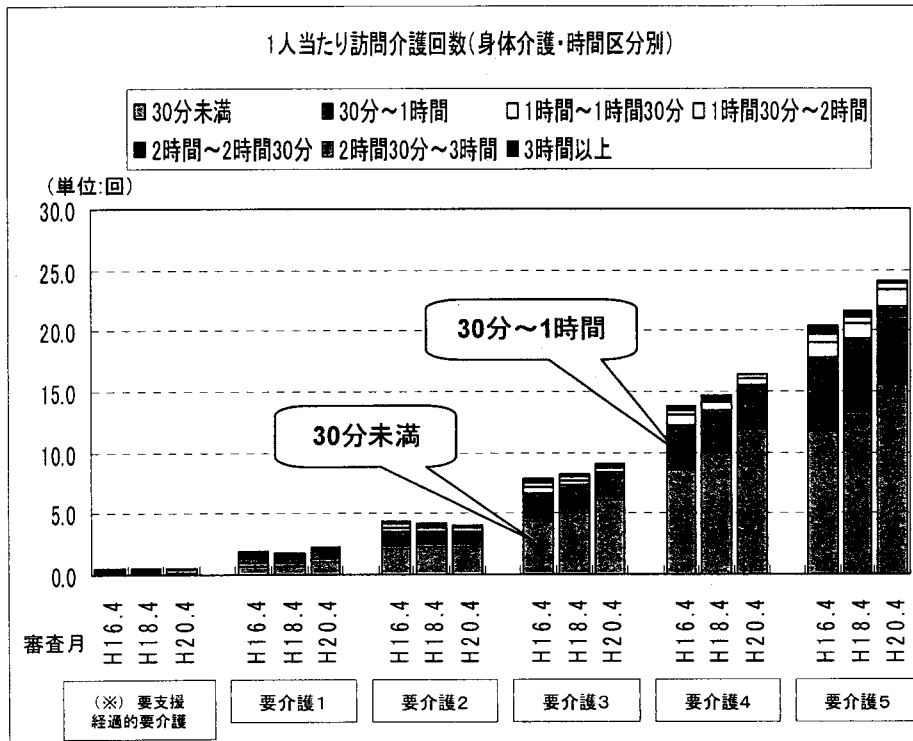
(資料出所) 厚生労働省

「介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)」

### 【訪問介護の利用状況④】

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

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



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

## 【平成20年介護事業経営実態調査の結果について】

- 延べ訪問回数が多い事業所ほど、収支差率が高くなる傾向があり、延べ訪問回数601回以上で収支差率はプラスに転じる。
- 訪問1回当たり時間(予防サービス除く)を見ると、延べ訪問回数が多くなるにつれ、短時間となる傾向がある。

5-③ 訪問介護(予防を含む)(延べ訪問回数別集計表)

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

※1 収入及び支出の額は国庫補助金等特別積立金取崩額を除いた額

※2 差引における比率は収入に対する割合

5 延べ訪問回数	120.8回		307.1回		496.8回		693.1回		897.1回		1,097.7回		1,302.3回		1,621.3回		2,868.3回	
6 常勤換算職員数(常勤率)	3.1人	55.2%	4.6人	50.7%	6.4人	44.8%	7.9人	45.6%	10.3人	40.5%	11.5人	41.6%	15.7人	37.0%	17.7人	38.8%	29.6人	37.0%
7 介護職員常勤換算数(常勤率)	2.6人	54.0%	3.9人	48.5%	5.5人	43.8%	7.0人	41.7%	9.2人	36.9%	10.3人	38.1%	14.4人	41.6%	16.3人	36.3%	27.9人	37.5%
8 訪問介護員常勤換算1人当たり訪問回数	45.6回		78.1回		89.5回		99.5回		97.8回		106.3回		90.4回		99.5回		102.7回	
9 延べ訪問回数	31.4回		89.4回		161.5回		230.1回		292.3回		389.0回		437.9回		537.1回		1,166.7回	
10 身体介護	26.4回	28.1%	73.0回	29.1%	125.7回	29.8%	168.3回	29.0%	210.2回	27.0%	269.1回	28.5%	358.7回	31.7%	365.0回	26.5%	701.5回	26.8%
11 身体・生活	29.9回	31.8%	75.2回	30.0%	120.2回	28.6%	170.0回	29.2%	237.2回	30.5%	250.5回	26.5%	314.6回	27.8%	424.9回	30.8%	653.6回	24.9%
12 生活援助	6.2回		13.2回		13.6回		12.8回		37.6回		36.2回		19.6回		52.0回		99.6回	
13 通院	93.9回		250.8回		421.0回		581.2回		777.4回		944.7回		1,130.8回		1,379.0回		2,621.4回	
14 延べ訪問時間	33時間		81時間		133時間		185時間		235時間		323時間		387時間		408時間		657時間	
15 身体介護	44時間	38.1%	117時間	39.7%	195時間	40.9%	260時間	39.4%	316時間	37.6%	417時間	39.5%	576時間	42.8%	558時間	37.3%	1,101時間	39.9%
16 身体・生活	38時間	33.2%	96時間	32.6%	149時間	31.3%	215時間	32.6%	289時間	34.5%	317時間	30.0%	385時間	28.5%	529時間	35.4%	803時間	29.1%
17 生活援助	115時間		294時間		478時間		660時間		840時間		1,058時間		1,347時間		1,494時間		2,760時間	
18 計	27.0回	22.4%	57.3回	18.6%	76.4回	15.4%	113.1回	16.3%	119.9回	13.4%	152.9回	13.9%	171.6回	13.2%	247.8回	15.2%	246.9回	8.6%
19 延べ訪問回数(対介護サービス比)	41時間		96時間		124時間		222時間		197時間		201時間		344時間		426時間		411時間	
20 延べ訪問時間	1.23時間		1.17時間		1.13時間		1.14時間		1.08時間		1.12時間		1.19時間		1.08時間		1.05時間	

## 【訪問介護員の資格取得状況・勤務形態等】

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

### ○ 資格取得状況

(単位:人)

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

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

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

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

### ○ 就業・勤務形態

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

(資料出所) (財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」

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

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

## 【特定事業所加算について①】

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

### 訪問介護事業所の特定事業所加算の要件等

#### (1) 体制要件

- ① 事業所のすべての訪問介護員等(登録型の訪問介護員等を含む。以下同じ。)に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。
- ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に行うこと。
- 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行うこと。

#### (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ないこと。
- ③ 当該指定訪問介護事業所のすべてのサービス提供責任者が五年以上の実務経験を有する介護福祉士であること。

#### (3) 重度対応要件

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

#### 【加算率等】

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



【特定事業所加算について②】

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

訪問介護の特定事業所加算請求事業所数

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

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

【特定事業所加算について③-1】

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

(1) 特定事業所加算の届出状況

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

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

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

【特定事業所加算について③-2】

○ 加算を取得している68事業所のうち、

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

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

(2) 加算を取得している事業所について

「収支差の状況」及び「訪問介護員等の賃金の影響(複数回答可)」について

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

「収支差の状況」及び「その他の影響(複数回答可)」について

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

【特定事業所加算について③-3】

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

(3) 加算の要件を満たしているが届出をしていない事業所について  
届出を行わない理由（複数回答可）

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

(4) 要件ごとの困難性について  
個別要件を満たす事業所数

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

### 【特定事業所加算について④】

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

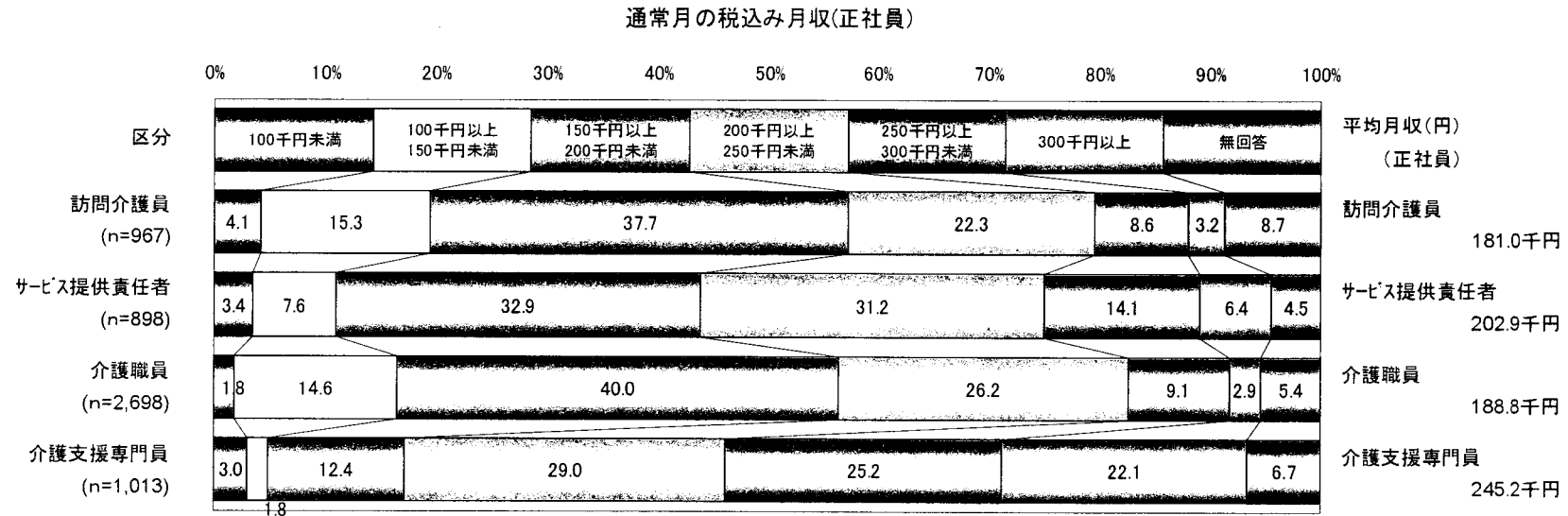
#### 平成20年経営実態調査 訪問介護(予防を含む)

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

(資料出所) 厚生労働省「平成20年経営実態調査」

## 【サービス提供責任者について①】

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



(資料出所) (財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」

## 【サービス提供責任者について②】

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

### (1) 賃金や手当等の希望

(単位 %)

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

### (2) 労働条件等の悩み、不安、不満等(複数回答)

(単位 %)

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

(資料出所) (財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」

### 【サービス提供責任者について③】

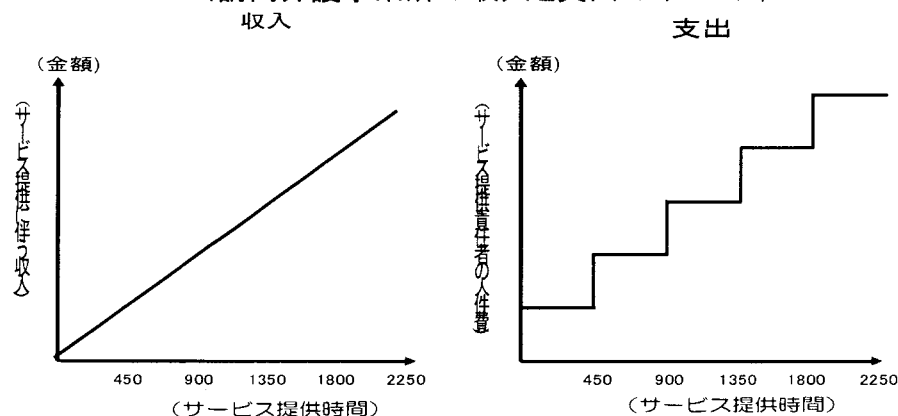
- 訪問介護事業所においては、常勤専従の訪問介護員のうち、
  - ① サービスの提供時間が450時間又はその端数を増すごとに1人以上
  - ② 訪問介護員等の数が10又はその端数を増すごとに1人以上
 のいずれかに該当する人数を、サービス提供責任者とすることとされている。
- 1事業所に配置しているサービス提供責任者が2人以上の事業所は、全体の約5割を占めている。

#### (サービス提供責任者の要件)

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

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

#### (訪問介護事業所の収入と支出のイメージ)



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

1事業所に配置してい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人以上	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



## 【3級訪問介護員について】

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

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

### 指定居宅サービス介護給付費単位数表

#### 1 訪問介護費

(中略)

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

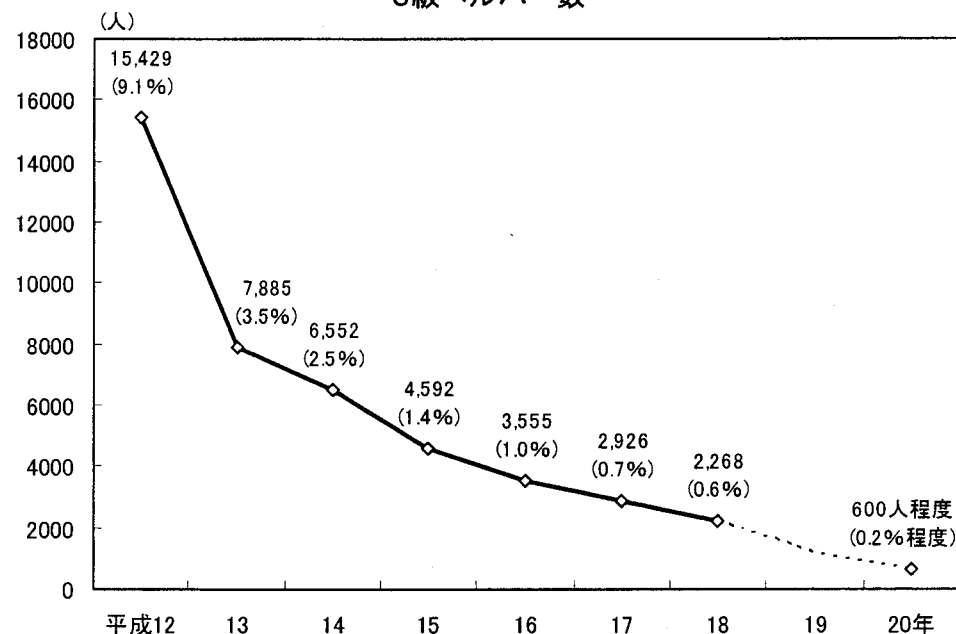
○ 平成18年度介護報酬改定等の概要について(抄)  
(平成18年1月26日 第39回介護給付費分科会提出資料)

#### ② 3級ヘルパー減算の見直し

(中略)

※3級ヘルパーに係る介護報酬の算定は、平成21年3月31日までとする。

3級ヘルパー数



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

注1) 各年10月1日現在の値。

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

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

## Ⅱ これまでの指摘等の概要

### 介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム報告

(平成19年12月10日)

#### 3 今後の検討課題について

##### (1) 各事業に共通する事項について

##### ② キャリアアップについて

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

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

##### (2) 訪問・通所系の事業について

##### ③ 人員配置基準や介護報酬上の評価について

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

### 介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成20年5月20日 参議院厚生労働委員会)

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

### Ⅲ 訪問介護の報酬・基準に関する論点

#### 【基本的な考え方】

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

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

#### 【具体的な論点】

##### (1) 訪問介護サービスの効果的推進と事業所経営の安定化について

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

##### (2) 特定事業所加算の見直しについて

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

(例)

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

### (3) サービス提供責任者について

#### ○サービス提供責任者の評価について

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

(例)

- ・ 特定事業所加算について、サービス提供責任者の評価に着目した要件の見直しを行ってはどうか。  
(再掲)
- ・ 緊急時にサービス提供責任者が居宅介護支援専門員と連携をとり、居宅サービス計画の見直しに伴い、緊急時訪問等の対応を行った場合につき、加算等で評価してはどうか。

#### ○サービス提供責任者の配置基準について

訪問介護事業所においては、

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

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

常勤のサービス提供責任者を置くこととされているため、

- ・ 事業の実態に即した事業所の運営に支障が生じている
- ・ サービス提供責任者に業務が集中しがちである。
- ・ 常勤で勤務できない介護従事者をサービス提供責任者として活用できない  
(訪問介護員の多くを占める非常勤従事者のキャリアアップができない)

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

(4) その他

○ 3級訪問介護員の経過措置について

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

(参考資料1)

## 訪問介護の介護報酬体系等と主な改正経緯

○ 訪問介護の報酬体系と主な改定経緯について

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

○ サービス提供責任者の責務を明確化(平成18年)

指定基準におけるサービス提供責任者の責務

※下線部が平成18年に明確化された責務

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

(参考資料2)

【平成15年介護報酬改定及び指定基準の見直しについて】

1. 訪問介護の区分の体系的な見直し

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

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

2. 訪問介護員における減算の算定範囲等の見直し

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

算定割合 95%→90%

3. 通院等のための乗車・降車の介助(新設)→100単位

## (参考資料3)

### 【平成18年介護報酬改定及び指定基準の見直しについて】

#### 1. 介護予防訪問介護の導入

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

##### (主な概要)

介護予防訪問介護費（Ⅰ）〈週1回程度の利用が必要な場合〉  
要支援1・要支援2 1, 2 3 4単位/月

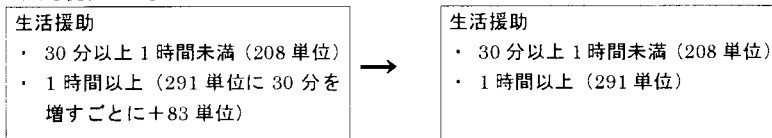
介護予防訪問介護費（Ⅱ）〈週2回程度の利用が必要な場合〉  
要支援1・要支援2 2, 4 6 8単位/月

介護予防訪問介護費（Ⅲ）〈(Ⅱ)を超える利用が必要な場合〉  
要支援2 4, 0 1 0単位/月

#### 2. 基本単位の見直し

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

##### (主な見直し概要)



#### 3. 特定事業所加算の創設

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

##### (主な概要)

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

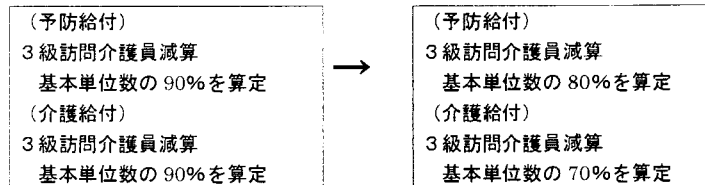
特定事業所加算（Ⅱ）〈体制要件、人材要件に適合する場合〉  
基本単位数の10%を加算

特定事業所加算（Ⅲ）〈体制要件、重度対応要件に適合する場合〉  
基本単位数の10%を加算  
※ 算定要件（別紙）

#### 4. 3級訪問介護員減算の見直し

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

##### (主な見直し概要)



#### 5. サービス提供責任者の責務を明確化（指定基準の見直し）

(サービス提供責任者の責務) 下線部が新たに明確化された責務

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



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

### ◎ 社会保障審議会答申（平成18年1月26日社保審発第1号）

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

### ◎ 19年度調査のねらいと全体構成（各調査の概要）

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

○ 実態調査の構成と手法は、次表のとおり。

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

## ◎ 調査研究結果のまとめ

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

### （１）訪問介護サービス行為の流れ

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

### （２）サービスの流れの変動要素

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

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

### （３）サービス行為における作業度内訳の把握

サービス行為の内容について、生産管理分野における知見をもとに、

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

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

#### ○ 今後の課題

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

◎ 実態調査結果のポイント（具体的データは報告書参照）

1. タイムスタディ調査の結果のポイント

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

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

(1) 介護の流れの把握について

① サービス類型共通

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

② 身体介護中心サービス

- ・ 全体的なサービス提供の流れ

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

③ 生活援助中心サービス

- ・ 全体的なサービス提供の流れ

サービス準備（健康チェック）  
→ [一般的な調理、配膳・下膳、掃除、洗濯]+[清拭・入浴、身体整容]  
→ サービス記録

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

(2) 介護の流れの変動要素把握について

① サービス利用者の身体状況(要介護度)による介護の内容・流れの違い

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

- ② 介護員の属性による介護時間の違い
- ・ 比較的経験の長い介護員（経験7～9年）の介護時間が長く、長時間型の介護を担当していることが考えられる。
  - ・ 比較的経験の短い介護員は、食事介助、掃除等の時間割合が比較的多く、比較的要介護度の低いケースを担当していると考えられる。

**(3) 生活援助における介護の流れ、「掃除」等の位置づけについて**

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

- ① 身体介護・生活援助の複合サービス
- ・ 生活援助は後半に行われる傾向がある。
- ② 掃除等の生活援助サービス
- ・ サービス時間の後半で行われることが多く、予定時間を満たすまでの介護行為の組み立ての調整項目となっている可能性がある。

**2. 映像記録調査の結果のポイント**

- 調査結果については次のとおり。

**(1) 身体介護の行為内容の特徴**

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

## (2) 生活援助の行為内容の特徴

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

(参考) 本調査における行為内容の分類に用いた指標について

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

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

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

## ○ まとめと今後の課題

### (1) 調査の前提について

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

- ② 今後、この手法による分析を深めるための調査方法は、次のようなスタイルをとり、これらの可能性を検証する手法が望ましい。
- ・ サービス体系の見直しのターゲットとなる行為を絞り込む。
  - ・ 見直しの方向性（シナリオ）をある程度定める。

## （２）調査方法について

- ① 映像記録調査の有効性を高める調査方法の工夫
- ・ 介護員のスキルの差異の把握にフォーカスする場合  
→利用者を固定し、複数種類のヘルパーによるサービスの違いを記録
  - ・ 居住環境の違いによる差異を把握する場合  
→明確に居住環境に差異があるケースを設定し、同様のケアプラン例を抽出する
- ② 映像記録調査の限界の認識
- ・ 利用者の同意が必要なため、記録対象が限定される。
  - ・ 介護員側の同意を必要のため、介護員側が粗悪な例は観測が困難。
  - ・ 画像分析のため、分析に手間がかかる。（現状では、大量データを同時並行的に分析することはかなり困難。）

## （３）分析について

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

## 3. 業務時間調査の結果のポイント

### ○ 事業所調査の結果のポイント

#### （１）全体の傾向

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

#### （２）サービス提供責任者（N=40）について

- ・ 業務時間の56%を事務作業が占めている。  
（サービス提供責任者としての事務作業46.3%、その他作業9.6%）
- ・ サービス提供時間は22.7%。

(3) サービス提供責任者以外の常勤ヘルパー (N=14)

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

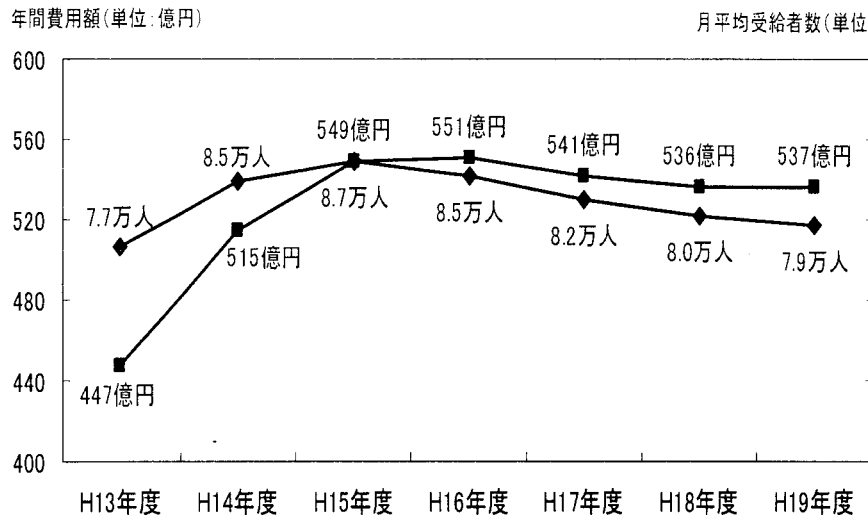


# 訪問入浴介護について

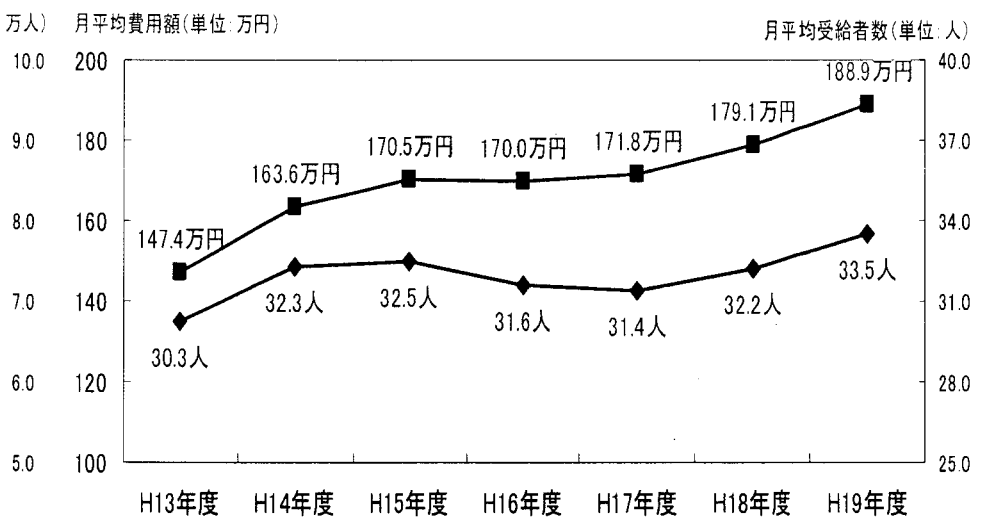
## I 訪問入浴介護の現状と課題

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

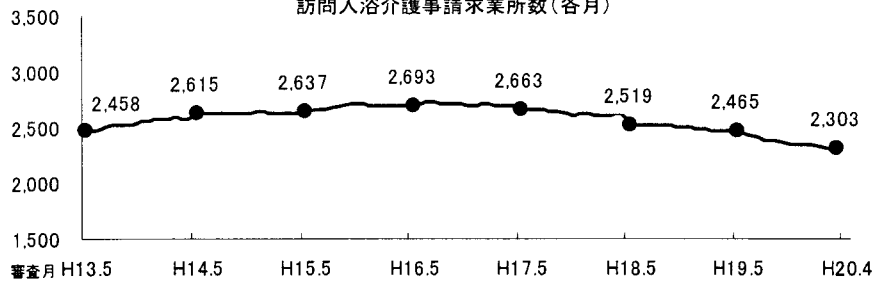
訪問入浴介護(予防含む)年間費用額・月平均受給者数



1事業所当たり訪問入浴介護(予防含む)月平均費用額・月平均受給者数



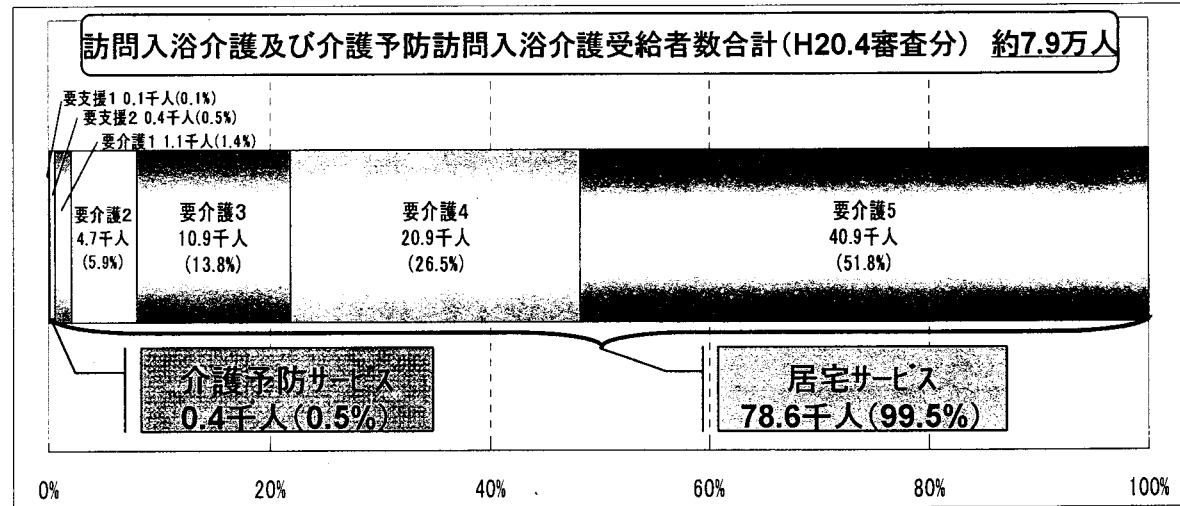
訪問入浴介護事請求業所数(各月)



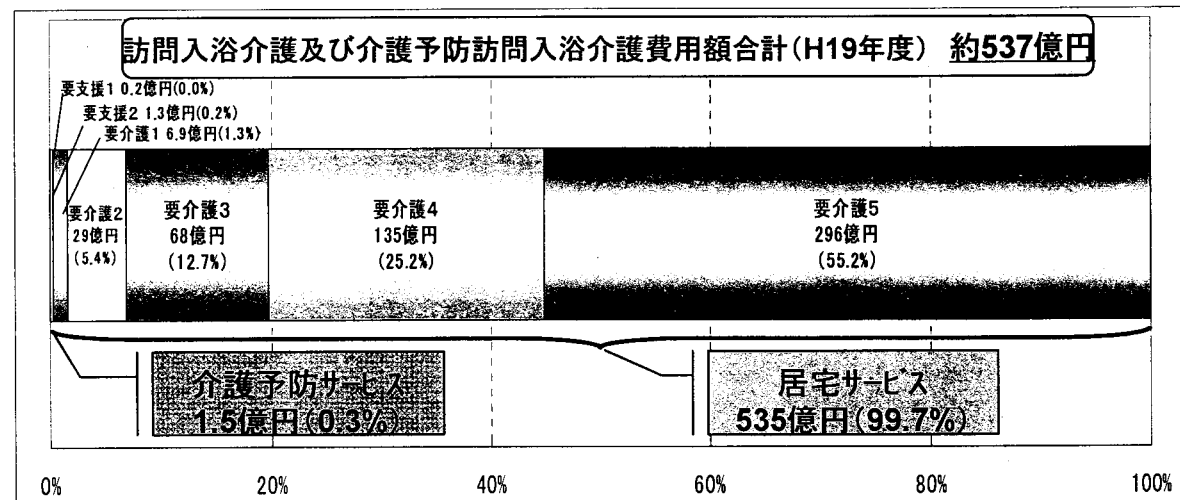
(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成。

## 【訪問入浴介護の利用状況②】

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



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成。

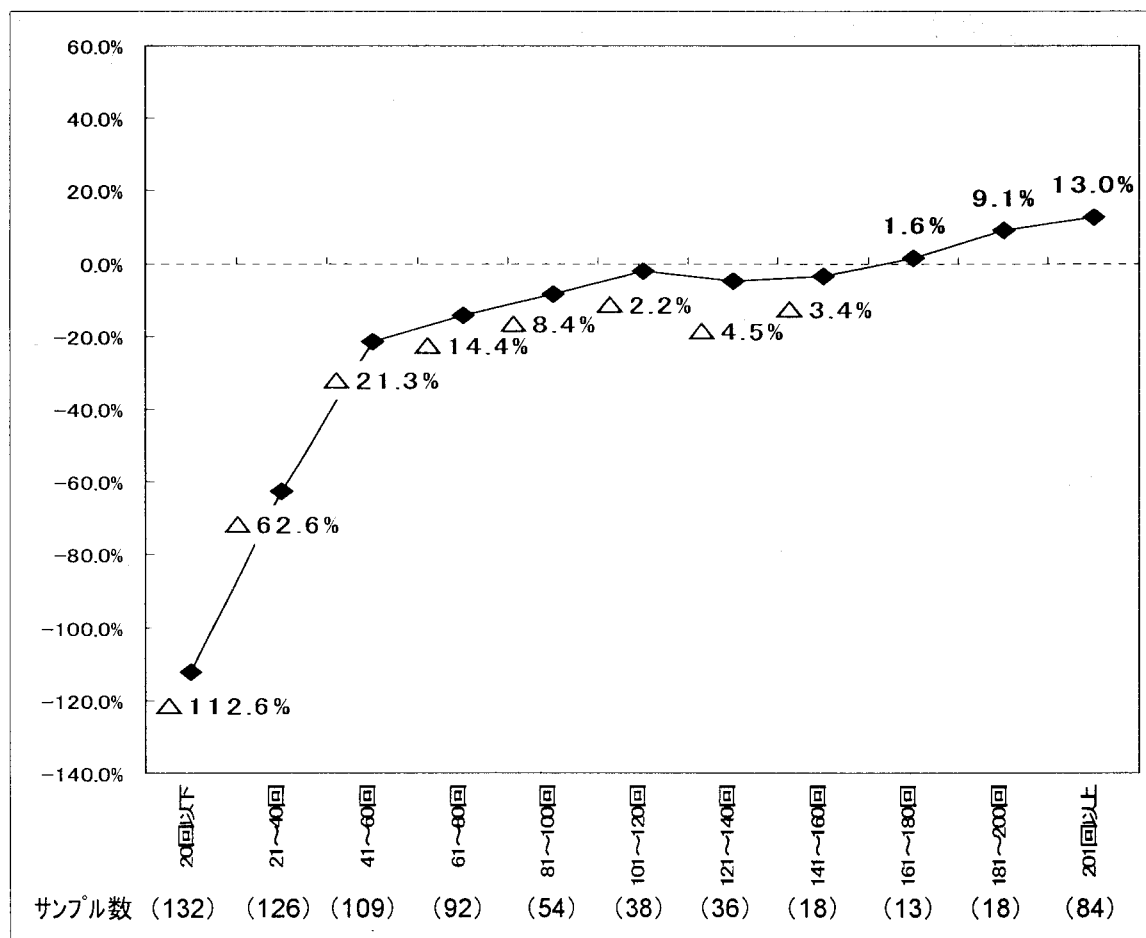


(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)」

【平成20年介護事業経営実態調査の結果について】

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

規模別収支差率



(資料出所) 厚生労働省「平成20年介護事業経営実態調査」

【平成18年介護報酬等改定】

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

(平成18年改正後の基準及び報酬単位)

改正前

(訪問入浴介護)

- 基本単位 1, 250単位/回
- 人員要件 看護職員1以上  
介護職員2以上

現行通り

改正後

(訪問入浴介護)

- 基本単位 1, 250単位/回
- 人員要件 看護職員1以上  
介護職員2以上

予防導入

(介護予防訪問入浴介護)

- 基本単位 854単位/回
- 人員要件 看護職員1以上  
介護職員1以上

## Ⅱ 訪問入浴介護の報酬・基準に関する論点

### 【基本的な考え方】

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

# 通所介護について

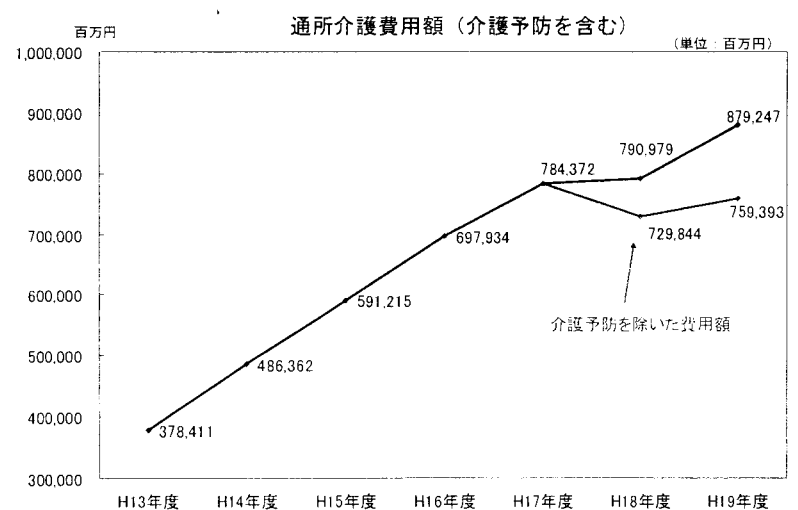
## I 通所介護の現状と課題

### 【費用額の状況】

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

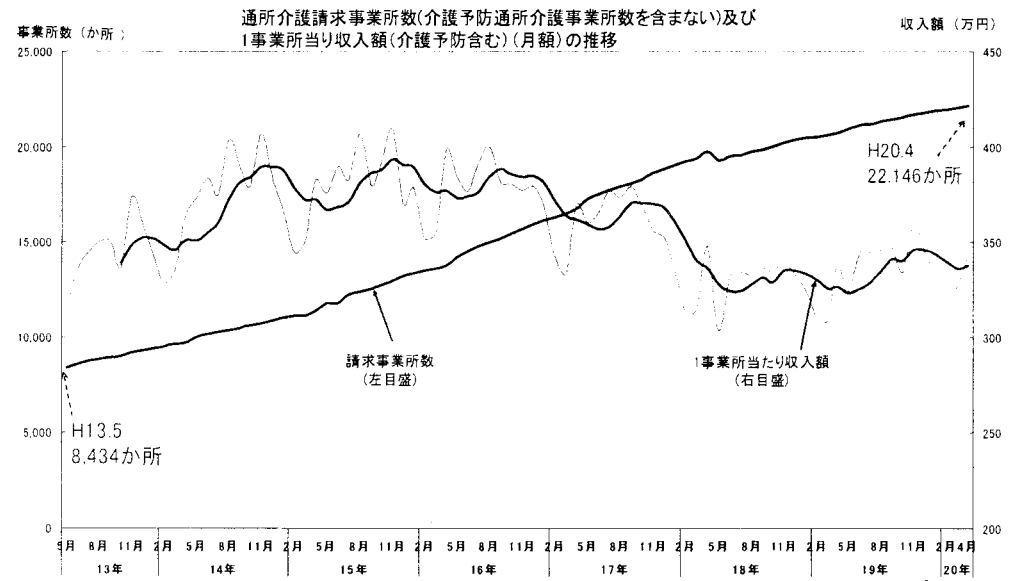
### 【通所介護事業所の状況】

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



(※ H17年度までは認知症専用型を含むが、H18年度以降は含まない。)

(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」



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

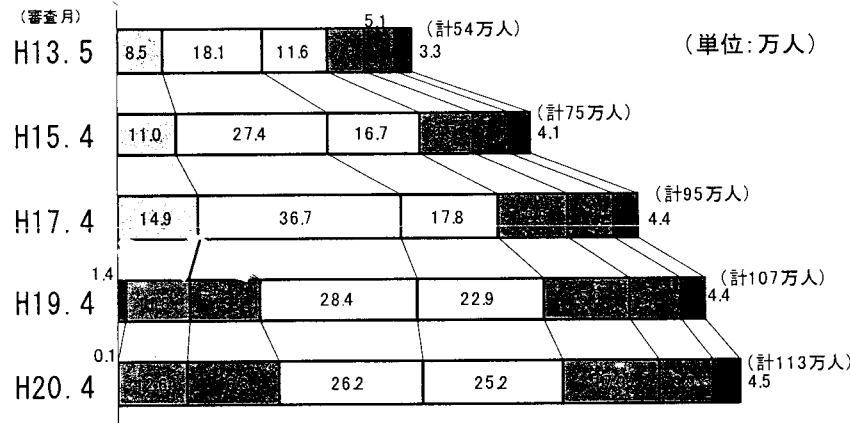
(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

## 【利用者の状況】

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

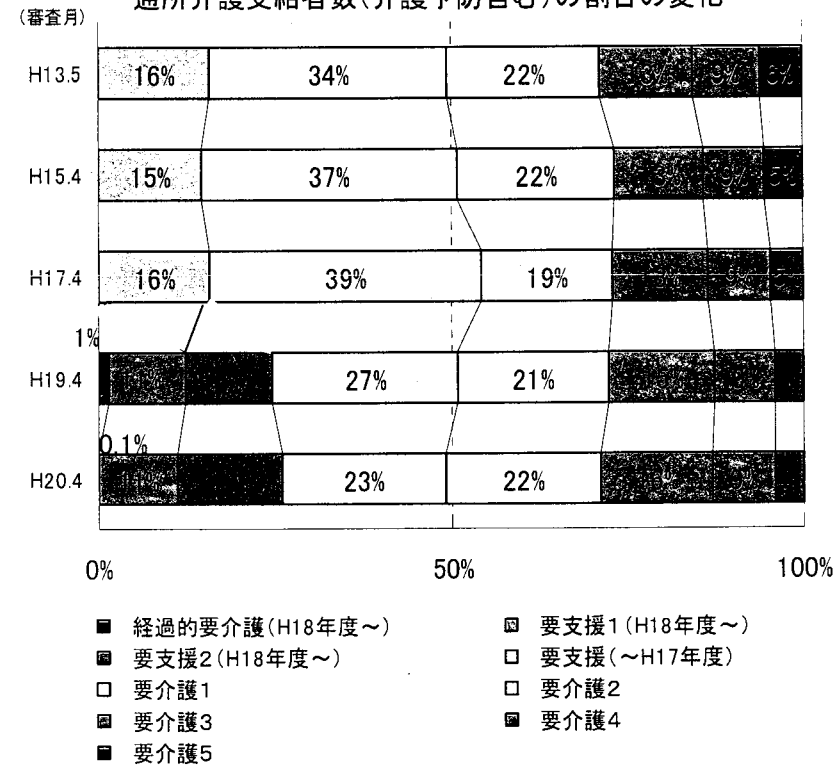
(参考) 平成20年4月審査分 介護予防・介護サービス受給者数 369万人(介護給付費実態調査(厚生労働省))

通所介護受給者数(介護予防含む)



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

通所介護受給者数(介護予防含む)の割合の変化



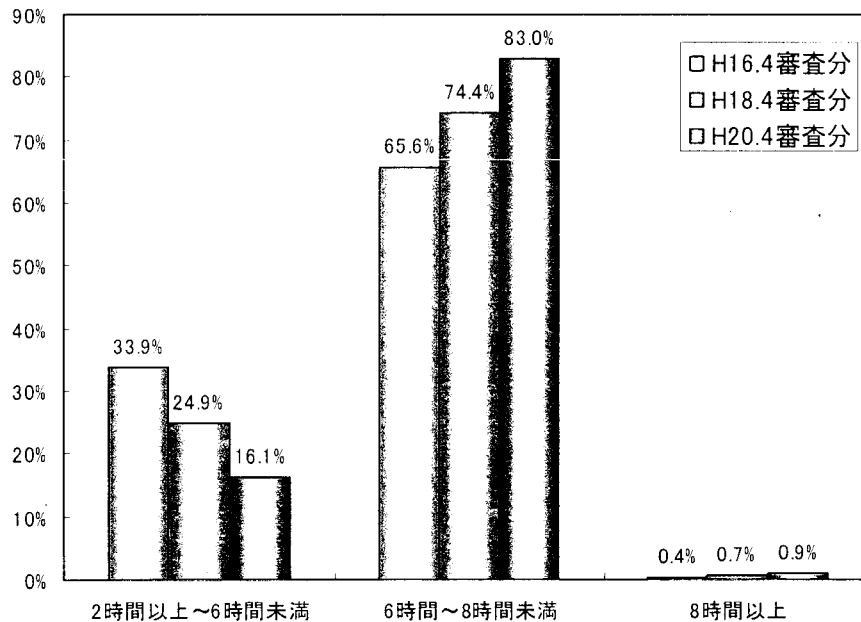
(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

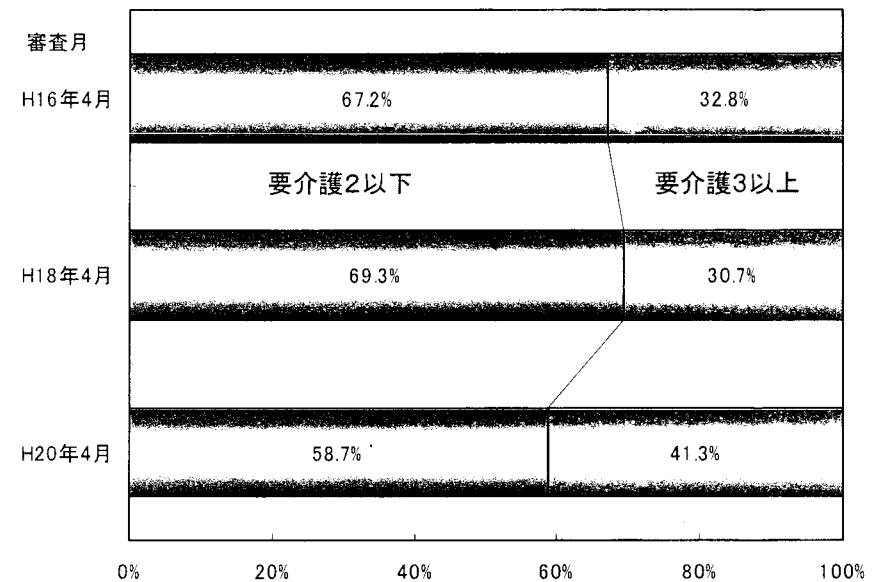
## 【サービス提供の状況】

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

通所介護所要時間別の割合



通所介護所要時間6～8時間未満における要介護度別割合



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」



## 【介護予防通所介護の現状】

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

各数値の出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」  
平成20年4月審査分

## 【収支差率の状況】

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

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

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

### 通所介護 延べ利用回数別集計

8-③ 通所介護(予防を含む)(延べ利用回数別集計表)

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

※1 収入及び支出の額は国庫補助金等特別積立金取崩額を除いた額

※2 比率は収入に対する割合(以下同じ)

## Ⅱ 通所介護に関するこれまでの指摘事項等の概要

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

#### 3 今後の検討課題について

##### (1) 各事業に共通する事項について

##### ② キャリアアップについて

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

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

##### (2) 訪問・通所系の事業について

##### ③ 人員配置基準や介護報酬上の評価について

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

### 介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成20年5月20日 参議院厚生労働委員会)

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

### Ⅲ 通所介護の報酬・基準に関する論点

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

<小規模型通所介護費>

一月当たりの平均利用延人員数が300人以内の指定通所介護事業所

<通常規模型通所介護費>

小規模型に該当しない事業所

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

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

(参考1)

通所介護の概要

【指定基準】

＜人員基準＞

(通常) 利用定員が10人を超える事業所の場合

- (1) 管理者 1人 常勤専従 (管理上支障がない場合は兼務可)
- (2) 生活相談員 1人以上 単位ごとに提供時間帯を通じて専従
- (3) 看護職員 1人以上 単位ごとに専従

※ 看護師、准看護師

- (4) 介護職員 1人以上 単位ごとに提供時間帯を通じて専従  
(利用者が15人まで1人。それ以上は、5人ごとに1人を加えた数以上。)

※ (2) 又は (4) のうち1人以上は常勤でなければならない。

- (5) 機能訓練指導員 1人以上

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

※ (3) との兼務可能

(例外) 利用定員が10人以下の事業所の場合

- (1) 管理者 1人 常勤専従 (管理上支障がない場合は兼務可)
- (2) 生活相談員 1人以上 単位ごとに提供時間帯を通じて専従
- (3) 看護職員又は介護職員 1人以上 単位ごとに提供時間帯を通じて専従

※ (2)、(3) のうち1人以上は常勤でなければならない。

- (4) 機能訓練指導員 1人以上

※ (3) との兼務は不可

【サービスの内容】

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

## (参考2)

### 過去の報酬改定

#### 平成15年4月改定のポイント

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

#### 前回(平成18年4月)改定のポイント

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

### 現在のサービス利用の状況(要介護度別等)

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

厚生労働省「介護給付費実態調査」  
平成20年4月審査分

(参考3)

通所介護の報酬単位

通所介護費 基本部分			注	注	注	注	注	注	注	注	注		
			利用者の数が利用定員を超える場合	看護・介護職員の数に満たない場合	2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合	大規模事業所(前年度の1月当たりの平均利用延人数900人超)の場合	6時間以上8時間未満の通所介護の前後に日常生活上の世話を行う場合	入浴介助を行った場合	個別機能訓練加算	若年性認知症ケア加算	栄養マネジメント加算	口腔機能向上加算	
イ 小規模型通所介護費	(1) 3時間以上 4時間未満	経過的要介護 ( 396 単位)	× 70/ 100		× 70/ 100								
		要介護1 ( 437 単位)											
		要介護2 ( 504 単位)											
		要介護3 ( 570 単位)											
		要介護4 ( 636 単位)											
	要介護5 ( 702 単位)												
	(2) 4時間以上 6時間未満	経過的要介護 ( 529 単位)											
		要介護1 ( 588 単位)											
		要介護2 ( 683 単位)											
		要介護3 ( 778 単位)											
		要介護4 ( 872 単位)											
	(3) 6時間以上 8時間未満	経過的要介護 ( 707 単位)											
		要介護1 ( 790 単位)											
		要介護2 ( 922 単位)											
		要介護3 ( 1,055 単位)											
要介護4 ( 1,187 単位)													
ロ 通常規模型通所介護費	(1) 3時間以上 4時間未満	経過的要介護 ( 346 単位)	× 70/ 100	× 70/ 100	× 70/ 100	× 90/ 100		8時間以上9時間未満の場合 +50単位	1日につき +50 単位	1日につき +27 単位	1日につき +60 単位	1回につき +100 単位 (月2回を限度)	1回につき +100 単位 (月2回を限度)
		要介護1 ( 381 単位)											
		要介護2 ( 437 単位)											
		要介護3 ( 493 単位)											
		要介護4 ( 549 単位)											
	要介護5 ( 605 単位)												
	(2) 4時間以上 6時間未満	経過的要介護 ( 458 単位)											
		要介護1 ( 508 単位)											
		要介護2 ( 588 単位)											
		要介護3 ( 668 単位)											
		要介護4 ( 748 単位)											
	(3) 6時間以上 8時間未満	経過的要介護 ( 608 単位)											
		要介護1 ( 677 単位)											
		要介護2 ( 789 単位)											
		要介護3 ( 901 単位)											
要介護4 ( 1,013 単位)													
費所療ハ 介養通	(1) 3時間以上6時間未満 ( 1,000 単位)												
	(2) 6時間以上8時間未満 ( 1,500 単位)												

(参考4)

各加算の利用状況

介護サービス回数・日数・件数，要介護状態区分・サービス種類内容別

(単位：千回(日・件))

区分	総数		
通所介護	7 455.6		
小規模型事業所	1 544.1	総回数に対する割合	
通常規模型事業所	5 905.0		
療養通所介護	2.1		
個別機能訓練加算*(1日27単位)	3 954.6		53.04%
入浴介助加算*(1日50単位)	5 760.1		77.26%
若年性認知症ケア加算*(1日60単位)	2.2		0.03%
栄養マネジメント加算(1回100単位、月2回まで)	2.7		0.04%
口腔機能向上加算(1回100単位、月2回まで)	70.7		0.95%

介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)(厚生労働省)

\* は日数を集計している。



# 療養通所介護について

## I 療養通所介護の現状と課題(平成18年創設)

### 【療養通所介護のサービス提供状況】

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

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

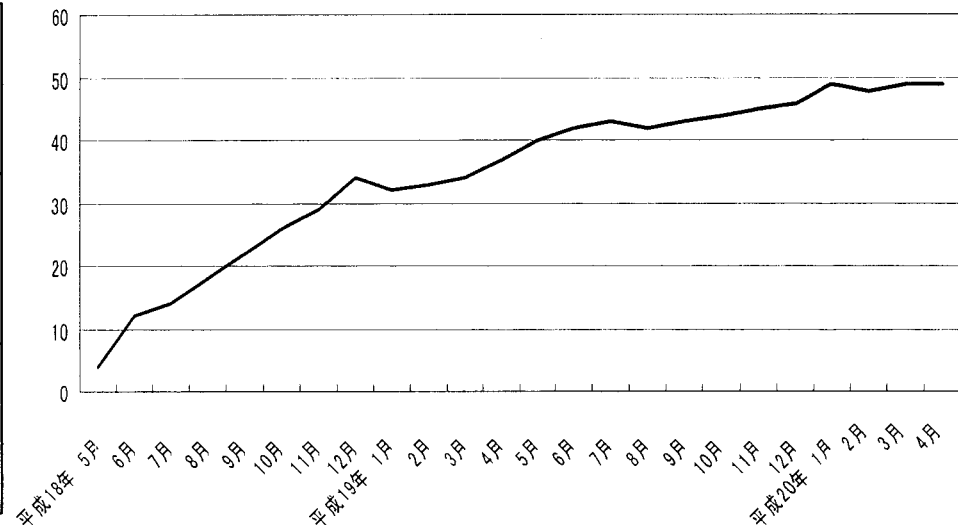
(出典)介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)(厚生労働省統計情報部)

### 要介護度別療養通所介護回数(延べ回数)

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

(出典)介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)(厚生労働省統計情報部)

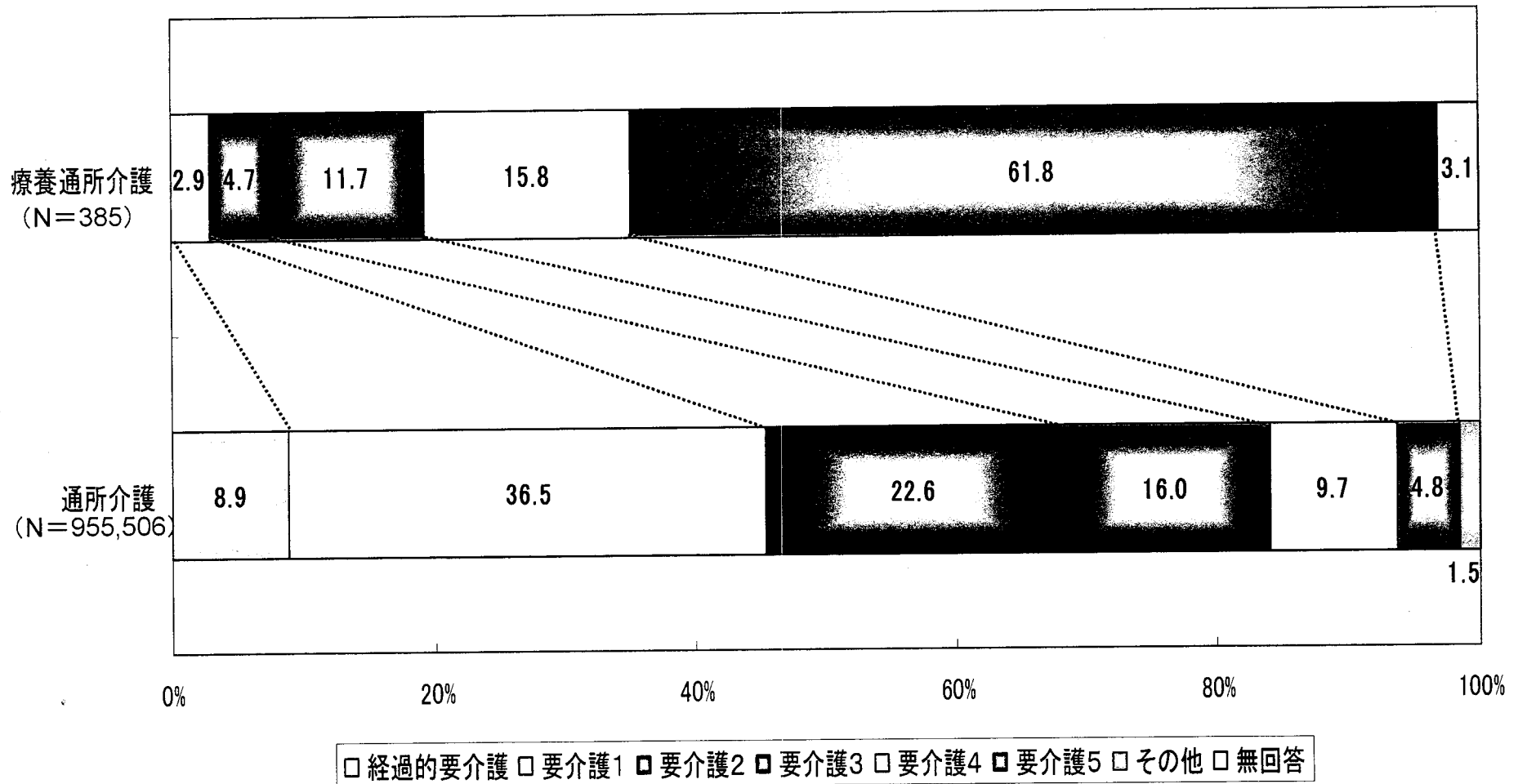
### 療養通所介護請求事業所数の推移



(出典)介護給付費実態調査月報(厚生労働省統計情報部)

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

療養通所介護利用者の要介護度の状況



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

**【療養通所介護のサービス利用状況】**

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

**療養通所介護の利用の状況**

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

**待機者がいる事業所の週の開設と定員数**

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

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

【療養通所介護のサービス利用状況】

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

施設基準(居室の床面積に関する基準)及び平均要介護度

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

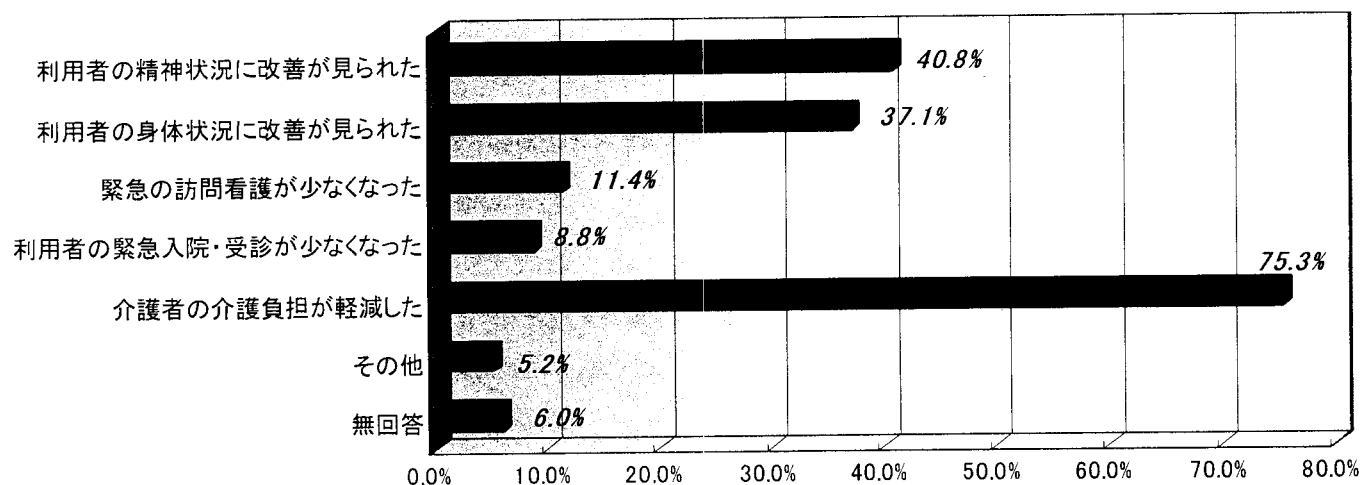
(※)平均要介護度:平成18年度介護サービス施設・事業所調査

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

### 療養通所介護利用後の変化

N=385(複数回答)

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



## Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成18年1月26日 平成18年介護報酬改定答申(抜粋)】

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

### 記

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

### Ⅲ 療養通所介護の報酬・基準に関する論点

#### 【基本的な考え方】

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

#### 【具体的な論点】

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

# 参考資料



## 【平成18年介護報酬改定】

○ モデル事業の成果を踏まえ、通所介護の一類型として「療養通所介護」を創設

### 【療養通所介護の基準等】

人員配置	<ul style="list-style-type: none"><li>・従業者 利用者：看護・介護職員＝1.5：1 (常勤専従の看護師を1名配置)</li><li>・管理者 常勤の看護師<ul style="list-style-type: none"><li>・併設訪問看護ステーション等との兼務可</li><li>・訪問看護の経験者であること</li></ul></li></ul>
設備等	<ul style="list-style-type: none"><li>・定員5名以内</li><li>・専用の部屋の面積は8㎡以上/人 (専用の部屋は他の部屋等から完全に遮蔽されていること)</li></ul>
対象者	難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供に当たり常時看護師による観察が必要な者を対象とする。
サービス内容	療養通所介護計画に基づき入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う。
介護報酬単価	<ul style="list-style-type: none"><li>・3時間以上6時間未満 1,000単位/日</li><li>・6時間以上8時間未満 1,500単位/日</li></ul>

# 各種サービスの単価(参考)

## 日中のみのサービス

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

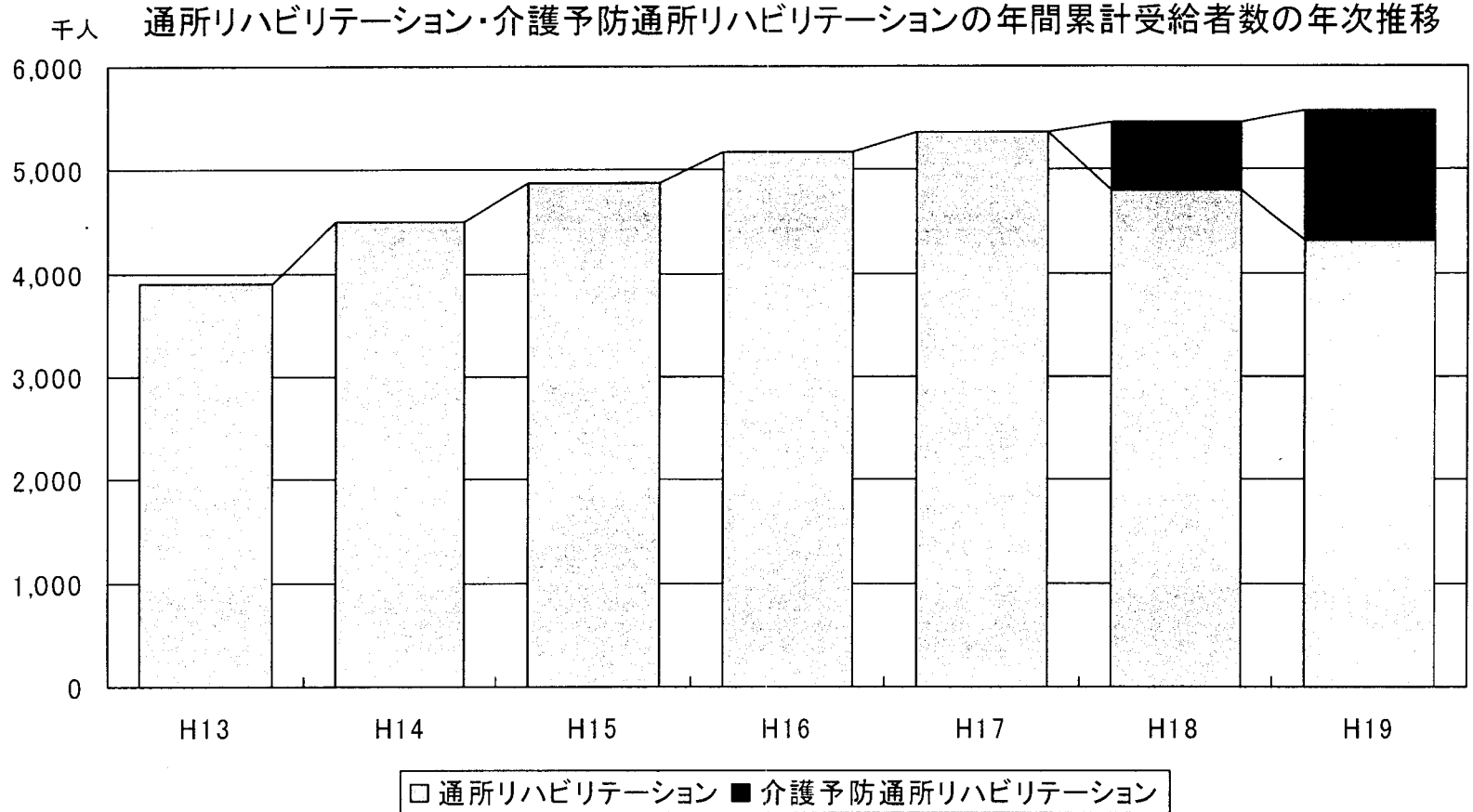
## ショートステイ

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

# 通所リハビリテーションについて

## I 通所リハビリテーションの現状と課題

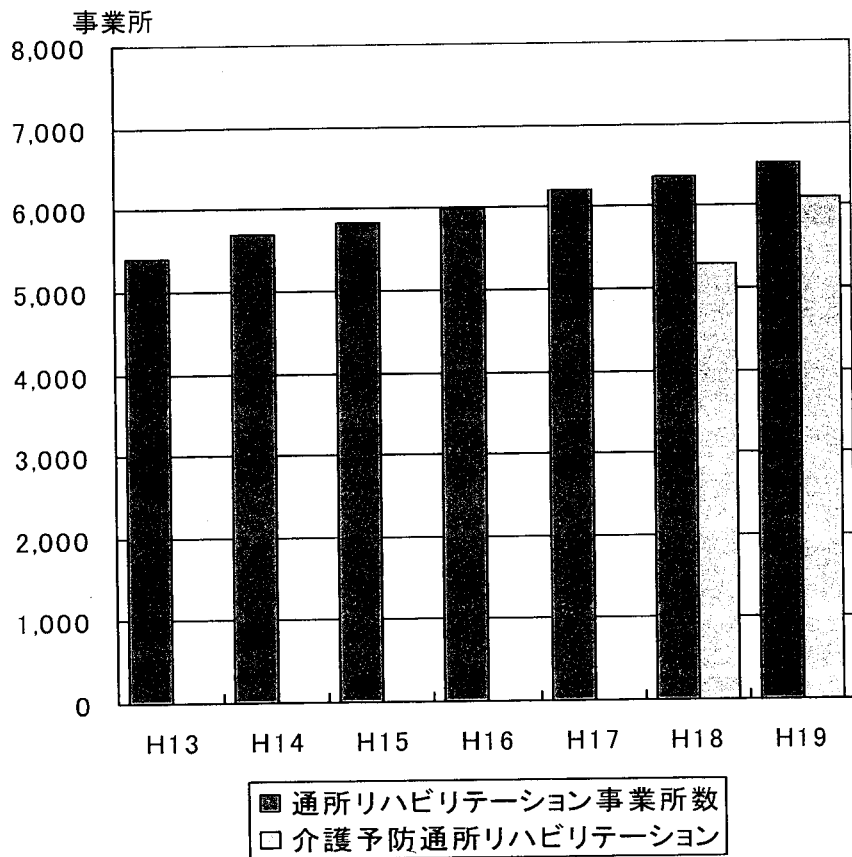
**【通所リハビリテーションの利用状況等】**  
 ○ 通所リハビリテーション(予防含む。)については、毎年、累計受給者数が伸びており、平成19年の年間累計受給者数は約557.8万人となっている。



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

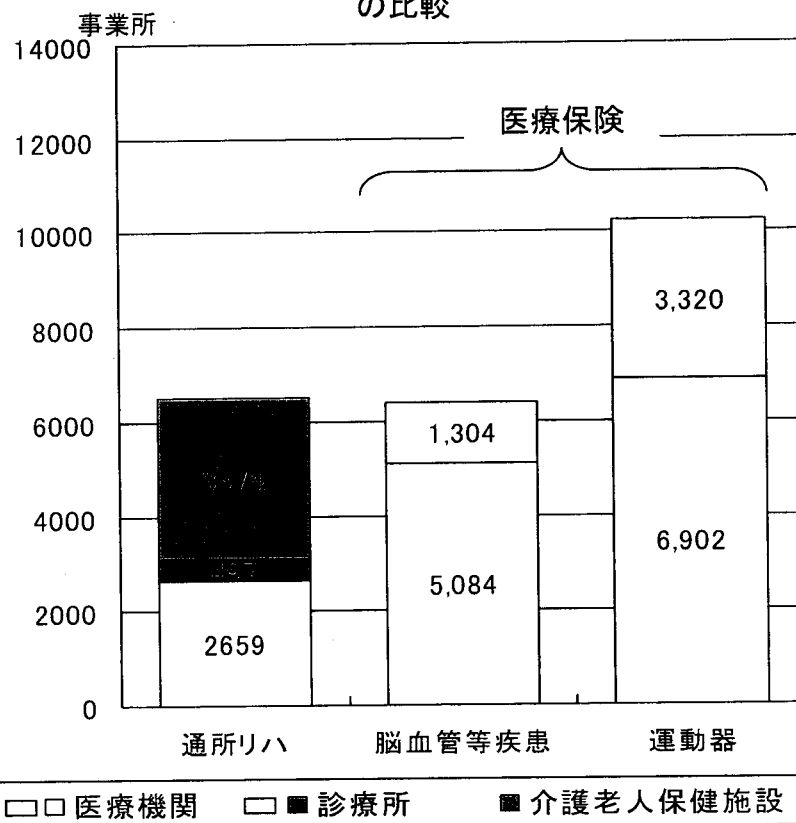
- 通所リハビリテーション請求事業所及び介護予防通所リハビリテーション請求事業所は、年々、増加傾向にあり、H19年10月1日現在、それぞれ、6,518事業所、6,090事業所となっている。
- 介護保険の通所リハビリテーション請求事業所の約半数は介護老人保健施設であり、請求事業所の中の医療機関・診療所数は、医療保険の「脳血管疾患等リハビリテーション」「運動器リハビリテーション」の届出施設数よりも少ない。

通所リハビリテーション請求事業所の推移



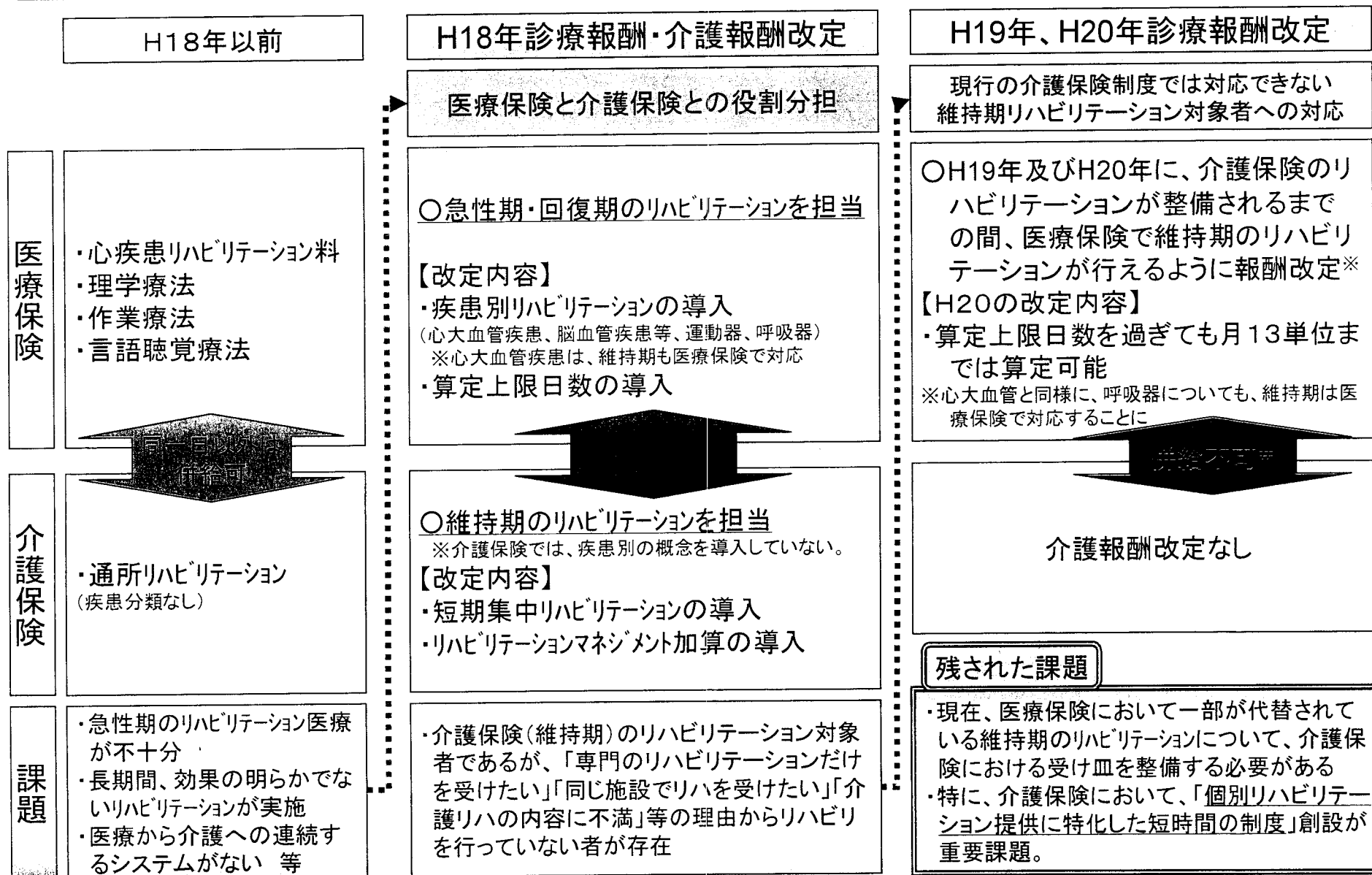
(介護給付費実態調査から)

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



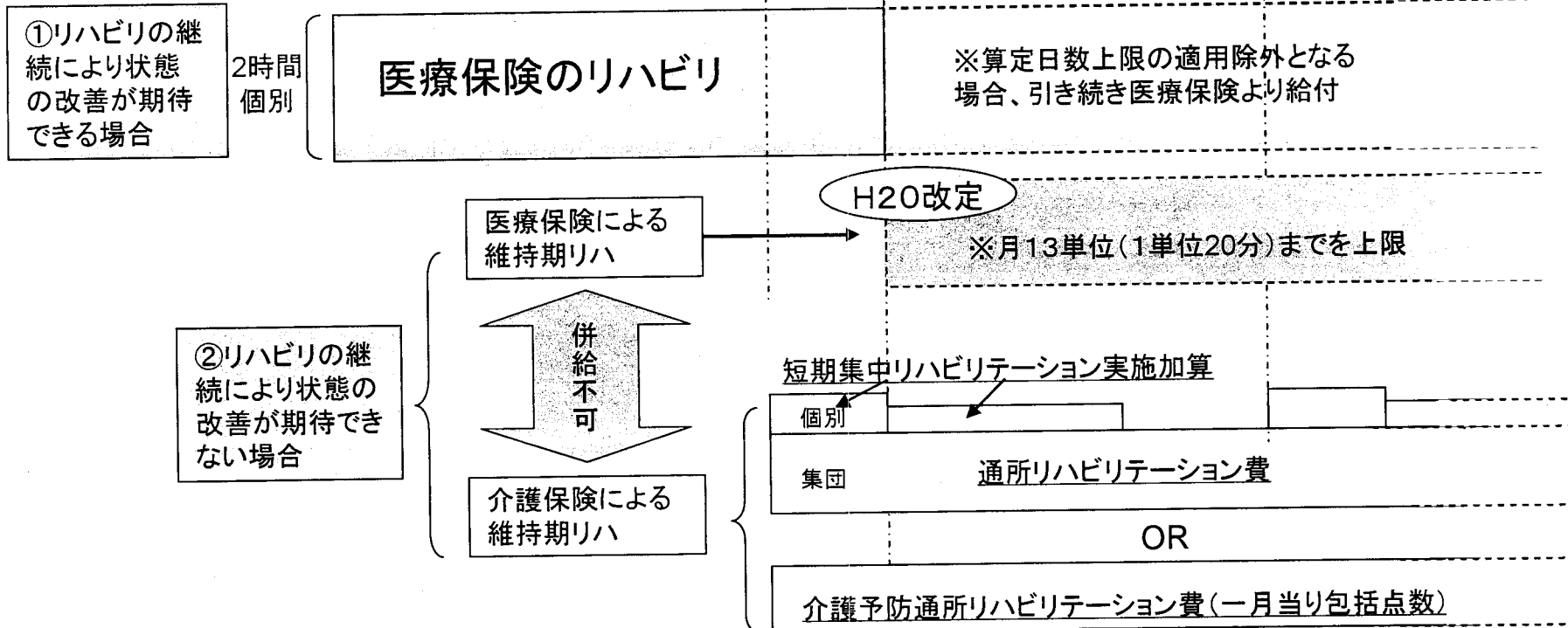
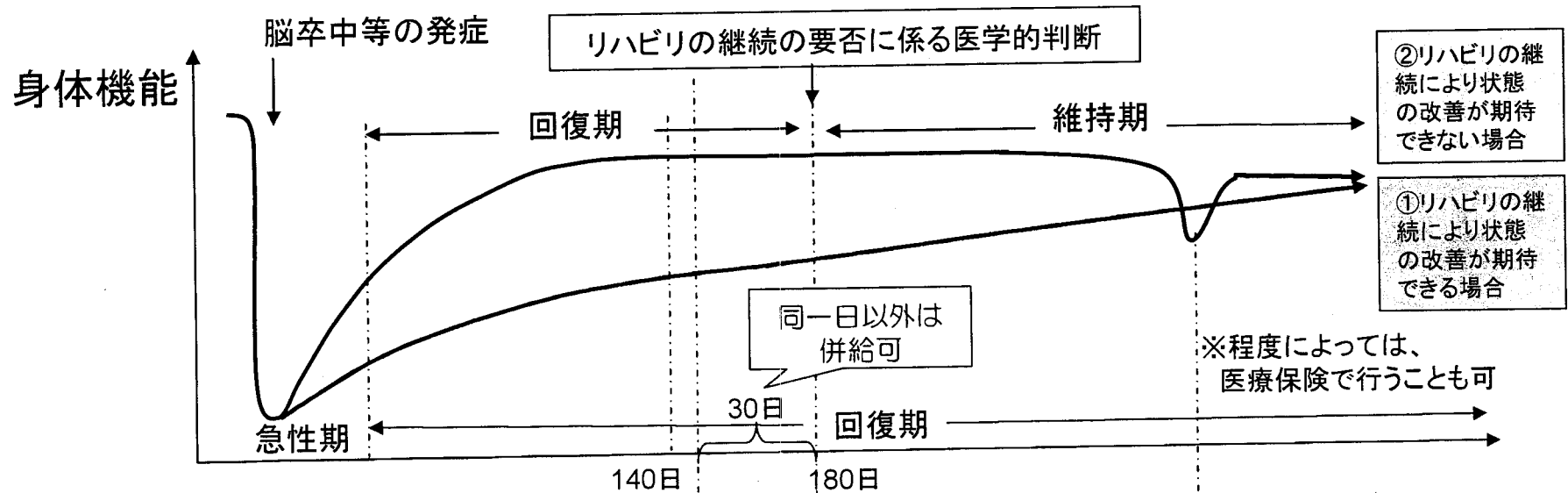
介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)等から

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



#医療保険疾患別リハビリテーション終了予定日前の1ヶ月間は、同一日以外は併給可  
注)H19年診療報酬改定の内容は、参考資料(P17)参照

# 現在の医療保険と介護保険のリハビリテーション(脳血管疾患の場合)



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

【医療保険※1】 (急性期・回復期)	【医療保険※1】 (維持期)	【介護保険(通所リハビリテーション)】 (維持期)														
			個別リハ	集団リハ等												
個別リハ実施時間 60分×2日/週×4週=480分	個別リハ実施時間 13単位/月×20分=260分	個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週=320分	40分×2日/週×4週 =320分	20分×2日/週×4週 =160分												
		～1ヶ月	1～3ヶ月	3ヶ月～												
<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">再診料 60点</div> 脳血管リハ(Ⅱ) 20分×3単位 190点×3 =570点/日  運動器リハ(Ⅰ) 20分×3単位 170点×3 =510点/日  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">リハ総合計画 評価料 300点/月</div>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">再診料 60点</div> 脳血管リハ(Ⅱ) 20分×1.5単位 190点×1.5 =285点/日  運動器リハ(Ⅰ) 20分×1.5単位 170点×1.5 =255点/日  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">リハ総合計画 評価料 300点/月</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">短期集中リハ※2 180単位/日</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">短期集中リハ※2 130単位/日</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">短期集中リハ 80単位/日</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">3時間～4時間未満</td> <td style="width: 35%;">要介護1: 386単位/日</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">～</td> <td style="width: 30%;">要介護5: 694単位/日</td> </tr> <tr> <td>4時間～6時間未満</td> <td>要介護1: 515単位/日</td> <td style="text-align: center;">～</td> <td>要介護5: 955単位/日</td> </tr> <tr> <td>6時間～8時間未満</td> <td>要介護1: 688単位/日</td> <td style="text-align: center;">～</td> <td>要介護5: 1303単位/日</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">リハビリテーションマネジメント加算※3 20単位/日</div>	3時間～4時間未満	要介護1: 386単位/日	～	要介護5: 694単位/日	4時間～6時間未満	要介護1: 515単位/日	～	要介護5: 955単位/日	6時間～8時間未満	要介護1: 688単位/日	～	要介護5: 1303単位/日		
3時間～4時間未満	要介護1: 386単位/日	～	要介護5: 694単位/日													
4時間～6時間未満	要介護1: 515単位/日	～	要介護5: 955単位/日													
6時間～8時間未満	要介護1: 688単位/日	～	要介護5: 1303単位/日													
<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">報酬額</div> 個別リハ: 5,820点/月 ～4,860点/月	個別リハ: 3,750点/月 ～3,230点/月	個別リハ: 1,600単位/月 集団リハ: 3,088 ～10,424単位/月	個別リハ: 1,200単位/月 集団リハ: 3,088 ～10,424単位/月	個別リハ: 800単位/月 集団リハ: 3,088 ～10,424単位/月												

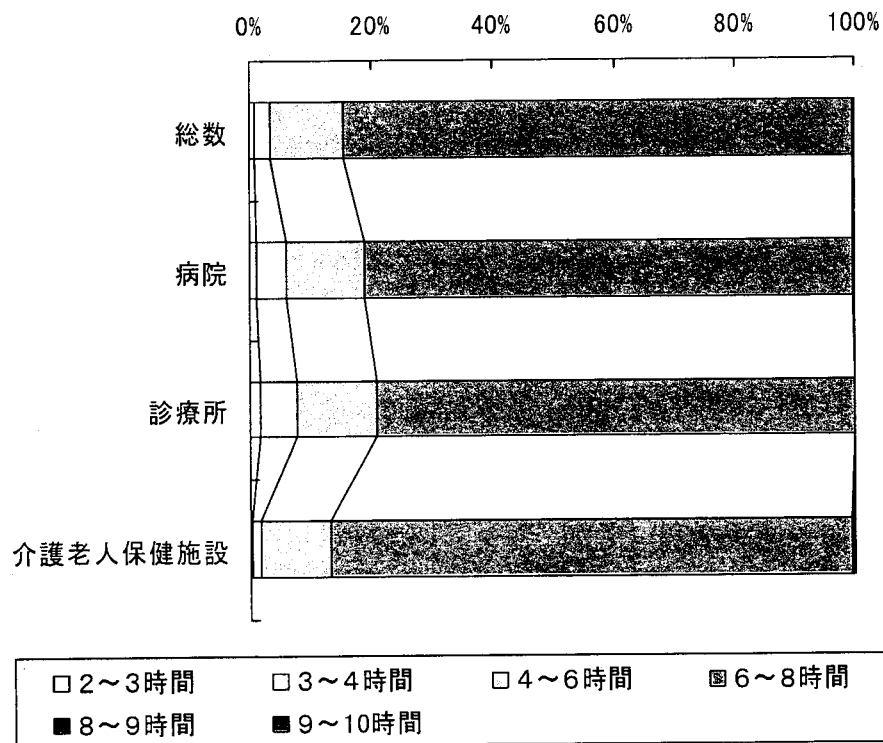
※1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定

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

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

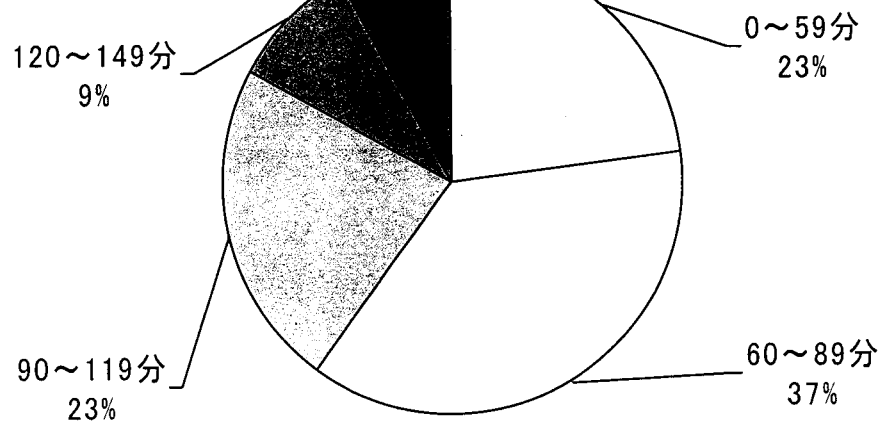
- 通所リハビリテーションでは、「お預かり」機能が不可分であるため、「6時間以上～8時間未満」を算定している割合が高い。
- 「医療機関・診療所」では、通常、医療保険でリハビリテーションに特化した短時間の外来が行われており、通所リハビリテーションにおいても、「2時間以上～3時間未満」「3時間以上～4時間未満」という比較的短い時間の算定割合が高い。
- 医療保険の外来でのリハビリテーションについては、医療機関に滞在している時間は60～89分が一番多く、その半分以上はリハビリテーション提供時間に当てられている。

通所リハビリテーションの1日当たりの提供時間の比較



(介護給付費実態調査から(平成19年12月審査分))

医療機関の外来リハビリテーションを受けている者が医療機関に滞在している時間



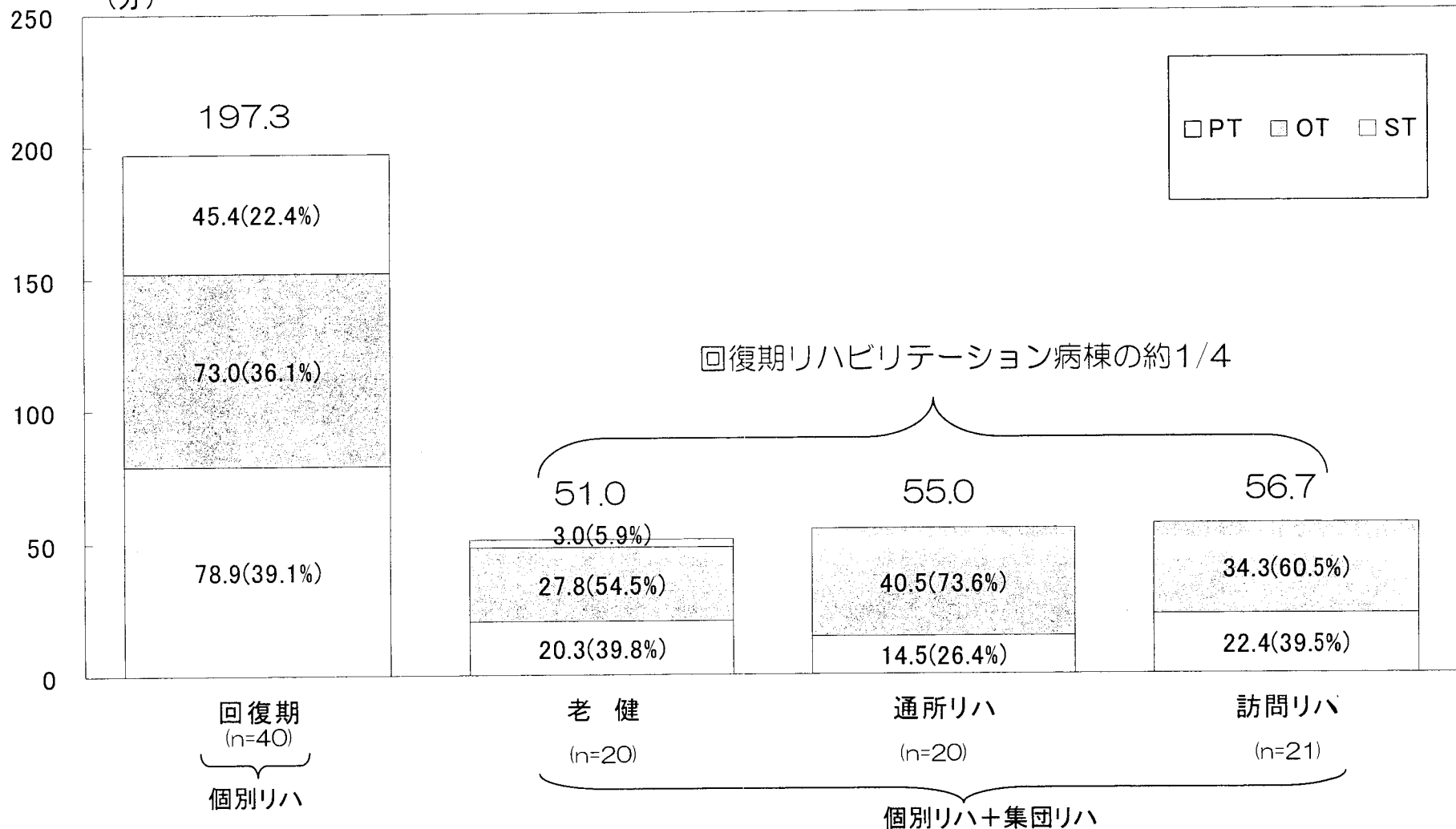
滞在時間	0～59分	60～89分	90～119分	120～149分	150分以上
平均リハビリテーション実施時間	36分	42分	58分	76分	88分

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



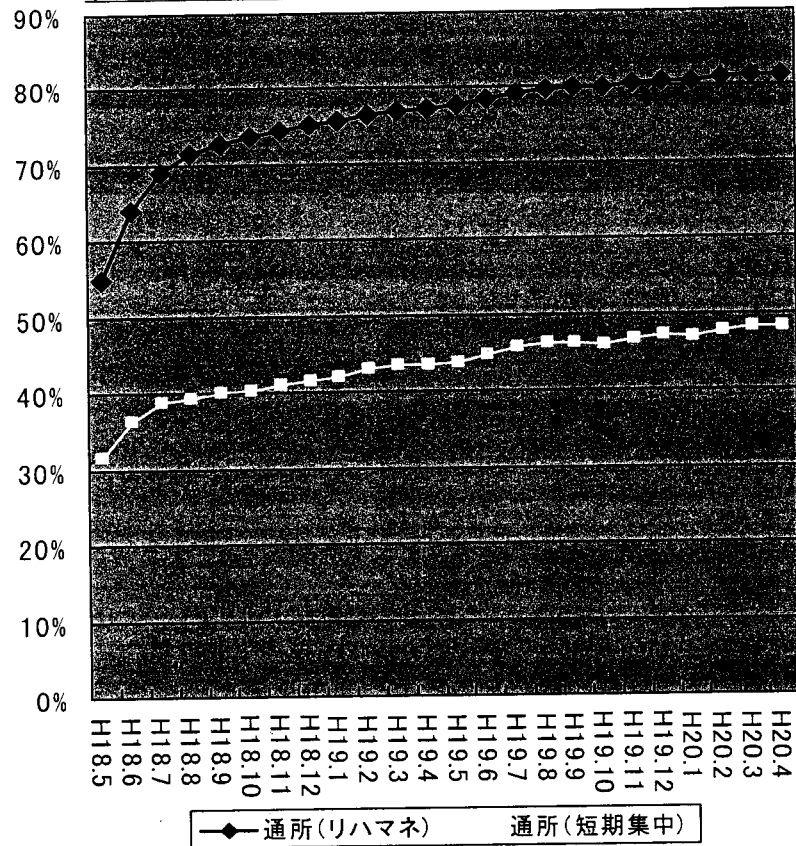
○ 医療保険(回復期リハビリテーション病棟)における個別リハビリテーション提供時間に比べ、介護保険のリハビリテーション提供時間は、「集団リハビリテーション」「個別リハビリテーション」の時間を合わせても提供時間が短い。

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



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

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



(介護給付費実態調査から)

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

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

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

(介護事業経営実態調査結果(H17及びH20)から)

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

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

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

(介護事業経営実態調査結果(H20)から)

## II これまでの指摘等の概要

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

### Ⅲ 通所リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

#### 【基本的な考え方】

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

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

### Ⅲ 通所リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

#### 【具体的な論点】

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

# 参考資料

# 介護保険のリハビリテーション施設基準等

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



# 医療保険のリハビリテーション施設基準等

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

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

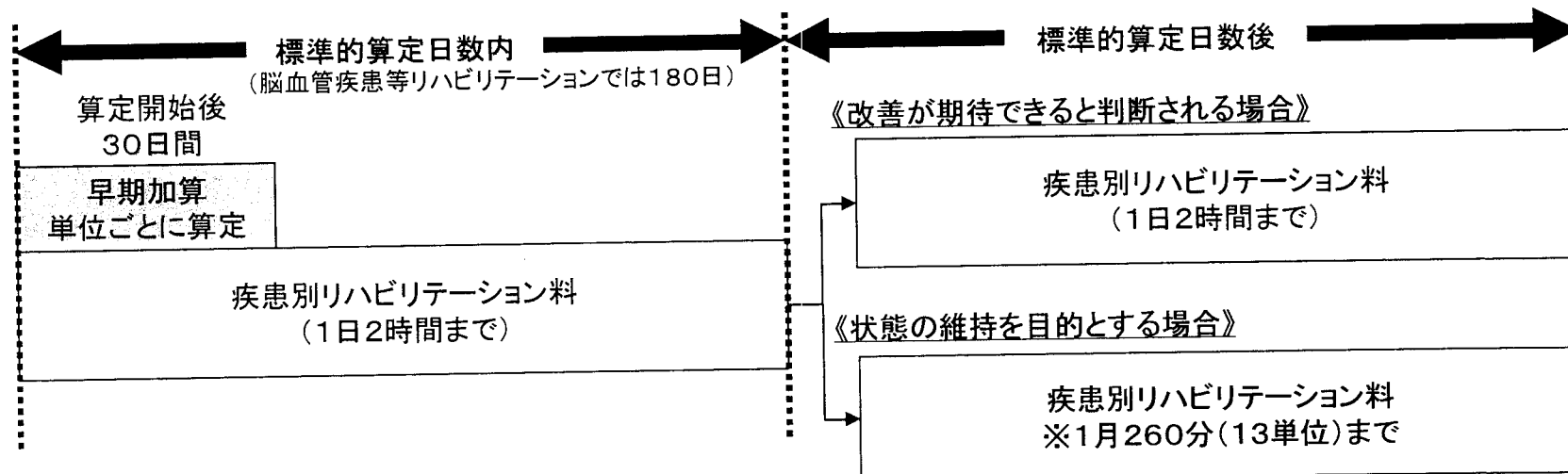
## 【H18年介護報酬改定及びH18年診療報酬改定】

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

## 【平成19年及び平成20年診療報酬改定】

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

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



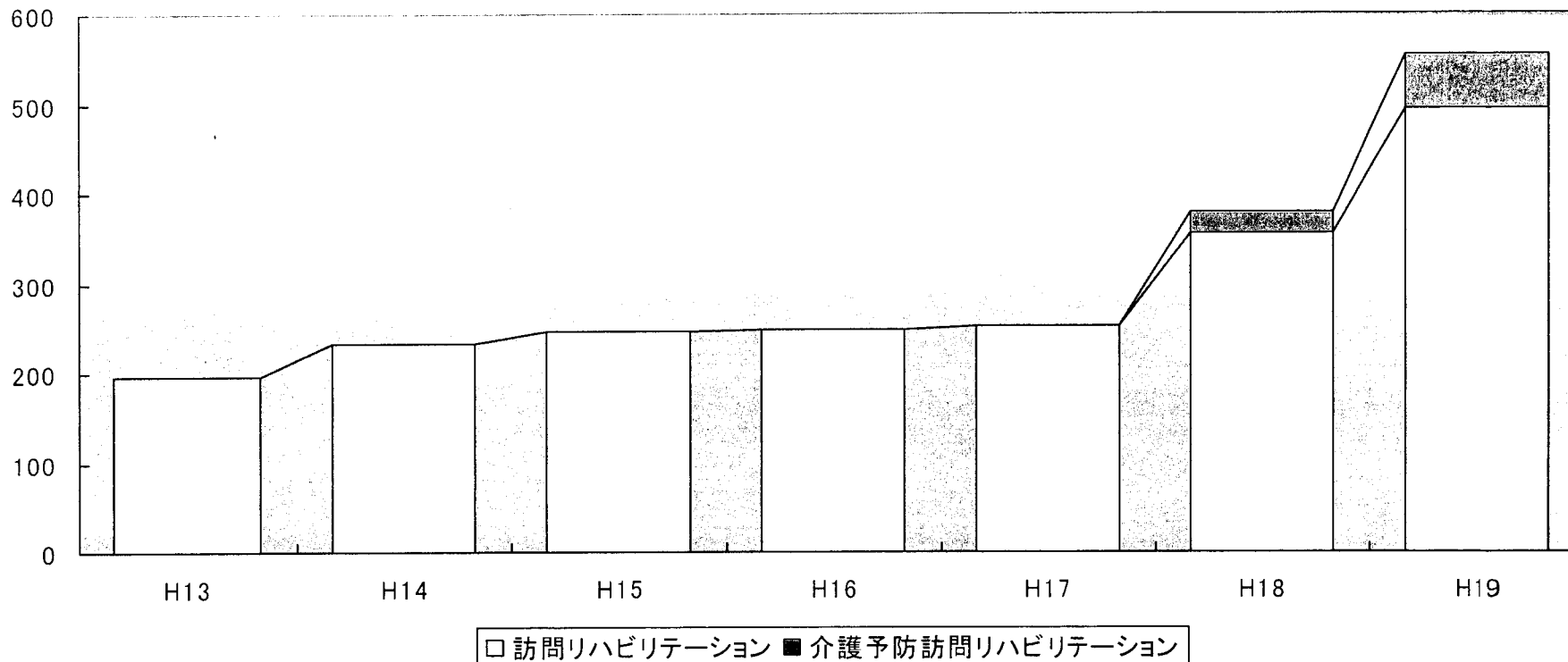
# 訪問リハビリテーションについて

## I 訪問リハビリテーションの現状と課題

### 【訪問リハビリテーションの利用状況等】

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

千人 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションの年間累計受給者数の年次推移



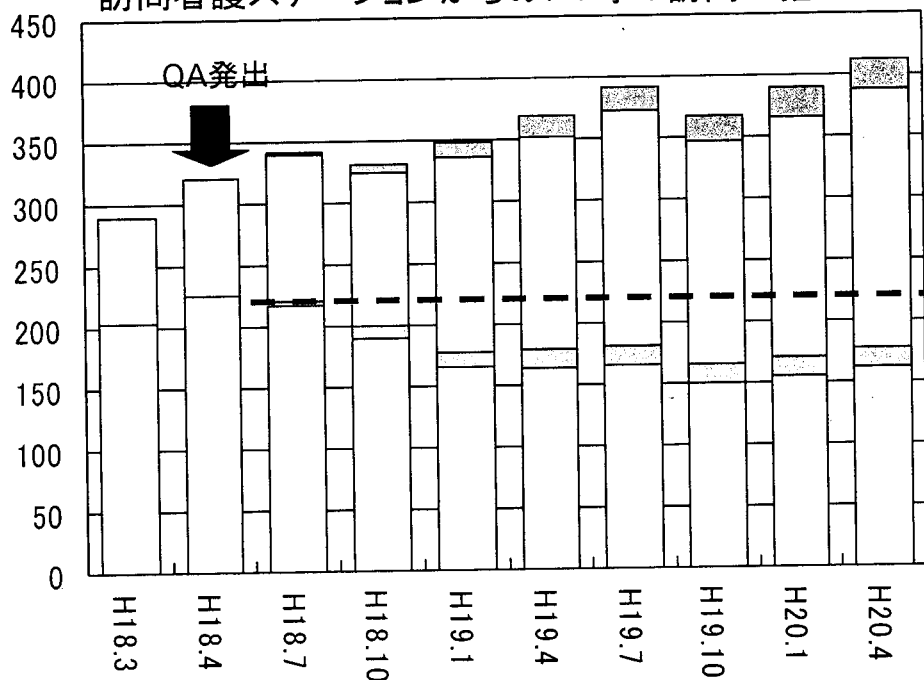
○ 訪問リハビリテーションが、H18、19年に急激に伸びている理由として、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問を制限※したため、一部の事業所では、訪問リハビリテーション事業所へ業務を移管したためだと考えられる。

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

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

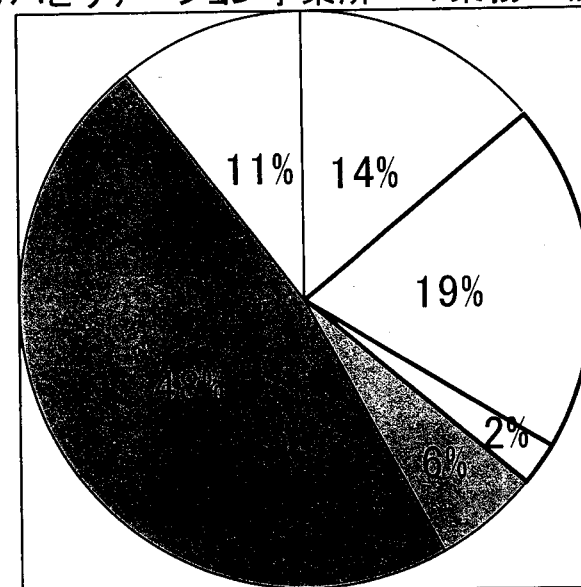
訪問リハビリテーションと

訪問看護ステーションからのPT等の訪問の推移



□ 訪問看護 (PT,OT,STの訪問) □ 訪問看護 (PT,OT,STの訪問) - 介護予防  
 □ 訪問看護 (PT,OT,STの訪問) - 介護予防 □ 訪問看護 (PT,OT,STの訪問) - 介護予防  
 □ 訪問リハビリテーション □ 訪問看護 (PT,OT,STの訪問) - 介護予防

訪問リハビリテーション事業所への業務の移管状況

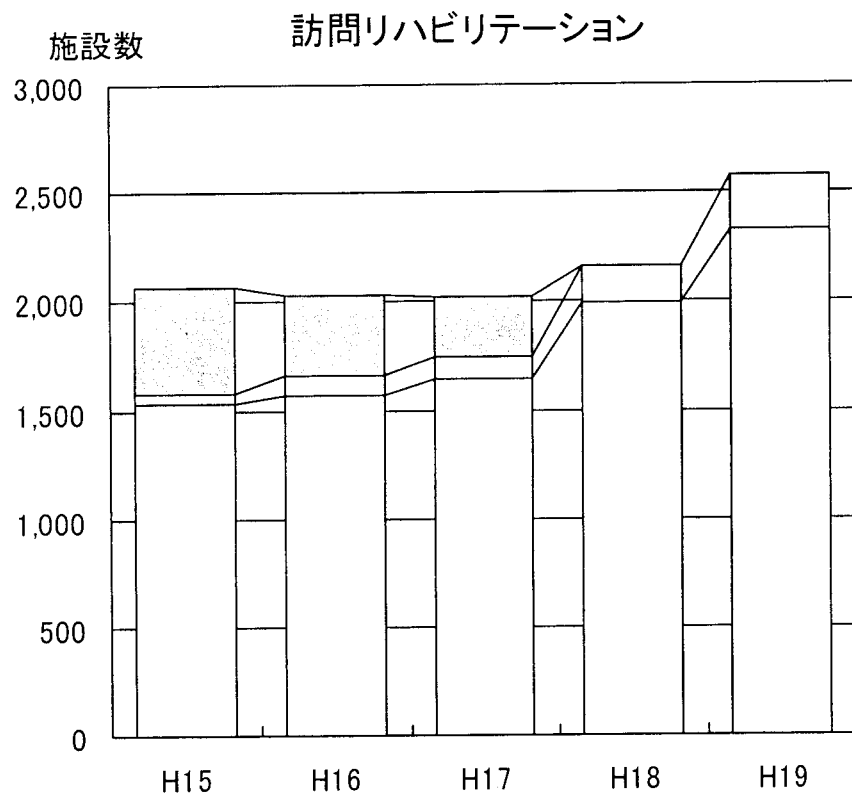


□ 規模を縮小 □ 規模を縮小、同法人等に業務を移管 □ 全面撤退、同法人等に業務を移管  
 ■ 業務を拡大 ■ 変更なし □ その他

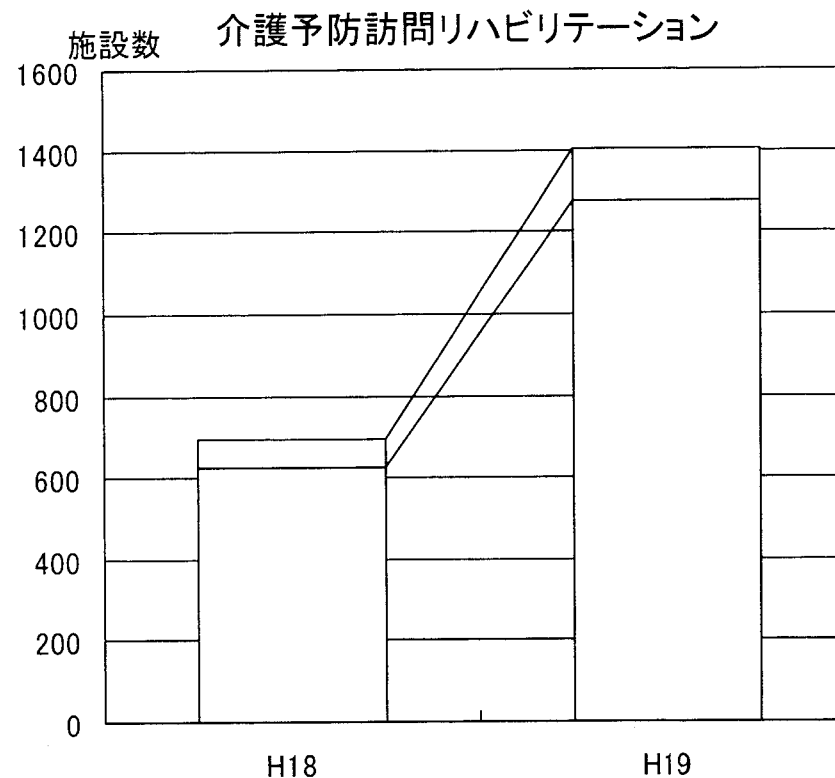
H18年老人保健事業推進費補助金等事業  
 「地域におけるリハビリテーション提供事業所モデル事業」報告より

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

### 請求事業所数



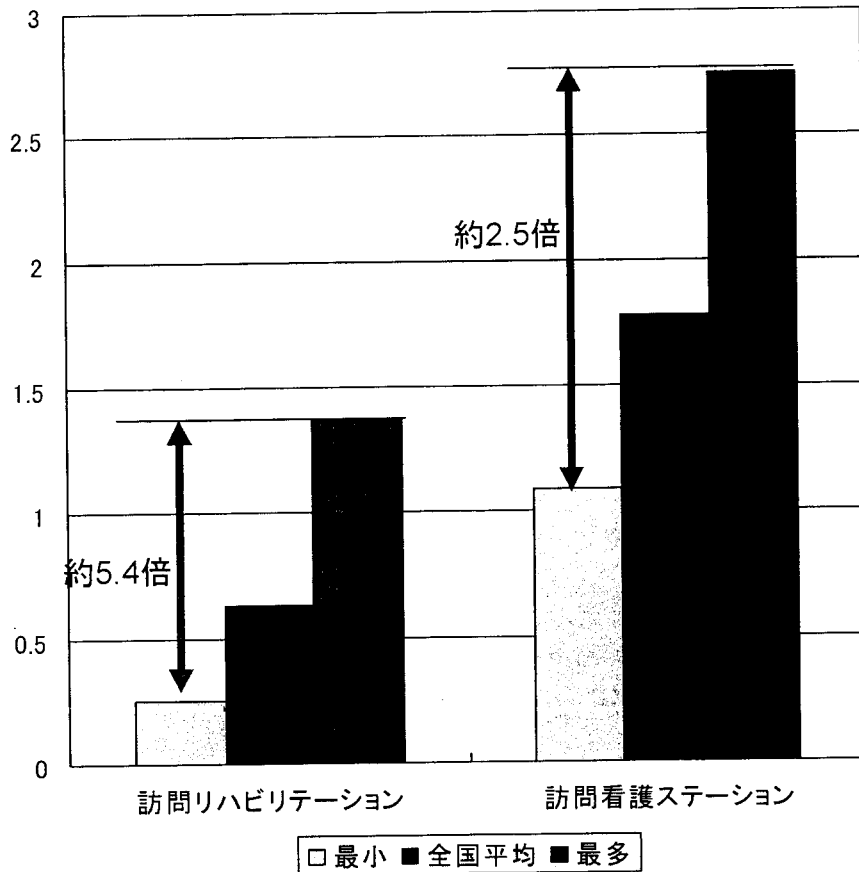
□ 病院又は診療所 □ 介護老人保健施設 □ (旧)施設区分なし



□ 病院又は診療所 □ 介護老人保健施設

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

事業所数 要介護者1000人当たりの請求事業所数の比較



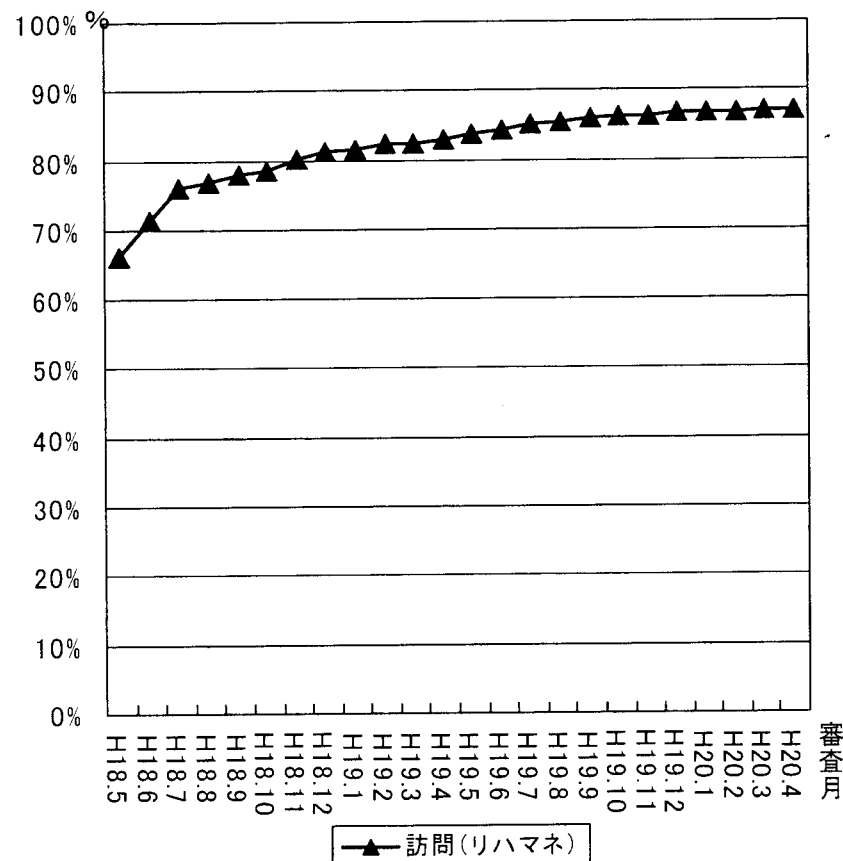
介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)

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

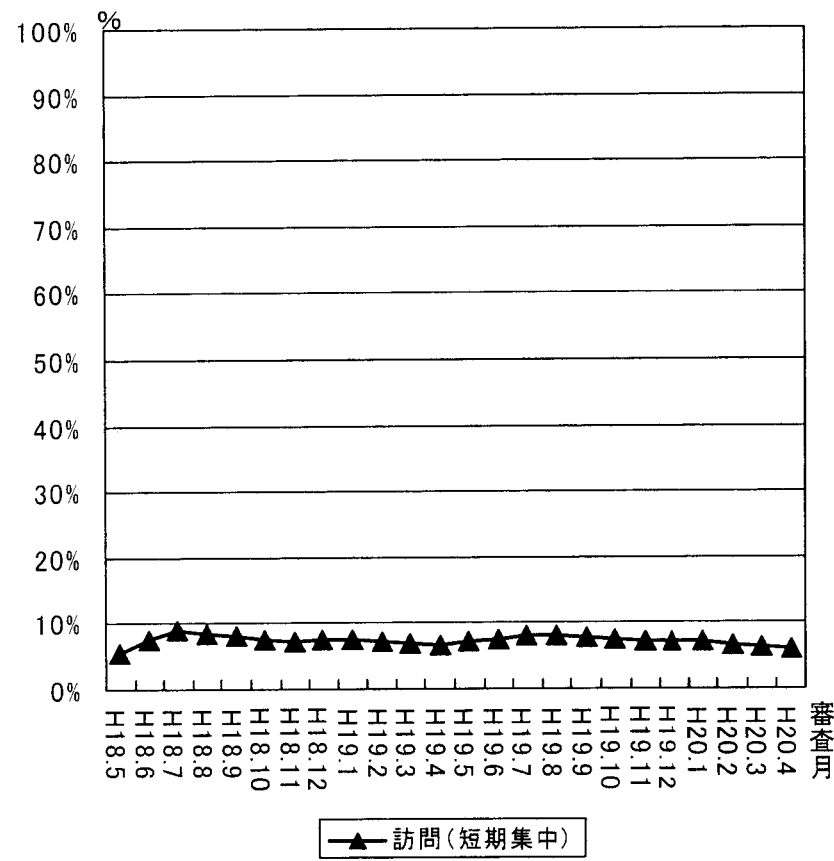
(参考)要介護者1000人当たりの 訪問看護ステーション請求事業所数	都道府県数
1.0以上 1.5未満	8
1.5以上 2.0未満	22
2.0以上 2.5未満	15
2.5以上	2

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

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



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





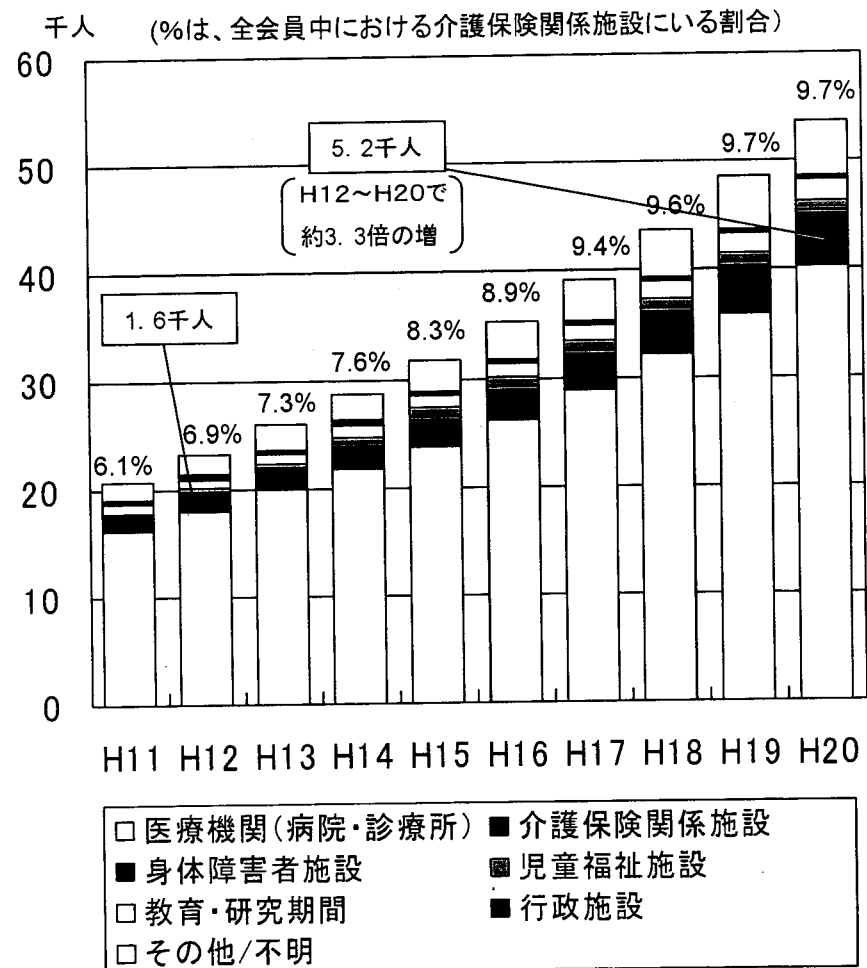
- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士については、養成施設や入学定員が年々増えてきており、今後、さらに供給が増える見込まれる。
- 理学療法士については、医療機関で働く人数が一番多いが、介護保険関係の施設で働くケースも増えている。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成施設と入学定員の推移  
入学定員：千人

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

厚生労働省医政局医事課調べ

理学療法士協会の会員の分布



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

【平成18年診療報酬・介護報酬改定及び平成20年診療報酬改定】

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

## Ⅱ これまでの指摘等の概要

- 第53回介護給付費分科会(平成20年9月18日)・ヒアリングにおける「日本リハビリテーション病院・施設協会」からの意見
  - ・ 訪問リハビリテーションについては、特に、退院(退所)直後もしくは生活機能低下時の集中的な訪問は効果が高いことから、病院・診療所・老健・訪問看護ステーションなど提供拠点を拡充し、サービス供給量の充実を図る必要がある。
  - ・ 医療保険と介護保険における訪問リハビリテーション及び訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問の間で、評価方法に係る整合性をとる必要がある。

### Ⅲ 訪問リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

#### 【基本的な考え方】

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

### Ⅲ 訪問リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

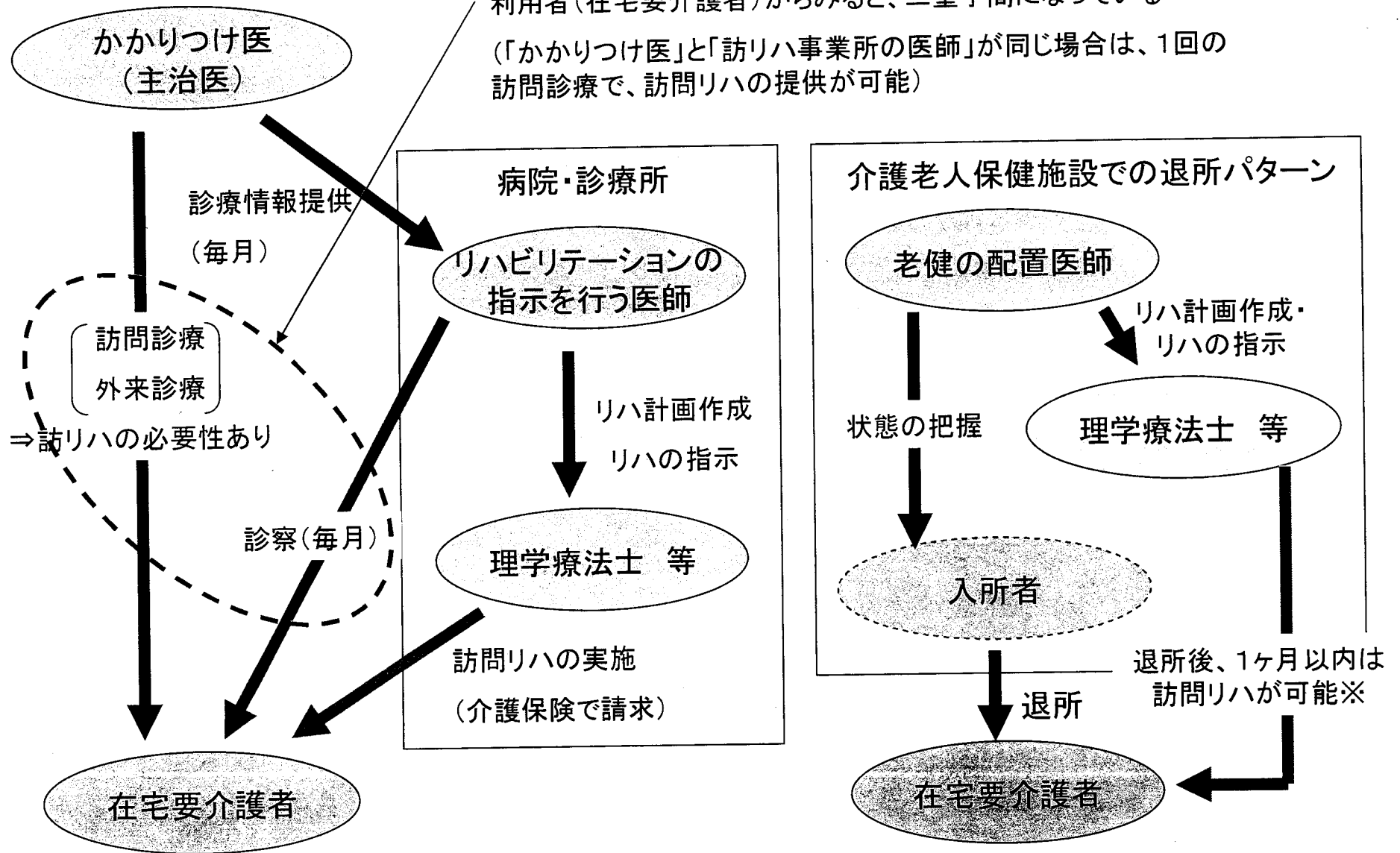
#### 【具体的な論点】

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

# 參考資料

# (参考)訪問リハビリテーションの流れ

利用者(在宅要介護者)からみると、二重手間になっている  
 (「かかりつけ医」と「訪リハ事業所の医師」が同じ場合は、1回の  
 訪問診療で、訪問リハの提供が可能)



※青線は医療保険、緑線は介護保険で対応

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

	介護保険		医療保険
	訪問リハビリテーション	訪問看護による理学療法士等の訪問 (訪問看護ステーションの場合)	在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料
対象	要介護認定者	要介護認定者	要介護認定者以外
人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者……常勤の看護師</li> <li>保健師、看護師又は准看護師 ……2.5人以上(常勤換算)</li> <li>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>なし</li> </ul>
設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業の運営に必要な広さの区画</li> <li>訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な広さを有する専用の事務室</li> <li>訪問看護の提供に必要な設備及び備品等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>なし</li> </ul>
主体	病院、診療所、介護老人保健施設	法人	病院、診療所
報酬 (リハビリ関係)	<p>【基本単位】 1日(20分以上): 500単位/日</p> <p>【加算等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションマネジメント加算 20単位/日</li> <li>短期集中リハビリテーション実施加算 退院(所)後又は認定日より 1月以内 330単位/日 1月超3月以内 200単位/日</li> </ul>	<p>(理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問の場合)</p> <p>【基本単位】</p> <p>30分未満 425単位 30分以上1時間未満 830単位</p>	<p>【基本単位(1単位:20分)】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で療養を行っている患者 300点</li> <li>居宅系施設入居者等である患者の場合 255点</li> </ul> <p>* 患者一人週6単位まで ただし、退院日から3ヶ月以内は週12単位まで</p>
請求事業所数 (H20.4審査分)	医療機関: 2,369施設 介護老人保健施設: 269施設	8,041施設※1	
実施件数	平成20年4月審査分 209.1千回	平成20年4月審査分 161.6千回	平成19年6月審査分 15,174回(65歳以上)

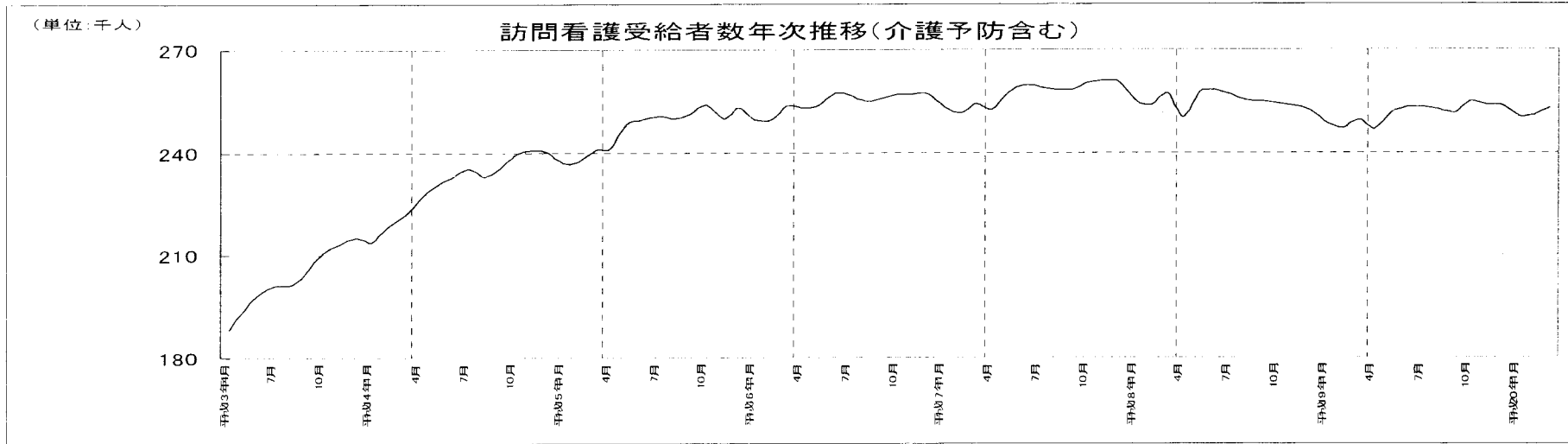


# 訪問看護について

## I 訪問看護の現状と課題

### 【訪問看護サービスの利用状況】

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



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

### ○ 訪問看護受給者数(千人)

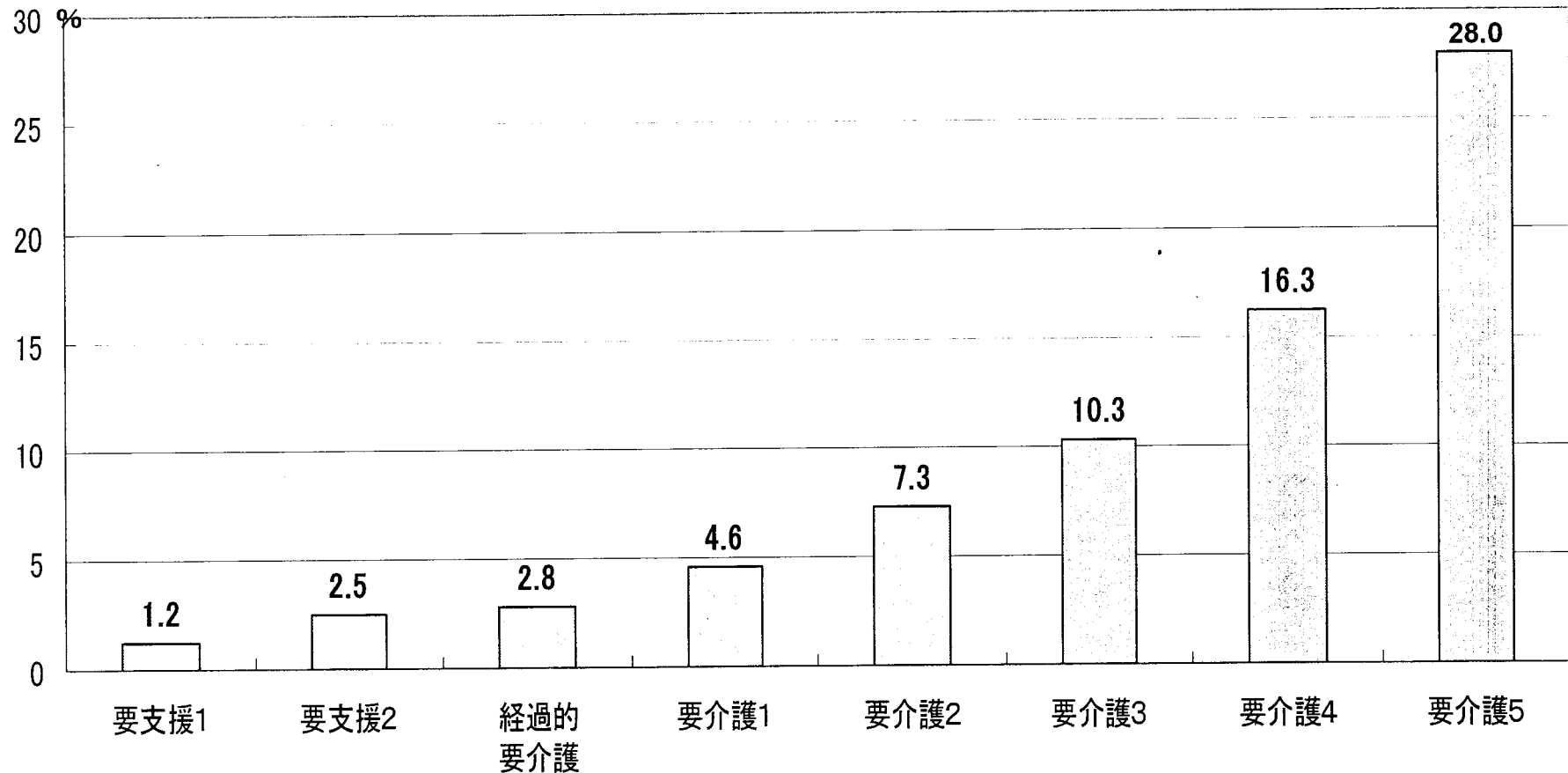
要支援・ 要介護者数	総数	要支援1	要支援2	経過 的要 介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
受給者数 (%)	252.8 (100%)	6.2 (2.5%)	15.6 (6.2%)	0.1 (0.0%)	31.3 (12.4%)	47.0 (18.6%)	47.1 (18.6%)	46.6 (18.4%)	58.8 (23.3%)

(出典)介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)(厚生労働省統計情報部)

## 【居宅療養者における要介護度別訪問看護受給者の割合】

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

居宅療養者における要介護度別訪問看護受給者の割合

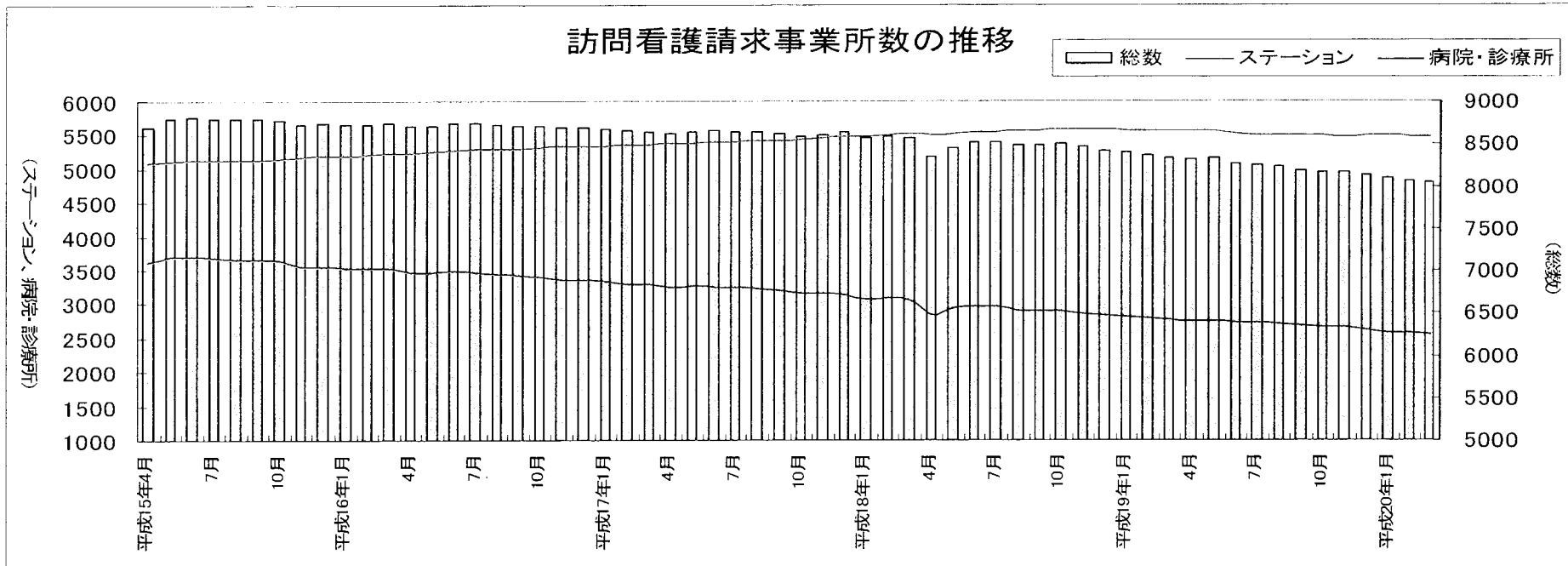


※ 居宅療養者とは、要介護認定者数より施設入所者数を引いた者

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

## 【訪問看護サービスの提供状況】

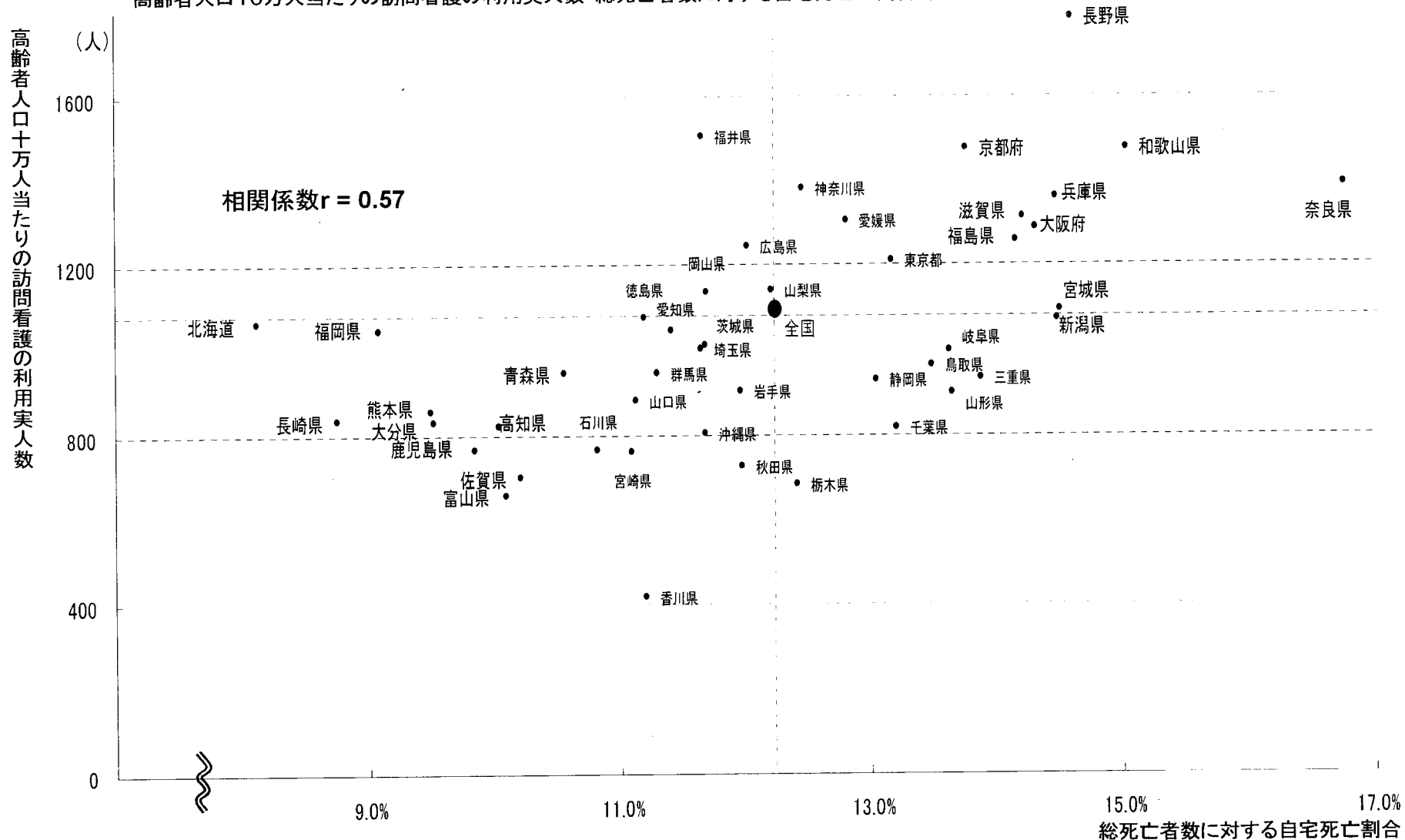
- 近年、訪問看護ステーション数は増加しているが、病院又は診療所による訪問看護事業所数は減少している。訪問看護請求事業所総数は、減少傾向にある。
- 3年前と比較して、訪問看護の算定回数は減少している。



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

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

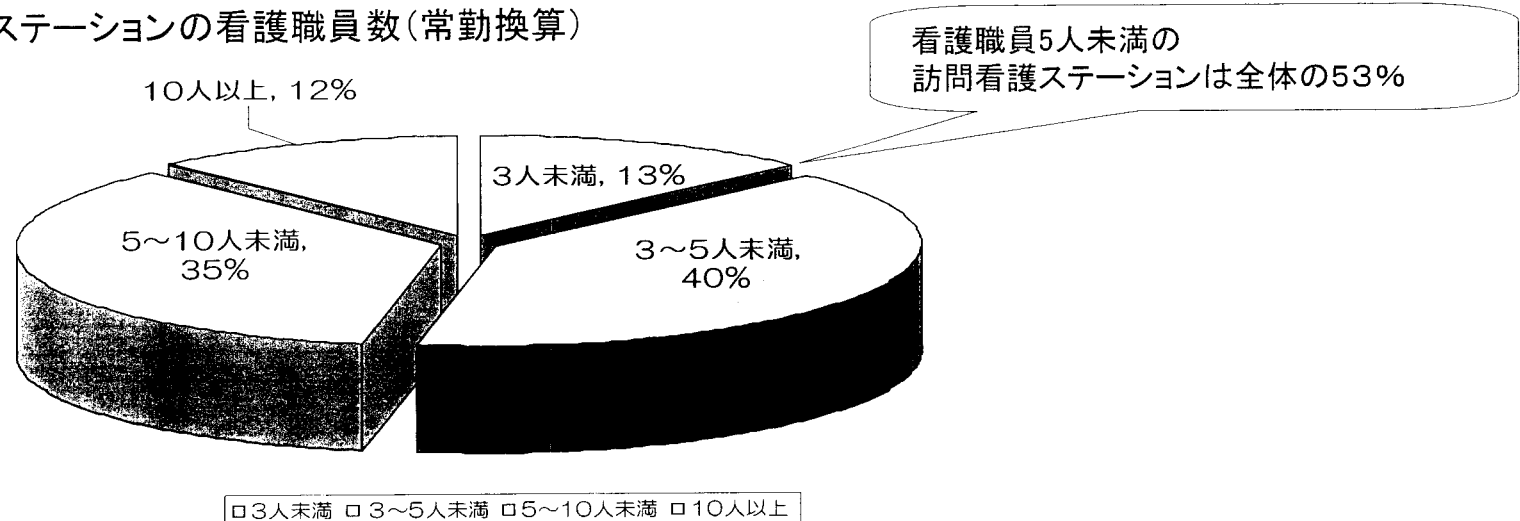
高齢者人口10万人当たりの訪問看護の利用実人数・総死亡者数に対する自宅死亡の割合(都道府県別)



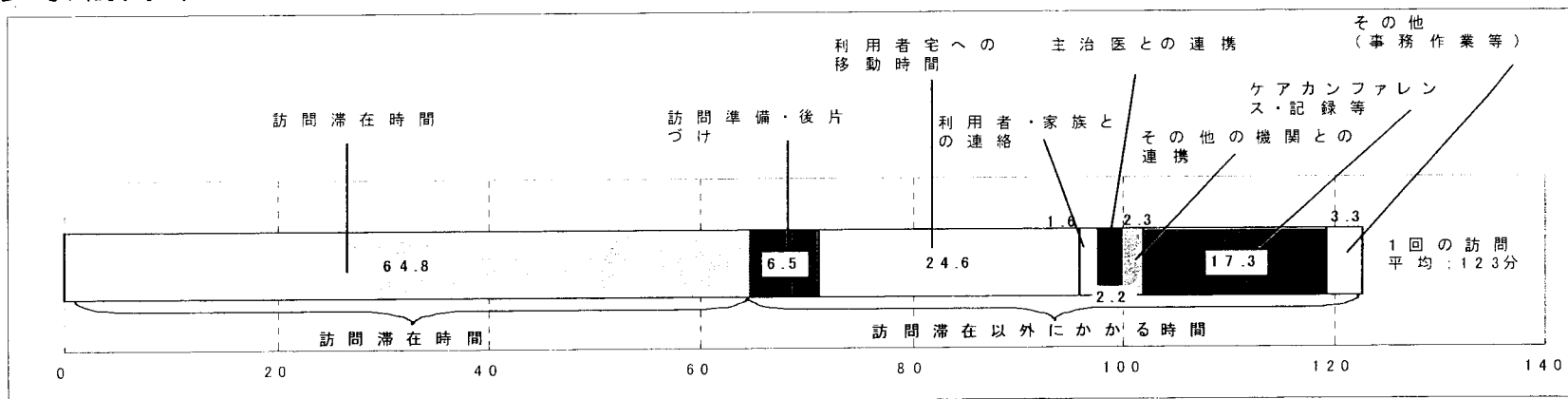
出典：介護サービス施設・事業所調査(平成17年),人口動態調査(平成17年)  
 高齢者人口については総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計」による。

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

(参考)訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)



(参考)訪問1回にかかる訪問看護労働投入時間

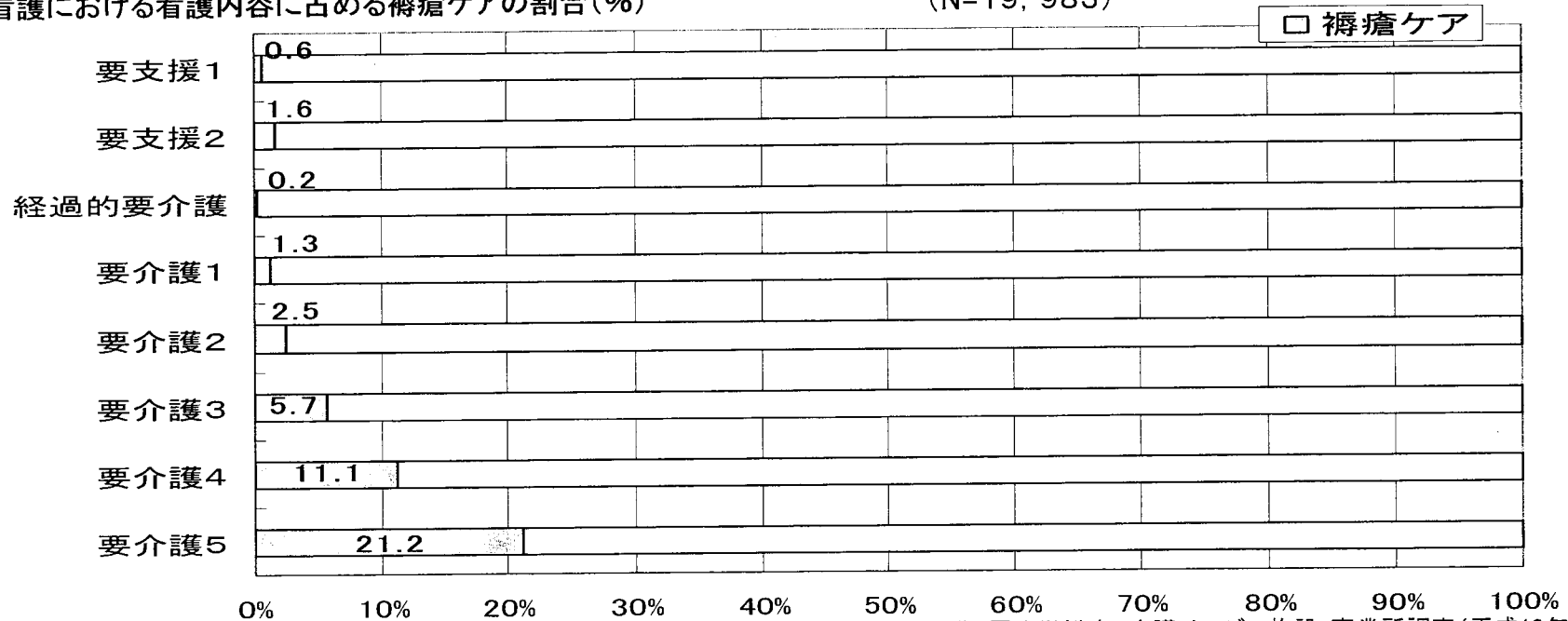


(出典)第50回介護給付費分科会における全国訪問看護事業協会提出資料より

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

訪問看護における看護内容に占める褥瘡ケアの割合(%)

(N=19,983)



出典:厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査(平成18年)

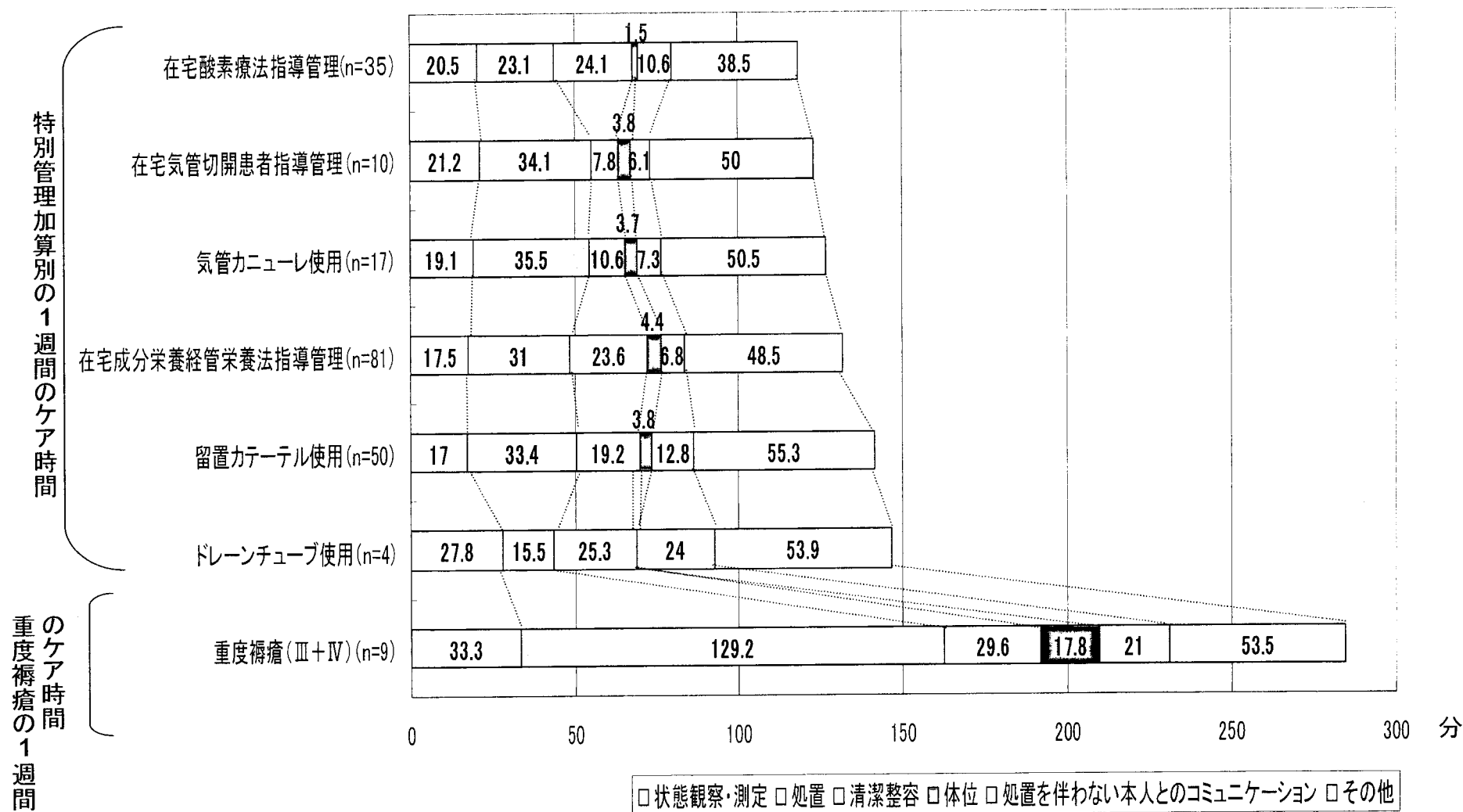
訪問看護を利用している褥瘡患者の褥瘡深達度(NPUAP分類)

(N=4,123)

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

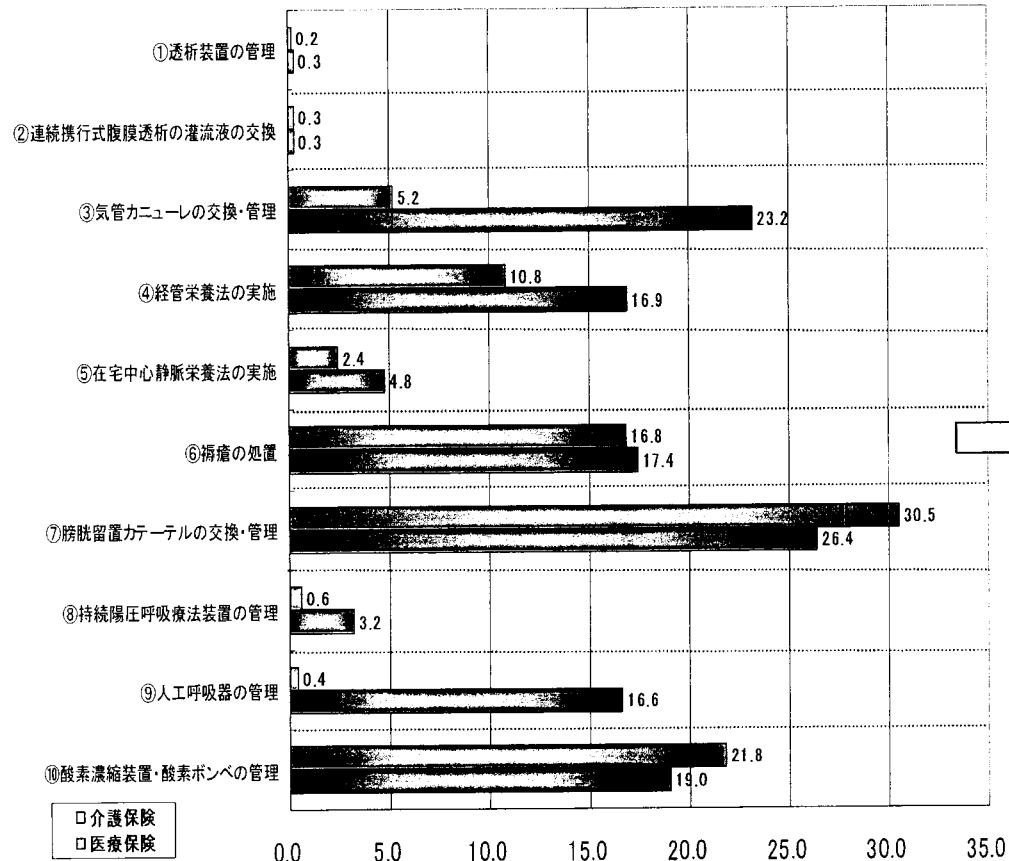
出典:日本褥瘡学会 在宅医療委員会「訪問看護ステーションにおける褥瘡患者の実態」

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



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

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



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

(※1) 栄養素の成分の明らかなものを用いた場合のみ

(※2) 人工呼吸器を使用している状態の者は医療保険でサービスを提供

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

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



# 訪問看護におけるターミナルケアに係る加算

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

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

## 介護報酬関係以外の訪問看護の充実に向けた取組(案)

### ①21年度予算要求

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

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

### ②サテライト事業所制度の周知徹底

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

# 訪問看護支援事業(案)

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

在宅への移行が困難

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

## 広域対応訪問看護ネットワークセンター事業

### 請求業務等支援事業

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

### コールセンター支援事業

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

### 医療材料等供給支援事業

- ・医療材料等の供給が効率的に行われるようなシステムの整備

## 訪問看護事業の推進

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



医療機関からの在宅へスムーズな移行



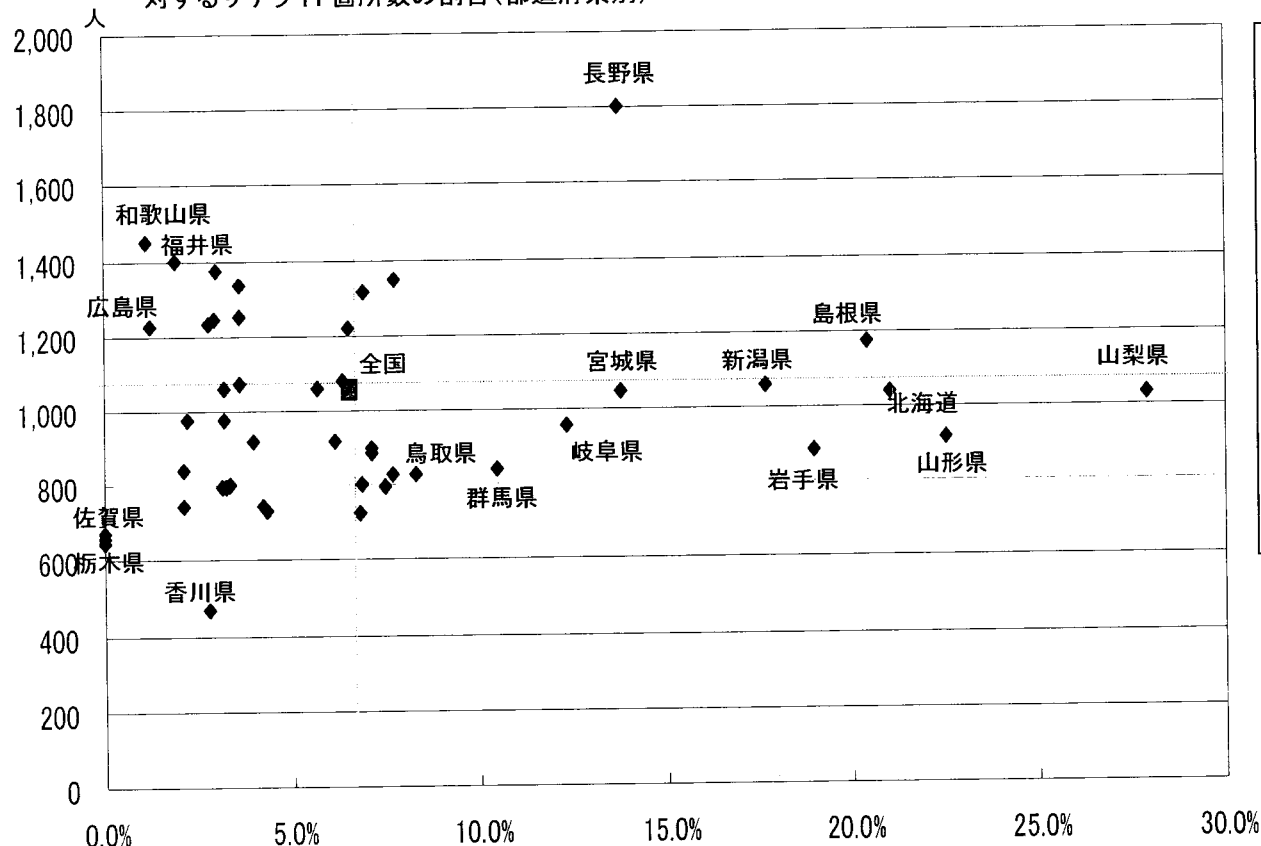
在宅療養の拡充

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

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

(出典:平成11年は訪問看護統計調査、平成12年からは介護サービス施設・事業所調査、訪問看護事業所数は介護給付費実態調査)

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



サテライトの設置の経緯

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

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

平成12年  
地域の限定を解除

出典:介護サービス施設・事業所調査(平成18年)、平成18年10月1日現在推計人口(総務省調べ)

## Ⅱ これまでの指摘等の概要

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

### 3 今後の検討課題について

#### (2) 訪問・通所系の事業について

##### ② サービス提供について

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

### Ⅲ 訪問看護の報酬・基準に関する論点

#### 【基本的な考え方】

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

#### 【具体的な論点】

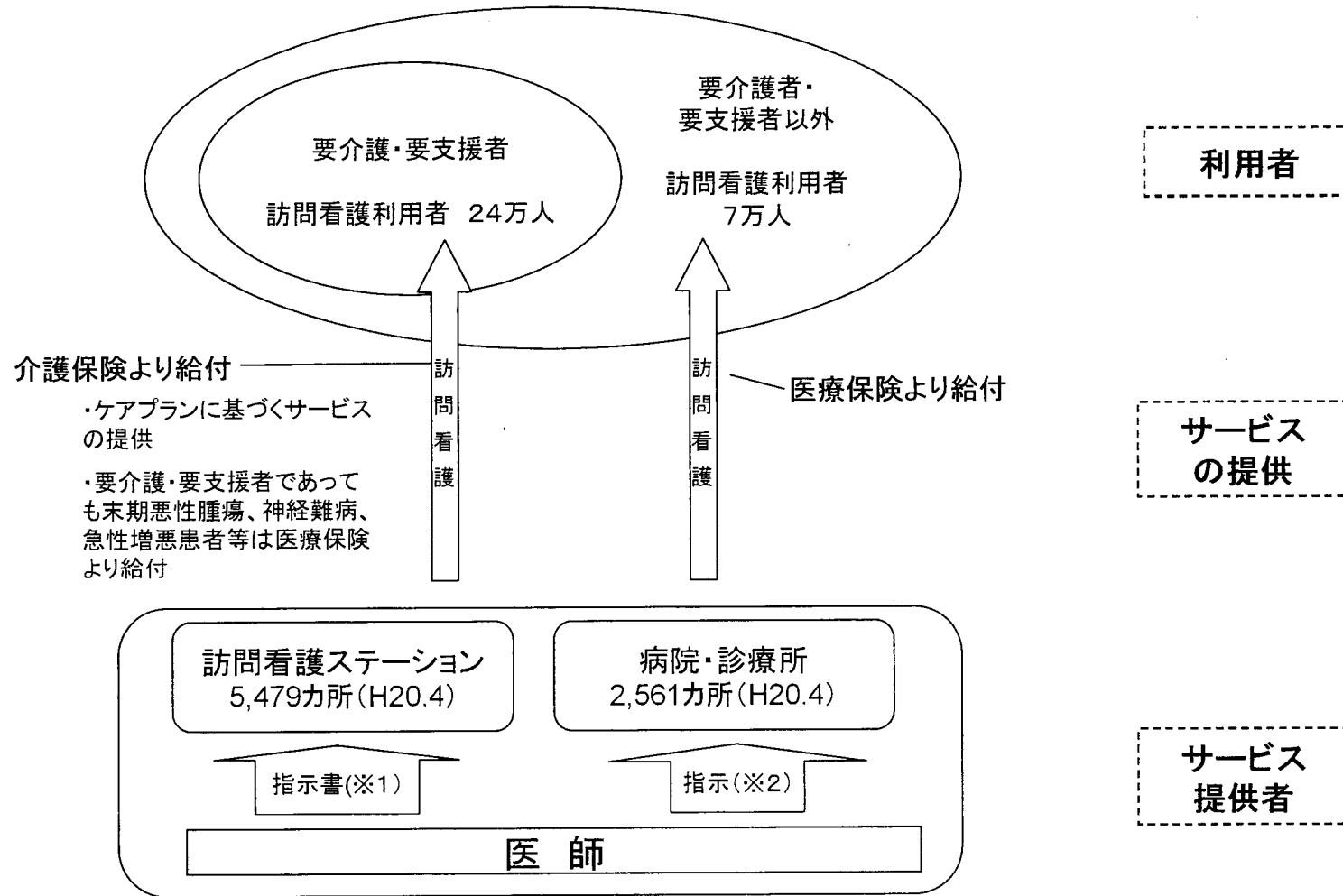
- 特別管理加算については、介護保険の訪問看護サービスにおける医療的な処置の実施状況を踏まえ、その対象を拡大してはどうか。
- ターミナルケアの充実を図るため、ターミナルケア加算の要件や点数を見直してはどうか。

# 参考資料

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

# 訪問看護の仕組みについて

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



(※1) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

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



# 介護保険・医療保険の訪問看護の報酬体系について①(本体部分)

## 介護保険

(介護予防) 訪問看護費 <訪問看護ステーション>		<医療機関>
<b>20分未満*</b> 保健師、看護師 285単位 准看護師による場合 (90/100) ※日中等の訪問における十分な観察、必要な助言、指導を前提に夜間、早朝、深夜に実施。	230単位 (90/100)	
<b>30分未満</b> 保健師、看護師 425単位 准看護師による場合 (90/100) PT・OT・ST* 425単位 ※看護業務の一環として行う診療の補助。	343単位 (90/100)	
<b>30分以上60分未満</b> 保健師、看護師 830単位 准看護師による場合 (90/100) PT・OT・ST* 830単位 ※看護業務の一環として行う診療の補助。	550単位 (90/100)	
<b>60分以上90分未満</b> 保健師、看護師 1,198単位 准看護師による場合 (90/100)	845単位 (90/100)	

○次の場合は算定しないこと。

※ 特別指示の日から14日間。

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

## 医療保険(平成20年改定後)

<訪問看護ステーション>

<医療機関>

訪問看護管理療養費	
月の初日7,050円 2～12日目まで2,900円	
訪問看護基本療養費Ⅰ(1回30～90分)	在宅患者訪問看護・指導料(1回30～90分)
週3日目まで5,550円 (准看護師の場合 5,050円) 週4日目以降6,550円 (准看護師の場合 6,050円)	週3日目まで555点 (准看護師の場合 505点) 週4日目以降655点 (准看護師の場合 605点)
訪問看護基本療養費Ⅲ	居住系施設入居者等訪問看護・指導料
週3日目まで4,300円 (准看護師の場合 3,800円) 週4日目以降5,300円 (准看護師の場合 4,800円)	週3日目まで430点 (准看護師の場合 380点) 週4日目以降530点 (准看護師の場合 480点)
訪問看護基本療養費Ⅱ 〔精神科標榜医の指示で、複数の精神障害者社会復帰施設*等入所者へ訪問〕	精神科訪問看護指導料Ⅱ 〔精神科標榜医療機関の保健師等が複数の精神障害者社会復帰施設*等入所者へ訪問。〕
週3回、1回1～3時間 1,600円 延長(8時間限度に1時間) 400円	週3回、1回1～3時間160点 延長(8時間限度に1時間) 40点
※表中の「精神障害者社会復帰施設等」は、平成18年10月以降、障害者自立支援法附則第8条に基づく施設〔生活介護、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援、福祉ホームをさす。	精神科訪問看護指導料Ⅰ 〔精神科標榜医療機関の保健師、看護師等が、患者・家族の看護又は療養上必要な指導を行う。〕
	週3回(退院後3か月以内5回)まで575点 急性憎悪時は7日以内の期間1日1回算定可。 さらに1月以内の連続7日間の継続が可能。 複数訪問時加算450点
	精神科退院前訪問指導料 〔退院前に患者又は精神障害者社会復帰施設*を訪問し、患者・家族等に指導〕
	入院中3回(6ヶ月超入院は6回)まで380点 看護師、精神保健福祉士による 共同指導加算320点

# 介護保険・医療保険の訪問看護の報酬体系について②(加算部分)

## 介護保険

<訪問看護ステーション>

<医療機関>

訪問看護費の 早朝・夜間加算 (25/100)	訪問看護費の (25/100)
深夜加算 (50/100)	(50/100)
訪問看護費の 特別地域看護加算 (15/100)	訪問看護費の (15/100)

※限度額に含めない

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





## 医療保険(平成20年改定後)

<訪問看護ステーション>

<医療機関>

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

## 諸外国の看取りのデータ

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

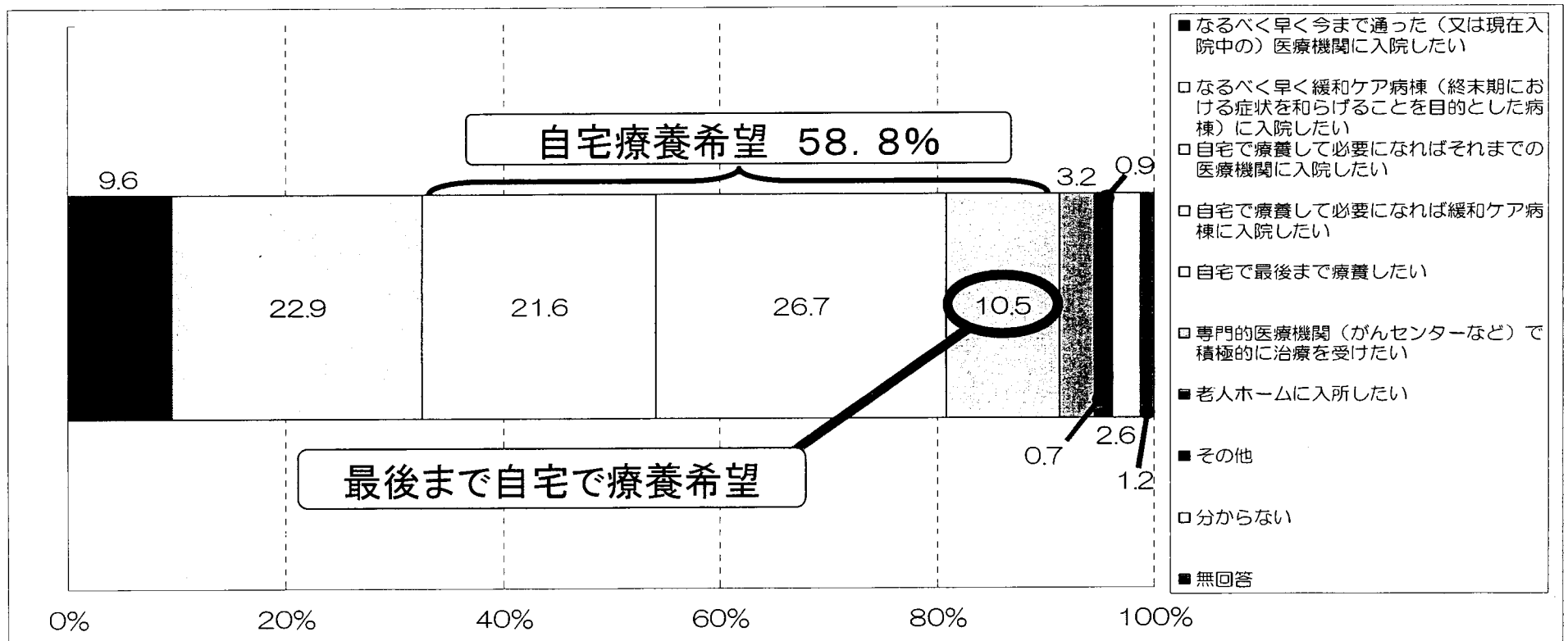
出典：①World fact book 2008、②～⑤OECD Health Data 2007、

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

# 国民の在宅療養に関するニーズ①

- 療養生活を最後までどこで送りたいかという質問に対し、在宅療養を希望する者は、58.8%、うち、最後まで在宅療養を希望とする者は10.5%である。
- なお、「自宅で療養したい理由(複数回答)」については、平成16年厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」によると、「住み慣れた場所で最期を迎えたい」という理由が62.4%である。

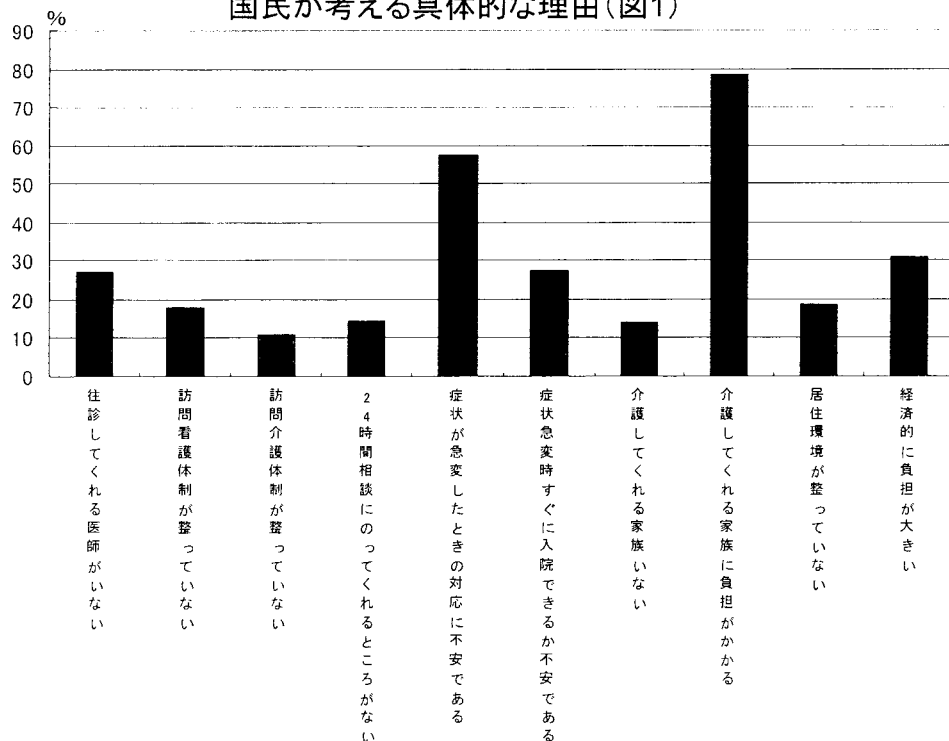
問 あなた(国民)自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度或いはそれより短い期間を想定)場合、療養生活は最後までどこで送りたいか



## 国民の在宅療養に関するニーズ②

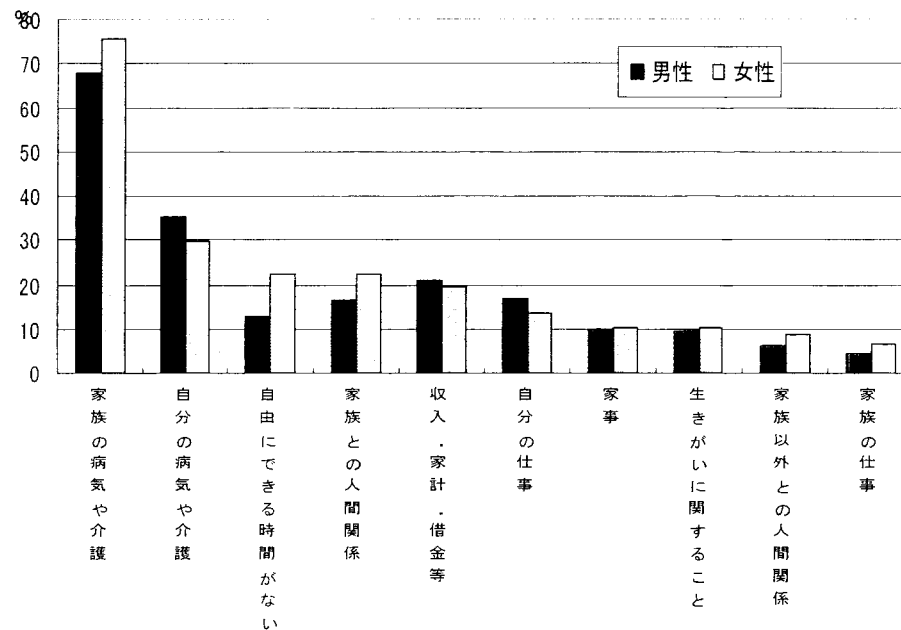
- 国民は、最期までの自宅療養が実現困難であるとする具体的な理由として「24時間相談にのってくれるところがない」、「症状が急変したときの対応に不安である」等の将来の不安に加え、「介護してくれる家族に負担がかかる」など療養生活を送る上で直面すると考えられる不安があげられており、こうした傾向は居宅療養者にも見られると考えられる。(図1)
- また、要介護者等と同居している主な介護者の悩みやストレスの状況では、「家族の病気や介護」が多い。(図2)
- こうしたことから、要介護者および家族は、医療、介護、生活療養上の様々な不安を持っていることが推測される。

最期までの自宅療養が実現困難であると国民が考える具体的な理由(図1)



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

要介護者と同居している主な介護者の悩みやストレス(図2)



(出典)厚生労働省「平成19年 国民生活基礎調査」

# 平成18年介護報酬改定・平成20年診療報酬改定の概要

## 【平成18年介護報酬改定】

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

(主な見直し概要)

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

※ 算定要件(以下の要件を全て満たすことが必要)

- ① 死亡前24時間以内のターミナルケアを実施していること
- ② 24時間連絡体制が確保された事業所であること
- ③ ターミナルケアの提供について訪問看護記録書に記録されていること

上記を全て満たし、在宅以外で24時間以内に死亡した利用者についても算定できる。

## 【平成20年診療報酬改定の概要－1】

### ① 患者の状態に応じた訪問看護の充実

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

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

## 【平成20年診療報酬改定の概要－2】

### ② 訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

○ 訪問看護のターミナルケアの評価について算定要件を見直し、点数を引上げ。

【算定要件等の見直しの概要】

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

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

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

【※1 現行の介護保険の訪問看護のターミナルケア加算の算定要件】

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

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

# 事業所評価加算について

## I 事業所評価加算の現状と課題

- 事業所評価加算は、平成18年介護報酬改定において、目標の達成度に応じた介護報酬の設定の観点から試行的取組として設定されたもの。
- 加算の対象となるのは、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションの事業所であり、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に加算される。
- 介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションの算定件数に対する本加算の算定割合はそれぞれ1.2%、2.5%である（平成20年4月）。

○事業所評価加算 100単位／月

○要件

1. 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを行っていること
2. 利用実人員数が10名以上であること
3. 以下の数式を満たすこと

$$\frac{\text{要支援度の維持者数} + (1\text{ランク改善者数}) \times 5 + (2\text{ランク改善者数}) \times 10}{\text{評価対象期間内(前年の1~12月)に運動機能向上、栄養改善又は口腔機能向上サービスを3か月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} > 2$$

○算定実績(介護給付費実態調査(平成20年4月審査分))

	①算定件数(千回)	②事業所評価加算の算定件数(千回)	算定件数の割合(②÷①)
介護予防通所介護	294.9	3.5	1.2%
介護予防通所リハビリテーション	110.3	2.8	2.5%



## 事業所評価加算に関する実態調査 ①

### 1. 方法

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

### 2. 結果

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

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

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

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

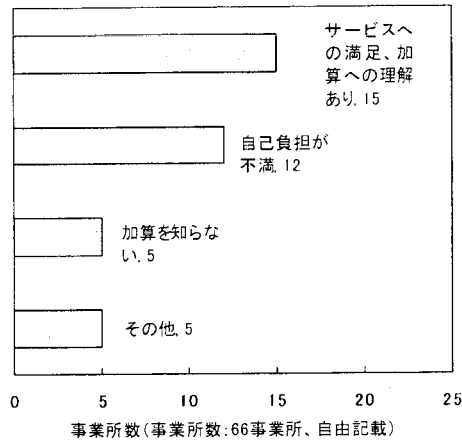
	算定可能 事業所数	算 定 事業所数
営利法人	21	15(71%)
NPO	1	1(100%)
その他	6	4(67%)
合 計	84	66(79%)

# 事業所評価加算に関する実態調査 ② 結果

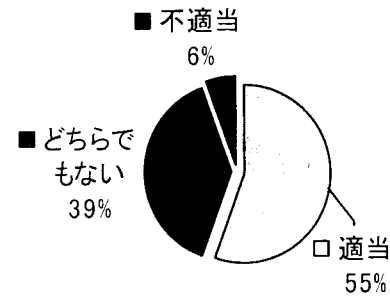
本加算算定の要件を満たす事業所 (84事業所)

加算を算定している施設 (66事業所 79%)

利用者の声



効果の高いサービスを提供する事業所を評価することについて

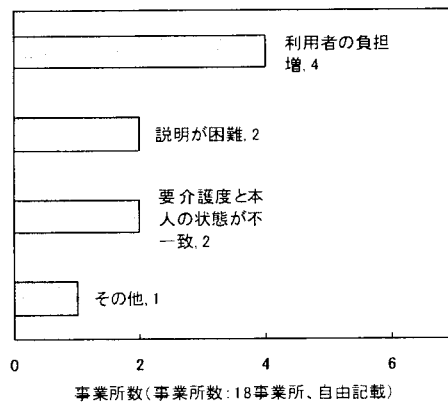


・利用者の声として、質の高いサービスに満足又は加算への理解がなされているとの回答が最も多く(15事業所)、次いで自己負担が不満との回答が多かった(12事業所)。

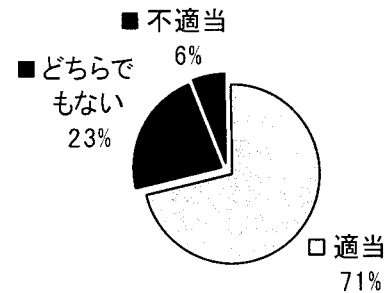
・効果の高いサービスを提供する事業所を評価することについては、約6割の事業所が適当と考えている。

加算を算定していない事業所 (18事業所 21%)

加算を算定しない理由



効果の高いサービスを提供する事業所を評価することについて

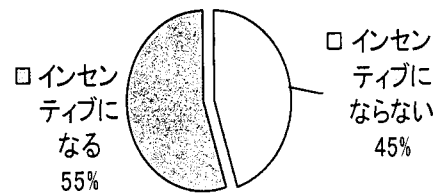


・加算を算定しない理由としては、利用者の負担増を挙げた事業所が最も多かった(4事業所)

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

# 事業所評価加算に関する実態調査 ③ 結果

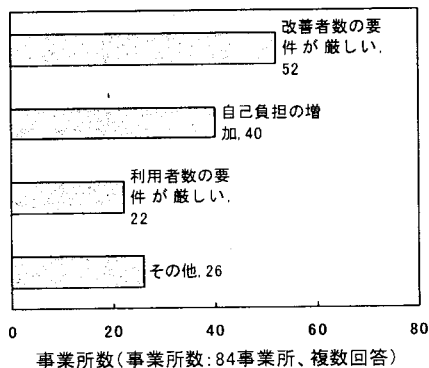
本加算は提供するサービスの質向上へのインセンティブになると考えるか  
(回答全事業所: 84事業所)



## 【インセンティブにならない主な理由】 (自由記載)

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

## 算定事業所が少ない理由



## 【施設要件についての主な意見】 (自由記載)

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

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

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

(参考)

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

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

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

(件) (%)

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

(※)出典:認定支援ネットワーク(特別集計)

【詳細データ】

		総数		判定(平成20年7月申請分)															
				非該当		要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
前回の判定	要支援1	44807	100.0%	982	2.2%	26615	59.4%	8882	19.8%	5076	11.3%	1525	3.4%	1013	2.3%	407	0.9%	307	0.7%
	要支援2	50436	100.0%	173	0.3%	6909	13.7%	29618	58.7%	7083	14.0%	3800	7.5%	1753	3.5%	709	1.4%	391	0.8%
	合計	95243	100.0%	1155	1.2%	33524	35.2%	38500	40.4%	12159	12.8%	5325	5.6%	2766	2.9%	1116	1.2%	698	0.7%

(件) (%)

## Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成18年1月26日 平成18年介護報酬改定答申（抜粋）】

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

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

【平成20年3月25日 規制改革推進のための3か年計画（閣議決定）】

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

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

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

### Ⅲ 事業所評価加算の報酬・基準に関する論点

#### 【基本的な考え方】

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

#### 【具体的な論点】

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

# 参考資料

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

## 【介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーション(概要)】

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

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

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

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

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

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

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



# 介護予防サービスの定量的な効果分析について(第2次分析の結果)

## 1. 介護予防施策の効果を検証する方法について

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

## 2. 新予防給付導入の効果について

○新予防給付導入には、統計学的に有意な介護予防効果が認められた

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

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

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