

社会保障審議会介護給付費分科会(第58回)議事次第

日時：平成20年11月14日(金)

午後1時30分から午後4時30分まで

於：ホテルメトロポリタンエドモント2F「悠久」

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・地域密着型サービス)
2. その他

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

20. 11. 14

氏 名	現 職
池 田 省 三	龍谷大学教授
石 川 良 一	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長(東京都稲城市長)
稲 葉 雅 之	民間介護事業推進委員会代表委員
井 部 俊 子	日本看護協会副会長
大 島 伸 一	国立長寿医療センター総長
◎※大 森 彌	東京大学名誉教授
※沖 藤 典 子	作家
小 島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
勝 田 登 志 子	認知症の人と家族の会副代表理事
川 合 秀 治	全国老人保健施設協会会長
※神 田 真 秋	全国知事会社会文教常任委員会委員長(愛知県知事)
木 村 隆 次	日本薬剤師会常務理事・日本介護支援専門員協会会長
久 保 田 政 一	日本経済団体連合会常務理事
齊 藤 秀 樹	全国老人クラブ連合会常任理事・事務局長
武 久 洋 三	日本慢性期医療協会(日本療養病床協会)会長
田 中 滋	慶応義塾大学教授
田 中 雅 子	日本介護福祉士会名誉会長
池 主 憲 夫	日本歯科医師会常務理事
対 馬 忠 明	健康保険組合連合会専務理事
中 田 清	全国老人福祉施設協議会副会長
三 上 裕 司	日本医師会常任理事
村 川 浩 一	日本社会事業大学教授
矢 田 立 郎	兵庫県国民健康保険団体連合会理事長(神戸市長)
※山 本 文 男	全国町村会会長(福岡県添田町長)
(社会保障審議会専門委員)	
堀 田 聰 子	東京大学社会科学研究所 特任准教授

※は社会保障審議会の委員

◎は分科会長

介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策

「新たな経済政策に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議」決定(平成20年10月30日)

平成21年度の介護報酬改定(プラス3.0%)により介護従事者の処遇改善を図ることとしつつ、それに伴う介護保険料の急激な上昇の抑制等を行う。

(内容)

- 介護従事者の処遇の向上を図るため、プラス3.0%の介護報酬改定を実施。
- このプラス3.0%の介護報酬改定に伴う保険料の上昇を段階的に抑制する措置を講じることとし、

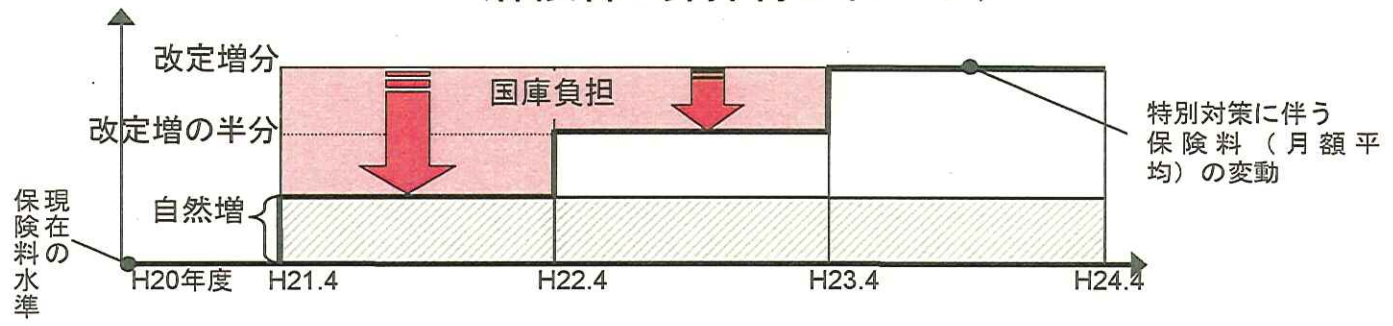
21年度 改定による上昇分の全額
22年度 改定による上昇分の半額

について、被保険者の負担を国費により軽減。

- ・65才以上の者(第1号被保険者)の保険料分については、市町村に基金を設置。
- ・40~64才の者(第2号被保険者)の保険料分については、保険者団体等に交付し、同様の措置を講じる。

(所要額) 1,200億円程度

(保険料上昇抑制のイメージ)



介護従事者の処遇改善と人材確保対策(イメージ)

(1) 介護報酬改定等による対応

○介護報酬の引上げ(3.0%) ☆

- ・地域差、小規模事業所への対応
- ・手厚い人員配置や有資格者を多く配置する事業者に対する評価 等

○キャリアアップの仕組みの構築 ☆

- ・有資格者を多く配置する事業者に対する評価(再掲)

○介護報酬改定の影響の検証 ※

- ・介護従事者の給与の改善が図られているか等について事後的に検証

○人員配置基準の見直し ☆

- ・効率的な経営及び人材確保を図る観点等からの基準の見直し(サービス提供責任者等)

→ 介護事業者や施設に対して、管理者を含めた介護労働者の給与水準の公表が円滑に実施されるよう必要な措置を講ずること(見直された介護報酬が介護労働者の給与へ行き渡ったことを、国民の目に見える形で検証できる仕組みを導入すべき)との意見がある。

(2) 介護報酬改定以外の対応

○介護人材の緊急確保対策(第2次補正)

- ・介護福祉士等修学資金貸付事業の拡充
- ・母子家庭の母親の介護福祉士等の資格取得支援
- ・介護人材の参入促進のための相談・助言、潜在的有資格者等養成支援、複数事業所連携、年長フリーター等を介護人材として確保・定着させた事業者への助成、介護作業負担軽減のための設備・機器導入奨励金

○雇用管理改善に取り組む事業者へ支援 ※

- ・雇用管理改善の業務を担う人材の雇入れ助成
- ・キャリアアップ・処遇改善等の各種人事制度の導入等を行う事業者に対する助成
- ・外部のコンサルタントを活用した雇用管理改善等に関する相談援助 等

○福祉・介護分野での労働力需給調整機能の強化 ※

- ・福祉人材ハローワーク(仮称)の創設等による福祉・介護分野におけるマッチング機能の強化 等

○経営モデルの作成・提示

- ・効率的な経営を行うために参考となる経営指標や経費の配分モデルの作成・提示

○社会的な評価を高めるための取組み

- ・介護の日の制定 等

特定施設入居者生活介護について

I 特定施設入居者生活介護の現状と課題

【特定施設入居者生活介護の利用状況】

- 特定施設入居者生活介護(予防含む)の利用者数は約11.4万人(平成20年4月審査分)であり、年々増加している。
- 特定施設入居者生活介護(予防含む)の費用額(平成20年4月審査分)は約206億円であり、全体の約4%。

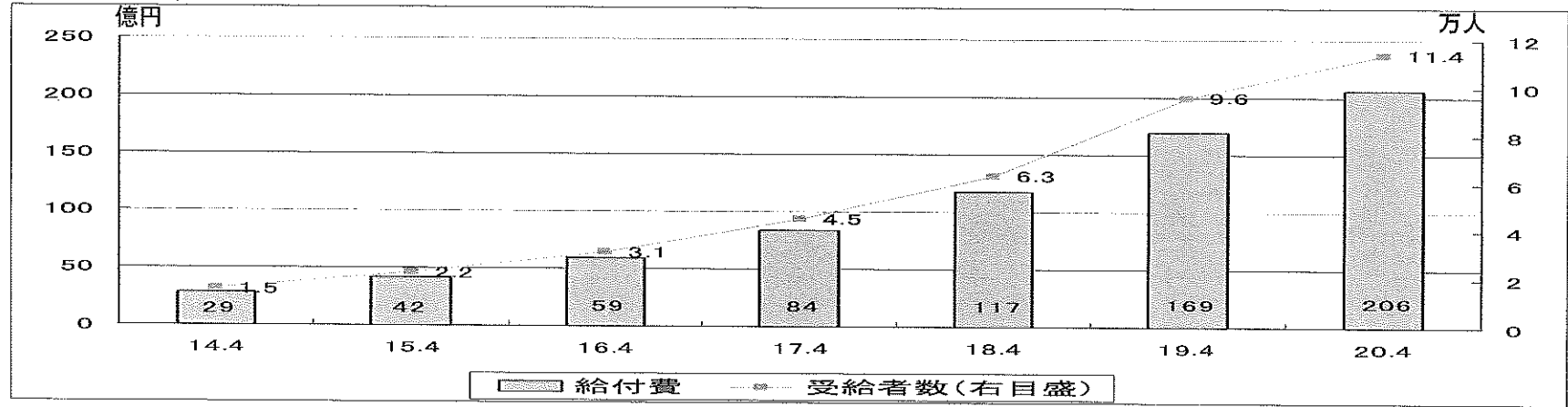
○ 特定施設入居者生活介護受給者数(千人)

- ・ 要支援者
- ・ 要介護者

(出典)介護給付費実態調査(H20.4)

要支援度	総数	要支援1	要支援2	要介護度	総数	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	19.1	8.0	11.1	受給者数	94.7	0.0	24.2	22.0	20.9	16.9	10.6

○ 特定施設入居者生活介護サービス費と受給者数の推移(予防含む)



(出典)介護給付費実態調査

【平成18年介護報酬改定の概要】

- 住み替えニーズに対応するため、特定施設の対象を拡大するとともに、外部の介護サービス事業者との提携によるサービス提供体制を創設した。

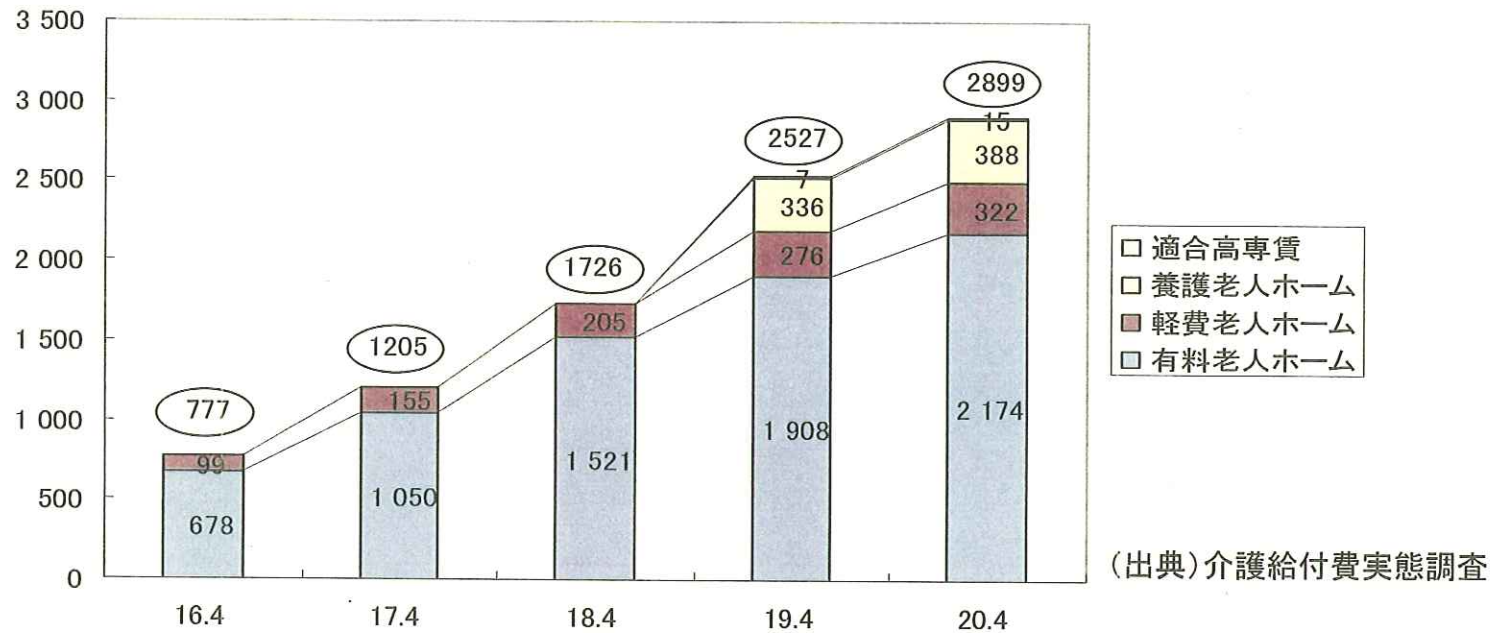
(主な見直し内容)

- ① 特定施設入居者生活介護の対象を、一定の基準を満たす高齢者専用賃貸住宅、養護老人ホームにも拡大
- ② 外部の介護サービス事業者との提携によるサービス提供体系(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)の創設

【特定施設入居者生活介護サービスの提供状況】

- 特定施設入居者生活介護事業所数は年々増加しており、大半は有料老人ホームである。
- 夜間看護体制加算は約5割の事業所で、個別機能訓練加算は約2割(請求件数ベース)で算定している。

特定施設事業所数の推移(施設類型別)



夜間看護体制加算の算定状況 (単位: 件)

事業所数(回答施設)	1,886 (100.0%)
加算算定事業所数*	942 (49.9%)

*准看護師配置により加算を算定していた施設を除く

個別機能訓練加算の算定状況 (単位: 千件)

	総数	特定施設	予防特定施設
特定施設入居者生活介護算定件数	2,515.5 (100.0%)	2,497.7 (100.0%)	17.8 (100.0%)
加算算定件数	558.5 (22.2%)	554.5 (22.2%)	4.0 (22.5%)

(出典)介護施設等における重度化対応に関する調査(H20.6)

(出典)介護給付費実態調査(H20.4)

【特定施設入居者生活介護における医療ニーズと人員配置】

- 特定施設の入居者の約4割は、病院や老人保健施設からの入居者であり、一定の医療ニーズが存在することが見込まれる。
- 一方、特定施設には医師の配置基準はなく、外部の協力医療機関を定めることとなっている。
- 特定施設の看護・介護職員の配置は、施設サービスとほぼ同様の水準となっている。

特定施設入居者の入居前の所在地

(第54回介護給付費分科会／特定施設事業者連絡協議会提出資料)

入居前の所在地	(人)	(%)
病院	161	27.8
医療療養型医療施設	5	0.9
介護療養型医療施設	3	0.5
老人保健施設	52	9.0
特別養護老人ホーム	3	0.5
グループホーム	4	0.7
他の指定特定施設	48	8.3
その他高齢者施設	10	1.7
自宅	294	50.7
合計	580	100.0

特定施設と介護保険施設の主な職員配置基準と看護・介護職員の配置状況

	特定施設	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
医師	(協力医療機関を定める)	必要数 (非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上
看護職員	看護・介護 3:1以上 (利用者100人の場合、 看護3人)	看護・介護 3:1以上 (入所者100人の場合、 看護3人)	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)	6:1以上
介護職員				6:1以上
理学療養士(PT) 作業療法士(OT)			PT又はOTが 100:1以上	PT及びOTが 適当数
機能訓練指導員	1以上	1以上		
生活(支援)相談員	100:1以上 (うち1名常勤)	常勤1以上 100:1以上	100:1以上	
介護支援専門員 (計画作成担当者)	1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1以上
看護・介護職員(常勤換算)1人当たり利用者数※	2.4人	2.3人	2.4人	1.9人

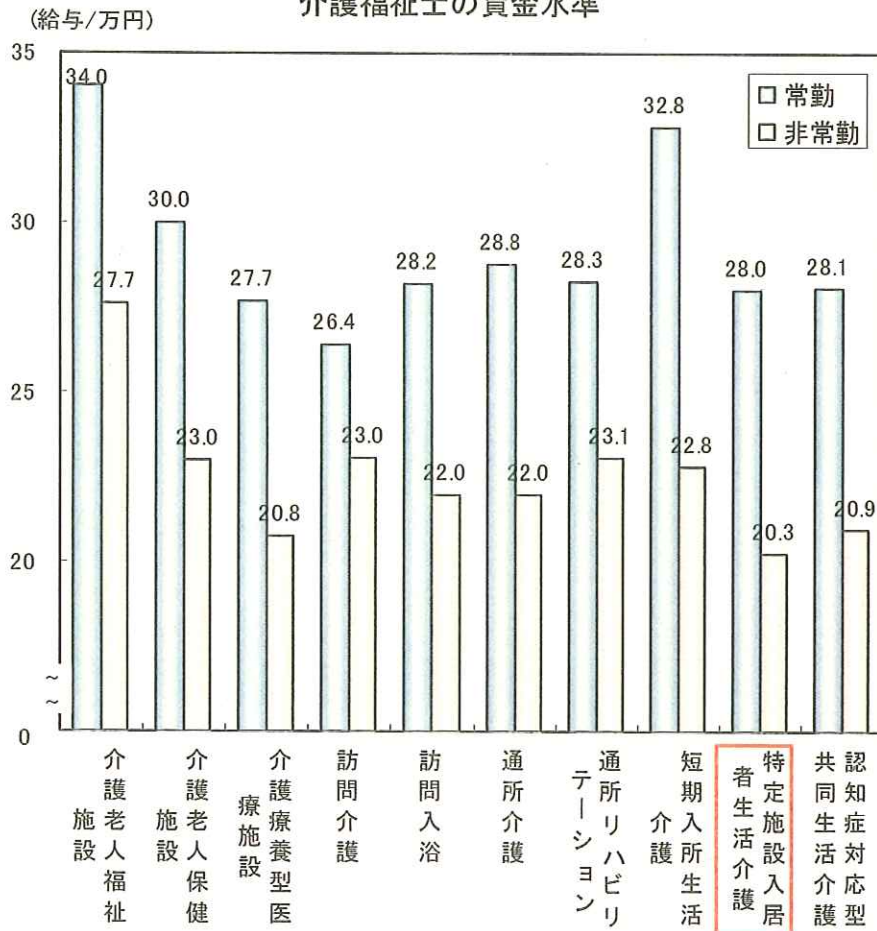
※ 平成20年介護事業経営実態調査

【介護職員の賃金水準】

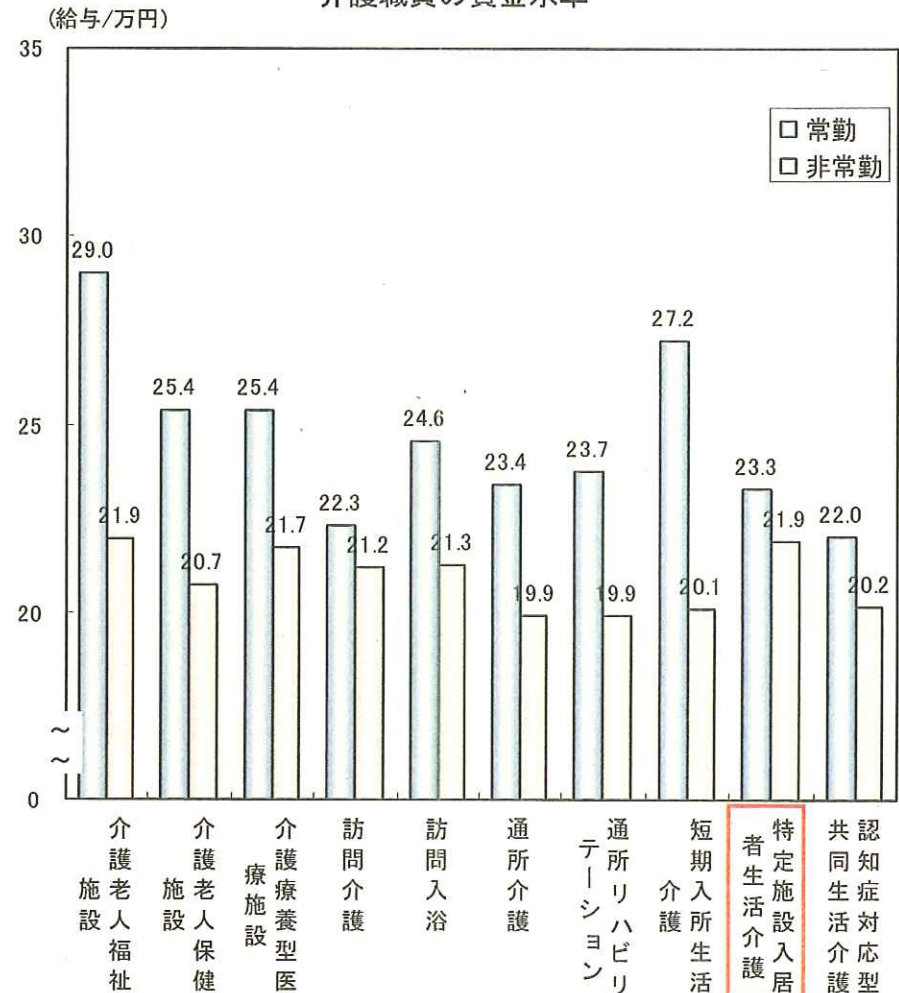
○ 経験年数、平均年齢等の要素の違いがあり、単純な比較はできないが、特定施設の介護職員の賃金水準は、施設サービスと比較して概して低い。

介護サービス施設・事業所における介護職員の給与 (第56回介護給付費分科会(10月9日開催)提出資料)

介護サービス施設・事業所における
介護福祉士の賃金水準



介護サービス施設・事業所における
介護職員の賃金水準



(資料出所) 厚生労働省「平成20年介護事業経営実態調査」

注) 介護職員は、介護福祉士を含まない。

【介護職員の資格取得状況】

○ 特定施設の介護職員のうち、介護福祉士の資格取得者は約2割。

介護サービス施設・事業所における介護職員の資格取得状況 (第56回介護給付費分科会(10月9日開催)提出資料)

(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
介護老人福祉施設	181,128	147,103	34,025	73,542	40.6%	70,440	3,102	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
介護老人保健施設	99,222	88,361	10,861	44,711	45.1%	43,634	1,077	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
介護療養型医療施設	41,403	37,516	3,887	8,919	21.5%	8,764	155	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
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
訪問入浴介護	11,569	6,021	5,548	2,642	22.8%	1,974	668	674	5.8%	392	282	6,734	58.2%	2,917	3,817	58	0.5%	16	42
通所介護	127,861	71,550	56,311	25,103	19.6%	19,533	5,570	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
通所リハビリテーション	44,286	32,468	11,818	12,737	28.8%	11,649	1,088	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
短期入所生活介護	136,934	112,573	24,361	53,452	39.0%	51,163	2,289	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
特定施設入居者生活介護	36,354	26,908	9,446	7,103	19.5%	6,470	633	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
認知症対応型共同生活介護	107,387	77,292	30,095	19,583	18.2%	17,829	1,754	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
合計	1,171,812	691,849	479,963	300,567	25.6%	262,415	38,152	31,495	2.7%	15,854	15,641	275,354	23.5%	42,600	232,754	2,326	0.2%	259	2,067

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

注) ホームヘルパーについては、調査対象が訪問系サービスに限定されており、その他のサービスについては資格取得状況が不明。

Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成20年6月18日 社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))
中間とりまとめ】

4-1(2) 介護・福祉分野における課題とその対応(抄)

我が国の場合、ケア付き住宅など高齢者・障害者のための居住系サービスの整備が遅れており、このことが施設待機者数増大の一つの大きな要因であると考えられる。

従って、今後は、要介護者(特に中重度の要介護者)の増大に対応した一定量の施設整備は必要だが、より整備の遅れているケア付き住宅など居住系サービスの充実や在宅サービスの拡充に重点的に力を入れていくことが必要である。

【平成21年度介護報酬改定の視点(第57回介護給付費分科会(10月30日開催)提出資料)】

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)

【平成20年9月25日 社会保障審議会介護給付費分科会・事業者団体ヒアリング】

1. 介護報酬

○基本単位について

- ・特定施設入居者生活介護の介護報酬は、介護老人福祉施設やグループホームと比較して低い。介護報酬水準の設定に当たっては、合理的な説明の範囲にされたい。(特定施設事業者連絡協議会)
- ・雇用の拡大、介護・看護職員の定着率向上等のためには、他の指定事業同様、介護報酬の引き上げの検討を要望する。((社)全国有料老人ホーム協会)

○夜間看護体制加算について

- ・宿直・夜勤の看護師を配置する場合の加算の増額

(特定施設事業者連絡協議会、(社)全国有料老人ホーム協会)

- ・介護予防特定施設入居者生活介護における夜間看護体制加算の創設 ((社)全国有料老人ホーム協会)

○個別機能訓練加算の報酬単価の増額 ((社)全国有料老人ホーム協会)

○施設サービス同様の加算制度の創設 ((社)全国有料老人ホーム協会)

- ・初期加算、栄養管理体制加算 等

2. 事業所指定のあり方(総量規制の緩和)

(特定施設事業者連絡協議会、(社)全国有料老人ホーム協会)

Ⅲ 特定施設入居者生活介護の報酬・基準に関する論点

○ 特定施設入居者生活介護においては、人員配置基準等に基づく介護報酬のほか、利用者の選定に基づく手厚い人員配置による介護サービスの費用等については、利用者の負担とすることができることとなっている。

一方、介護サービス事業全体の課題として、介護従事者対策や医療と介護の連携等が求められていることに鑑み、特定施設入居者生活介護の報酬や基準のあり方については、他のサービスの議論の動向や上記のような特定施設入居者生活介護の特性等を踏まえながら検討することが必要ではないか。

參考資料

特定施設入居者生活介護の人員基準

	一般型	外部サービス利用型
管理者	専従1人	専従1人
生活相談員	常勤換算方法で100:1以上 1人以上は常勤	常勤換算方法で100:1以上 常勤・専従1人以上
介護職員・看護職員	常勤換算方法で3:1以上 介護職員 ・常時1人以上を確保 ・1人以上は常勤 看護職員 ・利用者数30人まで:常勤換算方法で 1人以上 利用者数30人超:常勤換算方法で 50:1以上 ・1人以上は常勤	介護職員 ・常勤換算方法で10:1以上
機能訓練指導員	1人以上(他の業務にも従事可)	—
計画作成担当者	専従1人以上(100:1を標準とする)	常勤・専従1人以上(100:1を標準とする)
その他		常に1以上の従業者を確保

※医療サービスについては、「協力医療機関」を定めておくこととなっている(「協力歯科医療機関」については努力義務)

特定施設入居者生活介護費の算定構造

[特定施設入居者生活介護]

基本部分		看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	介護職員の員数が基準に満たない場合	個別機能訓練加算	夜間看護体制加算	委託先である指定居宅サービス事業者により居宅サービスが行われる場合
イ 特定施設入居者生活介護費 (1日につき)	経過的要介護 (214単位)	× 70/100		1日につき +12単位	1日につき +10単位	
	要介護1 (549単位)					
	要介護2 (616単位)					
	要介護3 (683単位)					
	要介護4 (750単位)					
要介護5 (818単位)						
ロ 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費(※) (1日につき 84単位)			× 70/100			<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・身体介護: 15分ごとに90単位 1時間30分以上 540単位に15分増すごとに+37単位 ・生活援助: 15分ごとに45単位 (1時間30分を限度) ・通院等乗降介助: 1回につき 90単位 ・他の訪問系サービス及び通所系サービス: 通常の各サービスの基本部分の報酬単位の90/100 ・福祉用具貸与: 通常の福祉用具貸与と同様 ※ただし、基本部分も含めて要介護度別に定める限度を上限とする。

(※)限度額:経過的要介護 6,505単位 要介護1 16,689単位 要介護2 18,726単位 要介護3 20,763 要介護4 22,800単位 要介護5 24,867単位

[介護予防特定施設入居者生活介護]

基本部分		看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	個別機能訓練加算	委託先である指定介護予防サービス事業者により介護予防サービスが行われる場合
イ 介護予防特定施設入居者生活介護費 (1日につき)	要支援1 (214単位)	× 70/100	1日につき +12単位	
	要支援2 (494単位)			
ロ 外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費(※) (1日につき 63単位)				<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問系及び介護予防通所系サービス 通常の各サービスの基本部分の報酬単位の90/100 (介護予防通所介護の選択的サービス(運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上)の加算が可能) ・介護予防福祉用具貸与 通常の福祉用具貸与と同様 ※ただし、基本部分も含めて介護予防サービスの区分支給限度額を限度とする。

(※)限度額:要支援1 6,505単位 要支援2 15,017単位

介護保険の給付対象外の介護サービス費用として利用者負担を求められる場合

○特定施設入居者生活介護事業者が受領する介護保険の給付対象外の介護サービス費用について(平成12年老企第52号)

・特定施設入居者生活介護事業者が、介護保険の給付対象となる費用とは別に介護サービスに係る費用を受領できる場合は以下に限られる。

(1) 人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料

(2) 個別的な選択による介護サービス利用料

① 個別的な外出介助

② 個別的な買い物等の代行

③ 標準的な回数を超えた入浴を行った場合の介助 等

【平成20年10月3日 社会資本整備審議会・諮問内容】

〔諮問〕

高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策のあり方について

〔諮問理由〕

平成18年6月、本格的な少子高齢化、人口・世帯減少社会の到来を目前に控え、現在及び将来における国民の豊かな住生活を実現するため、住生活基本法が制定され、同年9月には住生活基本計画(全国計画)が閣議決定された。同計画においては、「ストック重視」、「市場重視」、「福祉、まちづくり等関連する施策分野との連携」、「地域の実情を踏まえたきめ細かな対応」の4つの横断的視点のもと、高齢者の居住の安定が確保されるよう、住宅セーフティネットの機能向上を図ることとされている。

高齢者をめぐる状況としては、団塊の世代の高齢期への到達を背景に今後一層の高齢化が進展していくとともに、特に高齢者の一人暮らし世帯、夫婦のみ世帯が増加することとなる。また、こうした高齢化の進展により要介護認定者が大幅に増加していくことが見込まれている。

これらの要介護認定者の受け皿としては介護施設等があり、その計画的な整備が進められているところであるが、高齢者の多くは在宅を希望しており、また、要介護状態ではないものの日常生活上の手助けが必要な高齢者も多く存在し、こうした高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅ストックの量及び質の確保が強く求められている。

しかしながら、現在、高齢者が居住する住宅において基本的なバリアフリー化がなされた住宅の割合が少なく、特に借家においてバリアフリー化が立ち遅れている状況にある。また、地域ごとに高齢化の状況や介護施設等の整備状況が異なっていることから、地域のニーズに適合した施策の展開が必要となっている。

これを踏まえ、住宅のバリアフリー化、公的賃貸住宅ストックの有効活用を図るとともに、福祉施策とも連携した高齢者の状況に応じた住まいの確保とその場で提供される生活支援・介護サービスの確保が図られるよう、高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策のあり方について検討する必要がある。

これが、今回の諮問を行う理由である。

福祉用具について

I 現状と課題

【制度の概要】

○ 福祉用具は、「要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、日常生活の自立を助けるもの」としており、以下のものを対象種目として厚生労働大臣告示で定めている。

	福祉用具貸与	特定福祉用具販売
対象種目	<ul style="list-style-type: none"> ・車いす(付属品含む) ・特殊寝台(付属品含む) ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・手すり ・スロープ ・歩行器 ・歩行補助つえ ・認知症老人徘徊感知機器 ・移動用リフト(つり具の部分を除く) 	<ul style="list-style-type: none"> ・腰掛便座 ・特殊尿器 ・入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ) ・簡易浴槽 ・移動用リフトのつり具の部分

【給付制度の概要】

① 貸与の原則

利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、適時・適切な福祉用具を利用者に提供できるよう、貸与を原則としている。

② 販売種目(原則年間10万円を限度)

貸与になじまない性質のもの(他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの、使用によって形態・品質が変化し、再利用できないもの)は、福祉用具の購入費を保険給付の対象としている。

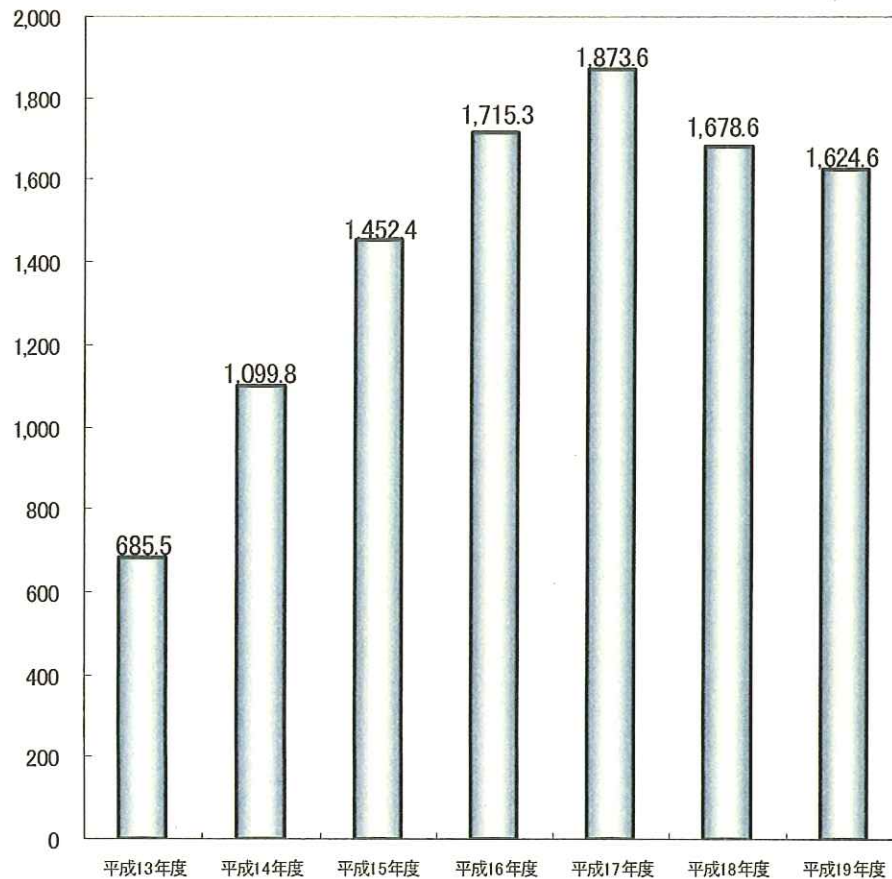
③ 現に要した費用

福祉用具の貸与及び購入は、市場の価格競争を通じて適切な価格による給付が行われるよう、保険給付における公定価格を定めず、現に要した費用の額により保険給付する仕組みとしている。

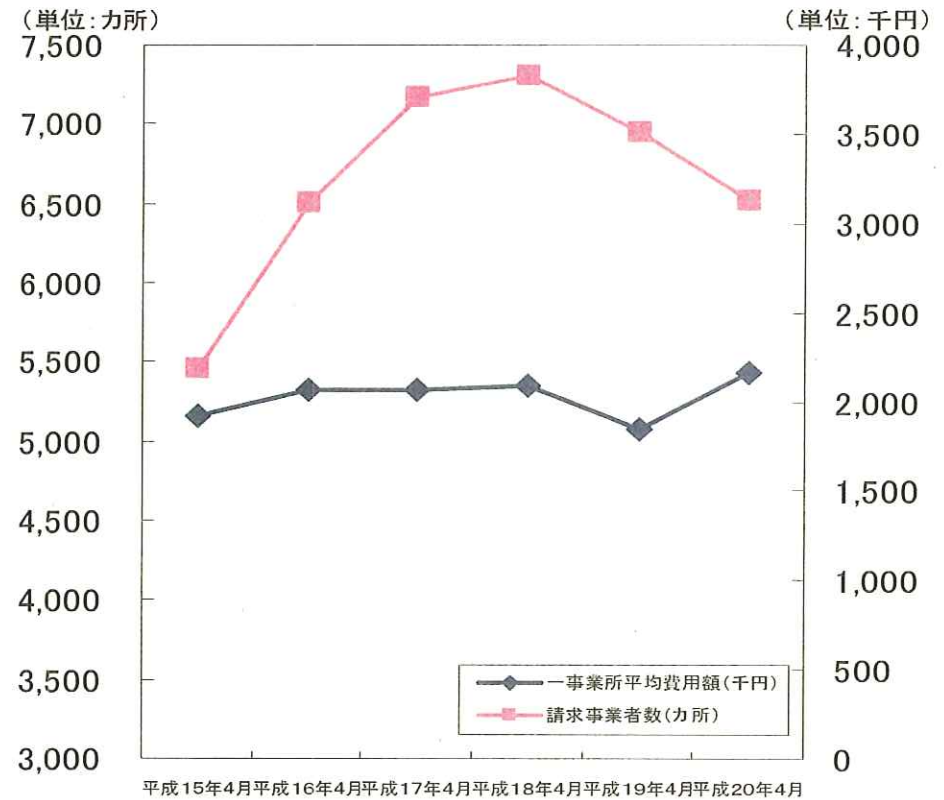
【福祉用具貸与の状況①】

- 福祉用具貸与費用額は、平成18年度以降減少している。
- 請求事業所数は、平成18年以降減少を続けている。
- 一事業所当たり費用額は、平成19年に減少したが、平成20年に増加しており、この要因としては、事業所数の減少により相対的に平均費用額が増加したためと考えられる。

(単位:億円) 福祉用具貸与の費用額の推移(介護予防を含む)



福祉用具貸与事業所数(介護予防福祉用具貸与請求事業所数を含まず)及び1事業所当たり平均費用額の推移

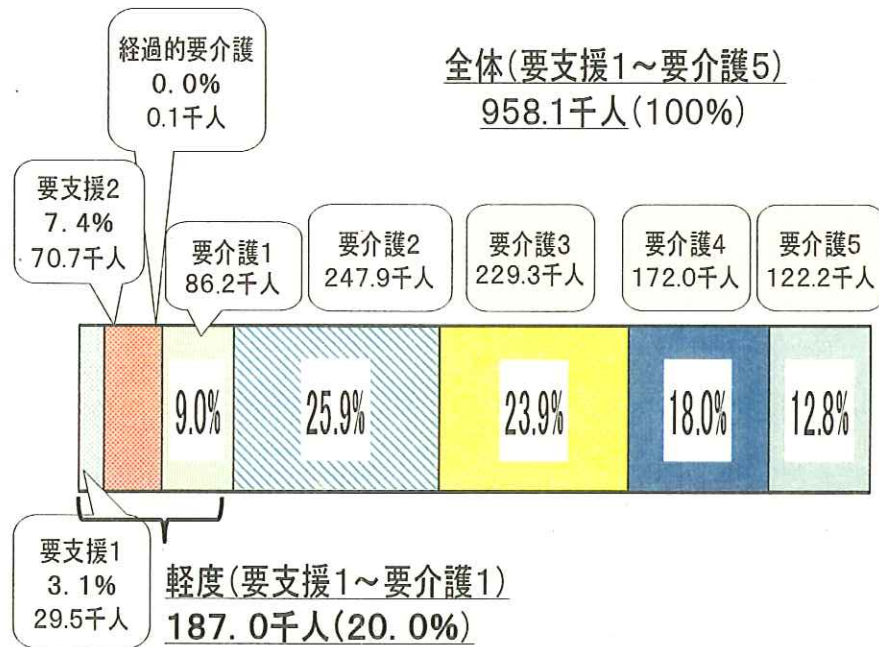


(出典)厚生労働省「介護給付費実態調査」

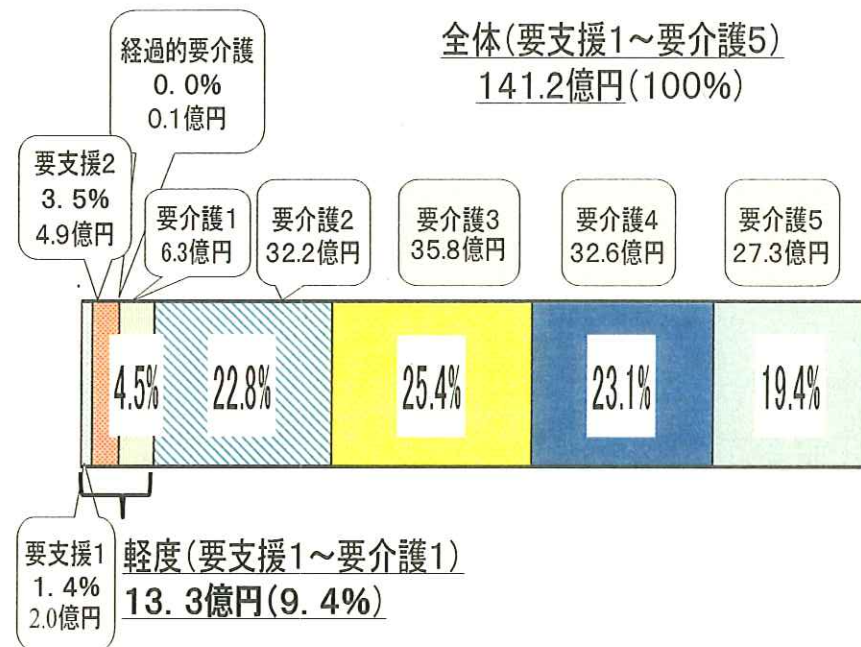
【福祉用具貸与の状況②】

○ 軽度者(要支援1～要介護1)の状況を見ると、受給者数は全体の20.0%となっており、費用額では9.4%となっている。

福祉用具貸与の要介護度別の受給者数(平成20年4月サービス分)



福祉用具貸与の要介護度別の費用額(平成20年4月サービス分)



(出典)厚生労働省「介護給付費実態調査」

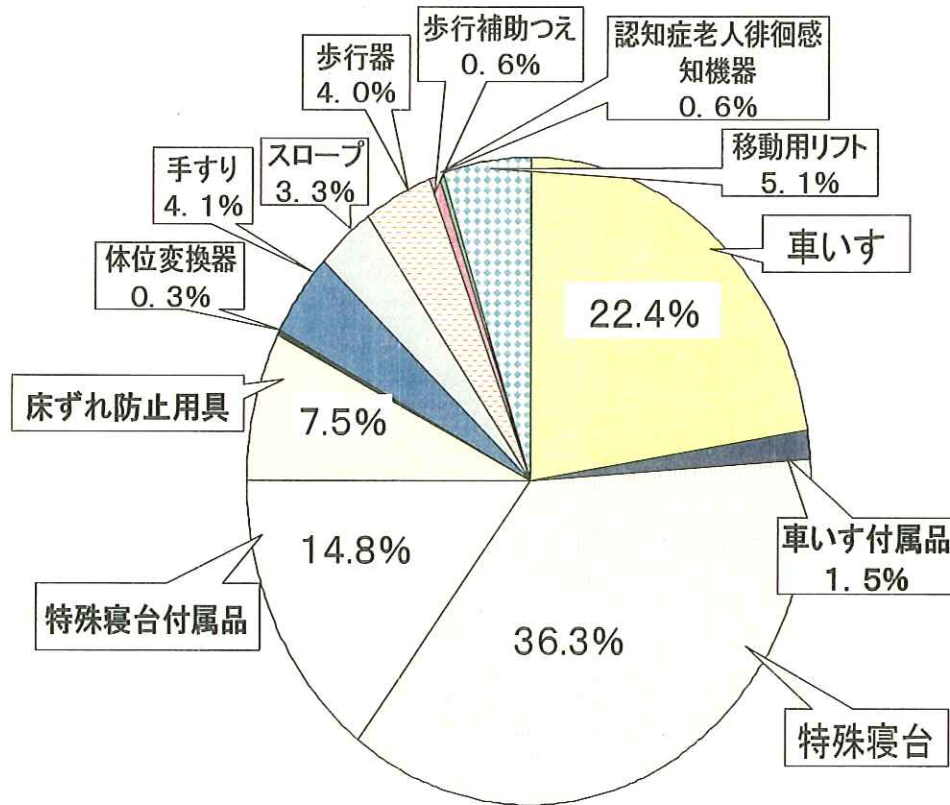
【福祉用具貸与の状況③】

○ 福祉用具貸与費のうち、車いす(付属品を含む)と特殊寝台(付属品を含む)で、75.0%を占めている。

○ 要介護度別の種目毎の利用割合を見ると、種目毎、要介護毎にそれぞれしめる割合が異なることが分かる。

福祉用具貸与の請求内訳(平成20年4月サービス分)

計: 141.8億円/月



福祉用具貸与の要介護度別の種目毎の利用割合(平成20年4月サービス分)

種目	要支援		経過的要介護	要介護					計
	1	2		1	2	3	4	5	
車いす	1.4%	3.4%	0.0%	5.3%	22.3%	27.2%	24.7%	15.8%	100.0%
車いす付属品	0.2%	0.9%	0.0%	2.2%	26.9%	28.6%	23.5%	17.8%	100.0%
特殊寝台	1.4%	3.3%	0.0%	4.0%	15.9%	22.5%	28.2%	24.7%	100.0%
特殊寝台付属品	0.2%	0.8%	0.0%	2.0%	25.6%	29.2%	25.1%	17.2%	100.0%
床ずれ防止用具	0.1%	0.2%	0.0%	0.7%	7.2%	14.4%	28.8%	48.7%	100.0%
体位変換器	0.0%	0.0%	-	0.0%	4.0%	8.7%	22.2%	65.9%	100.0%
手すり	4.9%	13.0%	0.0%	17.3%	27.3%	23.3%	11.6%	2.7%	100.0%
スロープ	0.3%	0.8%	-	2.0%	10.2%	24.4%	34.7%	27.7%	100.0%
歩行器	7.6%	18.2%	0.0%	18.2%	27.8%	18.8%	7.8%	1.6%	100.0%
歩行補助つえ	4.7%	13.8%	0.0%	15.7%	29.9%	23.7%	10.6%	1.7%	100.0%
認知症高齢者徘徊感知機器	0.0%	0.0%	-	2.6%	15.8%	36.8%	34.2%	10.5%	100.0%
移動用リフト	0.4%	2.1%	0.0%	3.9%	24.1%	28.2%	24.5%	16.8%	100.0%

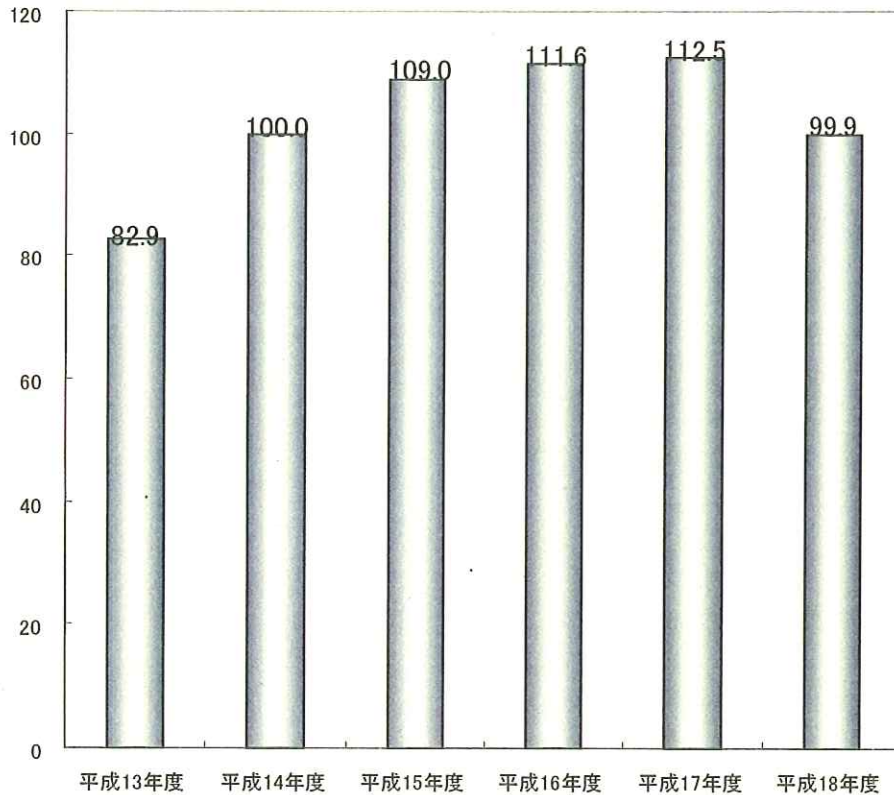
(出典)厚生労働省「介護給付費実態調査」

【特定福祉用具販売の状況】

- 福祉用具販売費は、平成18年度に減少に転じた。
- この要因としては、平成18年度の改正により、事業者指定制の導入によることが考えられる。

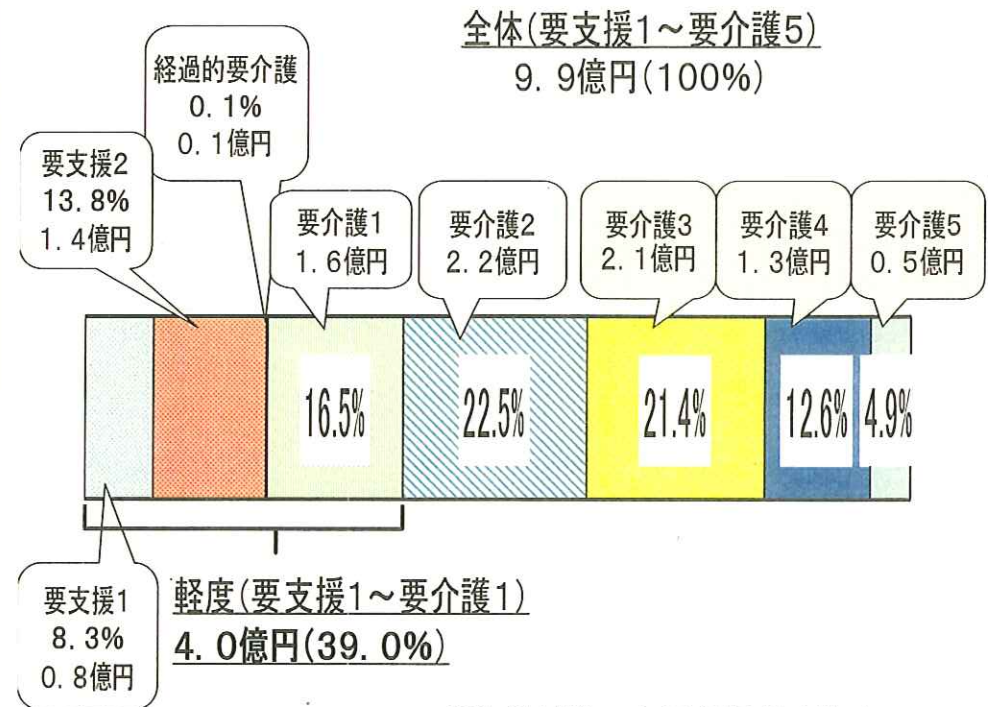
特定福祉用具販売の給付費(介護予防を含む)

(単位:億円)



(※) 給付費 = 自己負担分を除く。

特定福祉用具販売の給付費(平成20年1月支出決定分)



(※) 給付費 = 自己負担分を除く。

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

【平成18年度の見直し及び平成19年度に見直しについて①】

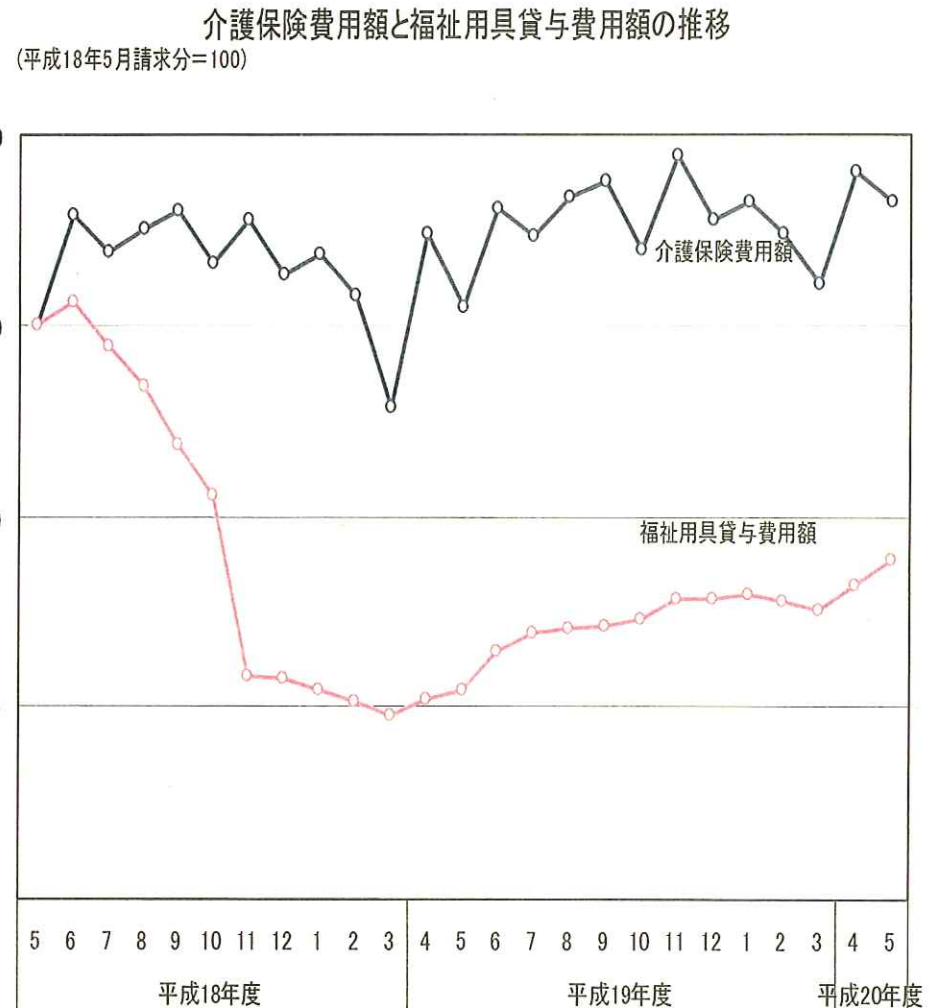
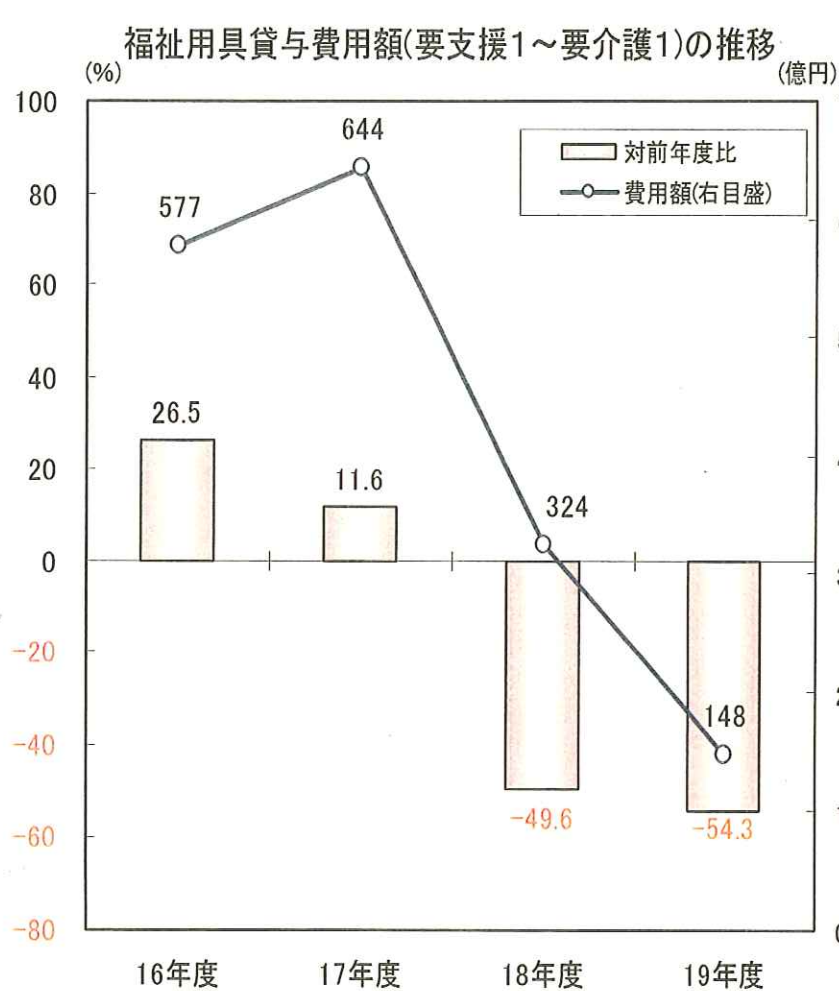
- 福祉用具貸与は、平成18年度に、軽度者(要支援1～要介護1)について、状態像から見て利用の想定しづらい車いす、特殊寝台等の8種目を原則給付の対象外とする見直しを行った。
- しかし、福祉用具を必要とする状態であるにもかかわらず、利用出来ない者も存在したことから、平成19年度に一定の場合には給付対象となるよう、再度見直しを行った。

平成18年度及び19年度の見直し概要

平成18年度見直し (原則給付対象外とした種目)	平成19年度見直し (給付対象となる場合)
<ul style="list-style-type: none"> ・車いす ・車いす付属品 	<p>○ 疾病その他の原因により、次のいずれかに該当するもの。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 日によって又は時間帯によって、頻繁に「福祉用具を必要とする状態」に該当する者(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 等) 2 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「福祉用具を必要とする状態」になることが確実に見込まれる者(例:がん末期の急速な状態悪化 等) 3 身体への重大な危険回避等の医学的判断から「福祉用具を必要とする状態」に該当する者(例:ぜんそく発作時等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避 等) <p>○ 福祉用具を必要とする状態であることが、①医師の判断、②ケアマネジメントでの判断、③市町村の確認の全ての手続きを経ていること。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・特殊寝台 ・特殊寝台付属品 	
<ul style="list-style-type: none"> ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 	
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症老人徘徊感知機器 	
<ul style="list-style-type: none"> ・移動用リフト(つり具の部分を除く。) 	

【平成18年度の見直し及び平成19年度の一部見直しについて②】

- 平成18年度の見直しに伴い、軽度者の福祉用具貸与費用額は、制度改正前の平成17年度と比較して、平成19年度で496億円(▲77%)減少した。
- この結果、平成18年4月を100として、介護保険給付全体と福祉用具貸与の推移を比較すると、保険給付全体は概ね100を超える一方、福祉用具貸与は90を下回る状況が継続している。



【介護事業経営実態調査結果について】

- 収支差率は1.8%となっている。
- 収支差率は二局化している。
- 地域別に収支差率を見ると、都市部が高く、地方が低くなる傾向にある。
- 実利用者が多くなるほど、収支差率が高くなる傾向にある。

平成20年経営実態調査 福祉用具貸与(予防を含む)

	20年調査	
	千円	
1 介護料収入	2,789	
2 保険外の利用料	58	
3 補助金収入	1	
4 国庫補助金等特別積立金取崩額	0	
5 介護報酬査定減	-17	
6 その他	53	
7 給与費	1,432	49.6%
8 減価償却費	130	4.5%
9 その他	1,236	42.8%
10 うち委託費	285	9.9%
11 借入金補助金収入	0	
12 借入金利息	33	
13 本部費繰入	3	
14 収入	2,885	
15 支出	2,833	
16 差引	51	1.8%
17 事業所数	517	

※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)

18 平均実利用者数	205.2人
19 常勤換算職員数(常勤率)	3.3人 94.3%
20 福祉用具専門相談員常勤換算数(常勤率)	2.4人 92.9%
福祉用具専門相談員常勤換算数(常勤率)	
常勤換算1人当たり給与	
21 常勤	312,072円
22 非常勤	172,996円

23 利用者1人当たり収入	14,062円
24 利用者1人当たり支出	13,811円
25 常勤換算職員1人当たり給与	320,357円
26 福祉用具専門相談員(常勤換算)1人当たり給与	302,245円

27 常勤換算職員1人当たり利用者数	62.1人
28 福祉用具専門相談員(常勤換算)1人当たり利用者数	86.1人

○ 地域別の収支差の状況

	特別区	特選地	甲地	乙地	その他
収支差率	8.3%	-20%	7.1%	2.9%	2.2%

○ 規模別の収支差の状況

	100人以下	101~200人	201~300人	301~400人	401~500人	501人以上
収支差率	-58.6%	10.2%	0.6%	3.0%	19.6%	15.0%

(出典)平成20年介護経営実態調査

Ⅱ 福祉用具貸与・購入に関するこれまでの指摘等の概要①

【社会保障審議会介護給付費分科会答申(平成18年1月26日)】

- 福祉用具貸与の価格については、同一用具に係る価格差などその実態について調査・研究を行うとともに、これを踏まえ、早急に報酬の在り方について見直しを行い、適正化を図ること。



○ 「介護保険における福祉用具貸与の実態に関する調査研究」 ((財)テクノエイド協会(平成19年3月))

平成18年度、レンタル価格の分析、福祉用具貸与事業者等への実態調査等を行ったところ、主に以下の状況が見られた。(詳細資料別紙)

1 レンタル価格の分布

同一製品では、過大な価格差はみられないものの、非常に高額になるケース等(はずれ値)が一部存在。はずれ値は、請求ミス、不当な請求も考えられるが、その理由の把握や必要に応じて指導の仕組みの検討が必要。

2 利用者調査の結果

事業所の選択に際し、利用者自らが複数の事業所ごとの価格を比較するケースは少なく、価格を考慮していない利用者も約半数存在。

3 福祉用具貸与事業者の損益及び費用構造

種目によって、概ね3～4年で購入価格を回収するものと、1年で回収できるようなものがあることが想定出来た。

4 事業者の価格に関する意識

貸与価格は、他社との比較ではなく、サービス内容や仕入れコストをもとに設定している事業所が多い。

5 介護給付費実態調査の分析結果

一部の種目の利用期間を見ると、製品によっては短期間で返却する場合と、長期間貸与を受ける場合の二極化が見られる。

「1 レンタル価格の分布」に係る状況について①

「介護保険における福祉用具貸与の実態調査に関する調査研究報告書」((財)テクノエイド協会)～抜粋～

○ レンタル価格の価格差の状況①(2. 3レンタル価格の価格差の状況、 2. 3. 1全国の状況)

福祉用具の種類毎に、給付額シェアのおおむね第3位までの商品について、シェア、価格(単位数)の分布、受給者別のレンタル価格(給付単位数)の十分位数(※1)を算出した。全国における主な福祉用具の種類における価格差(※2)の状況は以下のとおりである。

①車いす(抜粋)

図2-2 レンタル価格の分布 介助用車いす(00※※※-000※※A)

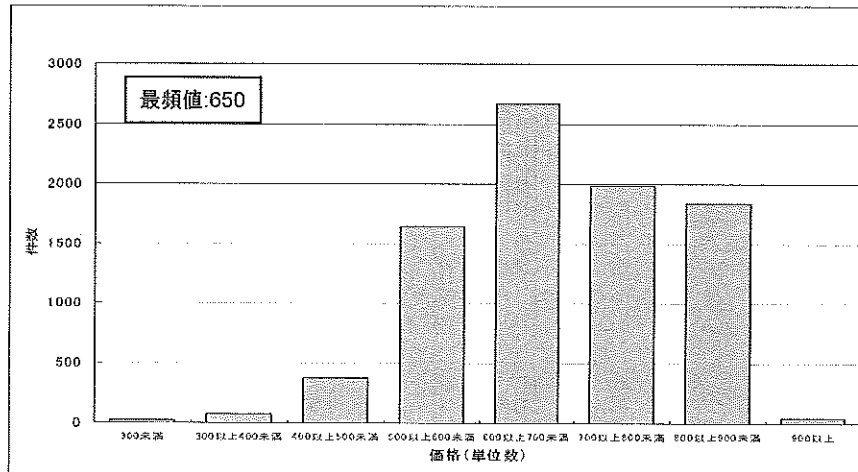


表2-2 レンタル価格の分散状況(車いす) (介助用車いす部分を抜粋)

CCTA95	TAISコード	件数	シェア		単位数			十分位分散係数	
			単位数	件数	平均	第1十分位	第5十分位		第9十分位
介助用車いす	00※※※-000※※A	8,669	6.9%	6.3%	642	500	600	800	0.25
	00※※※-000※※B	7,739	6.2%	5.7%	586	540	600	600	0.05
	00※※※-000※※C	8,386	6.1%	6.1%	575	400	600	700	0.25

(※1) 受給者別のレンタル価格(給付単位数)を昇順に並び替え、件数を10等分したときの境界にあたる価格。レンタル価格(給付単位数)が安いほうから10%に位置する値を第1十分位、20%に位置する値を第2十分位、…、90%に位置する値を第9十分位、最大値を第10十分位と呼ぶ。

(※2) 価格差は、十分位分散係数として定義を行った。十分位分散係数とは、第9十分位と第1十分位の差を第5十分位(中央値)の2倍で除したもので、その値が小さいほど分布の広がり(分散)の程度が小さいことを示す。

○ はずれ値(高額)の考察とその改善方策

(2. 5レンタル価格の分布に対する考察 2.5.2 はずれ値の考察とその改善方策)

個別商品のレンタル価格について、最大値(第10十分位)に着目すると、平均値及び第9十分位と比較して、非常に高額になっているケースがある。

表2-26 レンタル価格の分散が多い例(高額)

CCTA95	TAISコード	件数	シェア		単位数		
			単位数	件数	平均	第9十分位	第10十分位
介助用車いす	00※※※-000※※A	8669	6.9	6.3	642	800	3500
	00※※※-000※※B	7739	6.2	5.7	586	600	2029
	00※※※-000※※C	8386	6.1	6.1	575	700	4083

「1 レンタル価格の分布」に係る状況について②

「介護保険における福祉用具貸与の実態調査に関する調査研究報告書」((財)テクノエイド協会)～抜粋～

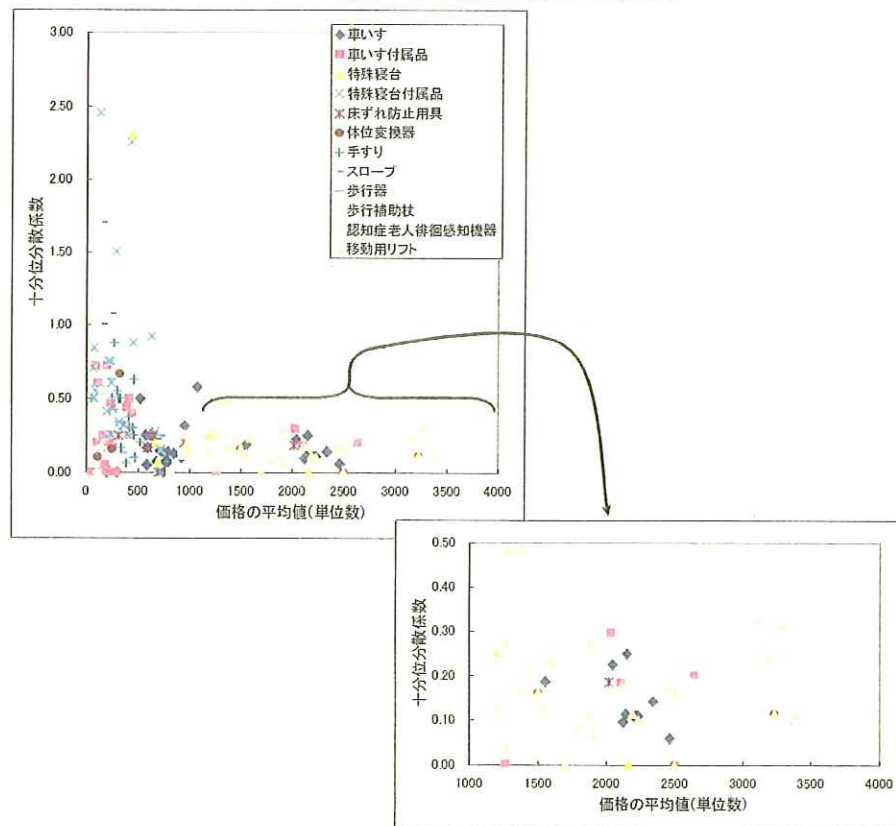
○ レンタル価格の価格差の状況②(2. 3レンタル価格の価格差の状況、2. 3. 1全国の状況)

全ての福祉用具の種類において、給付額シェアが上位3位までの商品のレンタル価格と価格差の関係を見ると、概ね以下のとおりであることがわかった。

平均単位数が1000単位を超える商品については、一部の低価格商品を除いて十分位分散係数は概ね0.3以内となっている。

レンタル価格が安い商品については十分位分散係数が大きく、1を超える商品も存在する。

図2-50 レンタル価格の分散状況図(福祉用具の種類別)

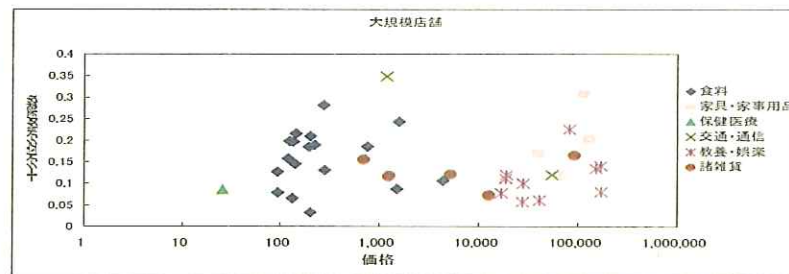


○ 他のサービス・モノとの比較(2. 4他のサービス・モノの価格との比較)

調査品目のうち、銘柄が指定されている品目について、価格差(十分位分散係数)を見ると、店舗の規模によらず、概ね、0.3以内となっている。

例えば、1000単位(自己負担額1000円)以上の福祉用具貸与の価格と比較すれば、福祉用具貸与の方が若干価格差が大きいと思われるが、過大ではない(※)と考えられる。

図2-55 他のサービス・モノの価格の分散状況図(大規模店舗)



(※)「市場で販売されている一般的なモノの価格とすれば」ということであり、基本的に全国一律の価格になっている他の介護保険サービスと比較してということであり、基本的に全国一律の価格になっている他の介護保険サービスと比較して十分くらい分散係数が0.3(以上)の価格差があることには留意が必要。

○ 福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会の設置

前述の調査結果等を踏まえ、介護給付費分科会において審議を行うための論点の整理及び技術的な事項の検討等を行うため、平成19年9月から「福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会」を設置し検討を行っているところ。(座長:田中滋(慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授))

○ 検討状況

・第1回:平成19年9月3日(月)

議題:福祉用具の保険給付の在り方に関する課題の整理・明確化とその改善のための論点について

・第2回:平成19年10月22日(月)

議題:福祉用具の保険給付の在り方に関する改善のための論点について

・第3回:平成19年11月22日(木)

議題:これまでの論点整理について

【福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会における議論の状況①】

○ 前述の調査研究結果に基づき、以下のとおり課題を分類し、整理の上、御議論頂いているところである。

- 論点1(価格差ではなく、記入ミスや不正請求と推測される外れ値が存在しているではないか)
- 論点2(利用者は適切な情報を得た上で選択を行っているか、市場原理が働いていないのではないか)について
「当面の課題に対する論点整理(案)」(以下、「論点整理という。’)として提示の上議論頂き、概ね合意が得られたところである。

○ 論点整理に基づく主な議論の状況

1. 福祉用具の情報提供に関する事項

①いわゆる「外れ値」への対応について

- ・外れ値が存在していることは不適切。何らかの対応が必要。
- ・都道府県等が事業者に対して適切な意見を述べる等の指導等を行い、適正化を図るべき。
- ・要因等を保険者等が把握すれば良いのではないか。
- ・都道府県等は国保連合会介護給付適正化システム等を活用し、外れ値の実態と要因を調査し、公表すべき。
- ・公表する場合、利用者やケアマネジャーへ情報が提供できる仕組みが必要。

②情報提供の方法について

- ・利用者の選択には、価格、機能、サービス内容の情報が提供される必要がある。
- ・利用者が判断することを基本とすべき。
- ・国保連合会介護給付適正化システムを活用し、事業所毎の貸与価格等を利用者等へ通知する等の情報提供システムの構築が必要。
- ・利用者等が、当該価格が都道府県内等との比較が出来ることが必要。
- ・ケアマネジャー等には、福祉用具の貸与価格について理解し、利用者にもその情報が効果的に活用させるよう、援助する役割が重要。

○ 論点3(平均貸与期間が平均回収期間を超えて貸与される福祉用具種目は、貸与という給付方式に馴染まないのではないか)について

「当面の課題に対する論点整理(案)」として提示の上議論頂いたが、基本的な方向性等についてさまざまな議論を頂き、意見集約が難しい状況である。そのため、今後とも調査研究の上、議論を継続することが必要である。

○ 論点整理に基づく主な議論の状況

2. サービスの適正化・効率化に関する事項

②給付方法の適正化について

- ・貸与種目には、メンテナンスの必要性が低く販売価格も低いものが含まれているため、必要以上の給付費が費やされているのではないか。
- ・軽度者からの利用が多く、結果的に長期間の利用となるものや、選定がきちんと行われたもの、比較的安価なものは貸与から販売としてはいいのではないか。

【主な議論】

- 歩行補助つえ、歩行器、手すりなどは購入種目へ移行してよいのではないか。
- 加齢に伴う心身の状態に応じたサービスを提供する介護保険制度の原則に則り貸与を基本としている制度の根本論について検討が必要。
- 身体状況の変化への対応、安全性の確保のため、貸与方式を維持すべき。
- 見直すのであれば、販売価格と貸与価格の実態を把握し、その上で対応を行うべき。
- 安価なものは販売ではなく、貸与、販売種目の選択制にできるようにすべき。
- ・販売においても、適切な選定、試用、メンテナンス等の体制を担保するとともに、責任の所在を明確化すべき。
- ・販売においても、利用者の不注意な使用や、保守点検の不備による事故の発生を防ぐため、安全性を担保する必要があるのではないか。
- ・貸与種目から販売種目へとする場合には、一定の経過措置期間の設定が必要ではないか。

○ 論点4(現に貸与に要した費用の中に不明瞭なコストが存在しているのではないか、提供するサービスに対する価格は適切かどうか、人的サービス、物的サービス両方を分ける必要があるのではないか、サービスの質の内容は確保されているか)について

「当面の課題に対する論点整理(案)」としてアセスメント、モニタリング等の一部につき議論頂いたが、具体的な手法については、合意が得られておらず、検討が必要な状況。また、医療サービス、施設等の関係機関との連携や、福祉用具専門相談員等の質の向上等、関連する問題も多いことから、今後とも調査研究の上、検討を行うことが必要。

○ 論点整理に基づく主な議論の状況

2. サービスの適正化・効率化に関する事項

① サービスの質の向上について

- ・導入時のアセスメント、利用者の状態像を考慮したマネジメントが必要
- ・貸与事業者は、居宅サービス計画を踏まえたサービスの実施、定期的な使用状況の確認が必要。

【主な議論】

- 居宅サービス計画の目標を踏まえ、連携すれば良いのではないか。
- 福祉用具貸与でもPDCAが行えるよう、個別サービス計画が必要ではないか。
- ・モニタリングを活用し、正しい利用や安全性を確保すべき。
- ・福祉用具専門相談員のモニタリングの際のチェック基準を明確化すべき。
- ・メーカーもチェック基準を公表し、当該基準をメーカーへフィードバックする等の対応が必要。
- ・福祉用具の提供には、ケアマネジメントとともに、OT・PT等の専門職との連携、更生相談所等のバックアップシステムを利用してはどうか。

○ 論点5(利用者の状態像の予後に応じた給付が行われていないのではないか)等について
様々な議論を頂いているが、具体的な対応方針等については議論出来ていないところ。今後とも調査研究の上、議論を継続していくことが必要。

【福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会における議論の状況②】

「福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会」に係る意見

社団法人日本福祉用具供給協会（H19. 10. 22）

4. 3種目（歩行器、杖、手すり）の貸与方式の見直し

これらの移動機器に関しては軽度者・中重度者を含めいずれも正に身体状況への対応が必要とされる用具です。従って、身体状況への対応等を配慮するとレンタル方式が望ましいと考えます。

「要望書」

日本福祉用具・生活支援用具協会（JASPA）（H19. 11. 22）

1. 利用者の安全性の確保について

日本福祉用具・生活支援用具協会では、福祉用具の安全性を確保するためには福祉用具の製造にあたって安全な製品を製造するだけでなく、それが利用者の手へ渡ってから保守点検等のメンテナンスによる安全性の確保が重要と考えております。現在の介護保険制度における貸与販売いずれにおいても取扱変更の際は、その点を留意していただきますよう、要望いたします。

～以下略～

2. 身体状況の変化への対応について

手すり、歩行器、歩行補助つえについては、利用者の身体状況の変化により、設置場所や用具の交換が必要になります。また、スロープにつきましても、介助者の身体状況の変化や使用する車椅子の機種変更によりスロープを交換する必要があります。

「福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会」への意見

福祉用具国民会議 実行委員会（H19. 11. 15）

1. 介護保険制度における福祉用具は、利用者の状態像や環境の変化に対応するために、レンタルが原則となった経緯がある。この考え方は利用者が常にフィットする用具を使用できるという点で画期的なものであると考える。レンタルの基本は、利用者への適合性を確保するという視点であり、価格の視点ではないことをあらためて認識いただき、「購入」は例外的な対応との基本を維持していただきたい。

8. 福祉用具貸与の仕組みを変更する場合には、施行後の貸与・販売（購入）・住宅改修のサービス状況を検証していただきたい。現行制度の優位点や課題を明らかにする検証作業をおこなった上で制度変更を行っていただきたい。

Ⅱ 福祉用具貸与・購入に関するこれまでの指摘等の概要②

「平成21年度介護報酬改定に関する意見書」

日本福祉用具・生活支援用具協会(JASPA)(H20. 9. 18)

- 福祉用具については、製品そのものの安全性確保はもちろん重要であるが、利用者の手に渡ってからの保守点検等メンテナンスによる安全性の確保も極めて重要だと考えており、このため、関係者への教育、啓発に更に努めていただきたい。

「社会保障審議会介護給付費分科会ヒヤリングに係る要望等協会の概要」

社団法人日本福祉用具供給協会 (H20. 9. 18)

- 介護保険対象種目の見直し及び介護マンパワーの代替としての有効活用を要望致します。

＜理由＞

在宅介護を促進する上でも、現在の貸与種目では足りないのではないかと考えられます。今後、老々介護が多くなり他人の援助が難しくなると、なお更種々な福祉用具が必要になってきます。

また、介護マンパワーの確保が深刻な問題になってきているので、マンパワー確保の代替として福祉用具の活用を図ることにより、介護費全体の削減効果につながります。

- サービスの質の向上を担保するため、福祉用具専門相談員の質の向上等に対する支援を要望致します。

- 新たな資格制度の創設
- モニタリングの在り方を運営基準に明記すること等

Ⅲ 福祉用具貸与の保険給付についての対応案

- 福祉用具貸与費用の適正化を図るため、介護報酬改定に伴うシステム改修の際に次の措置を講じ、都道府県、市町村等における対策の推進を支援する。
 - ・ 都道府県及び市町村が、国保連合会介護給付適正化システム等を活用し、製品毎等の貸与価格の分布状況を把握、分析し、公表することを可能とする。
 - ・ 市町村が利用者へ送付する介護給付費通知において、現に要している福祉用具貸与の価格情報に加え、同一製品の価格幅や価格幅以外であるもの等を通知することを可能とする。

- 福祉用具サービスの向上、貸与種目と販売種目の整理等の保険給付の在り方については、状態像に応じたサービス提供の状況、福祉用具貸与事業所による訪問、メンテナンスに係る実態把握、有効性等について早急に調査研究を行うとともに、その状況を踏まえつつ、「福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会」において、引きつづき議論・検討を行う。

平成 19 年 7 月 13 日

財団法人テクノエイド協会

介護保険における福祉用具貸与の実態に関する調査研究 調査結果の概要

I. 事業の目的

介護保険における福祉用具貸与に係る介護報酬については、公定価格ではなく、現に福祉用具貸与に要した費用の額が介護報酬とされており、指定貸与事業者ごとに貸与価格が設定されている。また、同じ商品であっても新品と一定期間使用されたものとは貸与価格が異なること、事業者の規模等により管理費用および流通費用が異なること等により、事業者によって価格差が生じている。

今般、同一の商品において想定しにくい価格差が生じているケースが指摘されており、全国規模での実態の把握が求められているところである。

本事業では、介護保険給付実態調査による個票データを基に、同一福祉用具についての価格差の実態について調査するとともに、貸与事業者における収支の状況、貸与価格の設定方法、さらに実際の介護保険福祉用具利用者に対して、貸与サービス全般に関する意識調査等を行うことにより、介護保険における福祉用具貸与事業の実態および課題について、明らかにすることとした。

II. 事業の実施概要

1. 調査研究委員会の設置

本事業実施にあたり、学識経験者や実務者等から構成する検討委員会を設置した。

2. レンタル価格についての分析

介護給付費分科会等から指摘された貸与価格の価格差の実態について、介護給付費実態調査によるデータを基に、貸与価格の分布から分析を行った。

3. 福祉用具貸与事業者に対する実態調査等

福祉用具貸与事業における損益及び費用構造等を把握する目的から、実態調査を行うとともに、貸与価格の設定方法等を把握するためのアンケート調査を行った。

①調査対象

都道府県知事の指定を受けている福祉用具貸与事業所を対象として、平成 18 年 9 月

30日時点で「WAM-NET（ワムネット）」（独立行政法人福祉医療機構における福祉・保健・医療関連の情報を提供するための総合的な情報サイト）に登録されている9,003事業所を級地及び従事者数で層化し、抽出率2分の1で無作為抽出した4,502事業所を対象とした。

②調査方法

郵送配布及び郵送回収

③調査期間

- ・調査月：平成18年11月
- ・発送日：平成18年12月14日
- ・提出期限：平成19年1月22日

④調査票

「平成18年度介護保険における福祉用具貸与の実態調査 A票」（別添）

→ 損益や資産取得状況等を把握する目的

「平成18年度介護保険における福祉用具貸与の実態調査 B票」（別添）

→ 価格行動等を把握する目的

⑤回収状況

事業所調査は、1,199事業所から提出があり、回収率は28.9%。集計・分析は記入内容の疑義等について解消された195事業所について行った。

①発送数	4,502
②休止廃止等	353
③回収数	1,199
④有効回答数	195
回収率(③/(①-②))	28.9%
有効回答率(④/(①-②))	4.7%

分析対象とした調査票は小数にとどまったが、これは整合性が確保された正確なデータ集計を行うためにサンプルを絞り込んだためである。（電算審査基準を設定のうえ記載された数字の整合性が確認されたもののみを集計の対象とした。）

また、この事業所の損益及び費用構造等に関する分析結果は、必ずしも現在の福祉用具貸与事業所全体を代表するものではなく、現時点で福祉用具貸与事業を独立的に会計把握している一部事業所の状況であることに留意する必要がある。

4. 利用者に対する調査

利用者の介護保険貸与価格等に関する意識及び、貸与事業者選定にあたって特に留意している事項等を把握するためのアンケート調査を行った。

①調査対象

日本介護支援専門員協会の協力を得て、全国の介護保険における福祉用具貸与利用者のうち、車いす又は特殊寝台を利用している 1,400 人を調査対象とした。

都道府県毎の調査数については、各県における高齢者人口に応じて比例配分を行い対象人数の抽出を行った。

②調査方法等

同協会所属の介護支援専門員が、実際に利用者宅へ訪問し、聞き取り調査を行った。

③調査月等

- ・調査月 : 平成 18 年 12 月～平成 19 年 1 月
- ・発送日 : 平成 18 年 12 月 22 日
- ・提出期限 : 平成 19 年 1 月 22 日

④調査票

「平成 18 年度 介護保険における福祉用具貸与の実態調査【利用者（車いす・特殊寝台）調査票】」（別添）

→ レンタルサービスに対する意識に関する事項等

⑤回収状況

利用者調査は、708 人から提出があり、回収率は 50.6%であった。

①発送数	1,400
②回収数	708
回収率(②/①)	50.6%

Ⅲ. 調査結果の概要

1. レンタル価格の分布について

介護給付費実態調査の個票データを用いて分析を行った。

利用したデータの概要は、以下の通りである。

- ▶ 分析の対象とした期間は、2005年（平成17年）4月～2006年（平成18年）3月までのサービス提供分とした。
- ▶ 福祉用具貸与の給付費明細書のうち、「摘要」欄に「TAISコード¹」が入力されていないデータについては、商品を選定できないため、分析から除外した。
- ▶ 福祉用具貸与の利用日数が1ヶ月間に満たないデータについては、分析から除外した。

	①平成17年度 介護給付費実態調査 (千件)	②分析の対象とした 請求件数 (千件)	②/①
1 車いす	4,992.2	2,420.4	48.5%
2 車いす付属品	1,017.7	434.4	42.7%
3 特殊寝台	8,269.8	4,160.3	50.3%
4 特殊寝台付属品	20,801.1	10,423.1	50.1%
5 床ずれ防止用具	1,737.7	935.6	53.8%
6 体位変換器	100.5	23.1	22.9%
7 手すり	678.4	293.1	43.2%
8 スロープ	614.4	254.9	41.5%
9 歩行器	1,484.7	582.9	39.3%
10 歩行補助つえ	723.4	334.6	46.3%
11 認知症老人徘徊感知機器	21.8	5.7	26.0%
12 移動用リフト	553.4	259.4	46.9%

福祉用具の種類別²に、給付額シェアの第3位までの商品について、シェア、価格の分布、受給者別のレンタル価格³（給付単位数）の十分位数⁴を算出した。また、価格差の大きさを十分位分散係数を用いて評価した（十分位分散係数とは、第9十分位と第1十分位の差を第5十分位（中央値）の2倍で除したもので、その値が小さいほど分布の広がりやの程度が小さいことを示す）。

その結果、ごく一部にはずれ値はあるものの、平均単位数が1000単位を超える商品についての十分位分散係数は、概ね0.3以内に収まっており、全国物価統計との比較においても、

1 「TAISコード」とは、各企業から提供された福祉用具の所在を的確に認識するためのデータベース管理コードである。企業を認識するための5桁の「企業コード」と、その企業内の福祉用具を認識するための6桁の「福祉用具コード」をハイフンで結んだもの。(00000・000000)

「TAIS」とは、「Technical Aids Information System」の略。財団法人テクノエイド協会が構築し運用している福祉用具の情報提供システムを指す。(http://www.techno-aids.or.jp/)

2 福祉用具の種類は、CCTA95に基づいて分類を行った。CCTA95は、(財)テクノエイド協会が「ISO9999の福祉用具分類との調和を図りつつ独立したもの」として制定した福祉用具の分類コードである。

3 受給者が当該商品を利用している期間中の平均給付単位数をレンタル価格として定義を行った。

4 受給者別のレンタル価格（給付単位数）を昇順に並べ替え、件数を10等分したときの境界にあたる価格。レンタル価格（給付単位数）が安いほうから10%に位置する値を第1十分位、20%に位置する値を第2十分位、・・・、90%に位置する値を第9十分位、最大値を第10十分位と呼ぶ。

実態として過大な価格差は認められなかった。

また、同様の分析を地域区分別や事業者規模別、競合する事業所数別等でも試みたが上記と同様、実態として過大な価格差は認められなかった。

なお、はずれ値はごく一部であったが、著しく高額な請求がなされている商品については、その理由を把握したり、必要に応じて指導したりするしくみの検討も必要と考えられる。

2. 福祉用具貸与の価格の動向について

(1) 介護給付費実態調査からの分析

介護給付費実態調査のデータを用いて、CCTA95 の分類に基づく、介助用車いす、後輪駆動式車いす、電動ギャッチベッドについて、2003年(平成15年)4月～2006年(平成18年)3月のレンタル価格の推移をみると、価格は概ね下落傾向にあった。

また、福祉用具種類別に貸与価格の推移を見た結果、貸与価格の下落は、市場に新製品が投入される際にレンタル価格が下落することで、全体の平均価格も下落する傾向にあると推察される。

介助用車いす、後輪駆動式車いす、電動ギャッチベッドについて、要介護度別の継続利用期間を算出した結果、要介護度が高いほど、継続利用期間が短い傾向にあることが確認された。

(2) 事業者の価格に関する意識

事業者に対するアンケート調査結果によれば、サービス内容を勘案し設定していると回答した事業所が 39.2%、仕入れ先が参考として示すレンタル価格を参考に設定していると回答した事業所が 34.6%、他の事業所を参考に設定していると回答した事業所は 18.5%であった。

このことから福祉用具貸与事業では、他社との比較の中で価格を設定するよりも、サービス内容や仕入れコストをもとに設定している事業所が多い市場であることが推察される。

(3) 利用者調査の結果

貸与事業所の選択に際し、利用者自らが複数の事業所ごとの価格を比較するケースは少なく、また、介護支援専門員も複数の事業所の情報を利用者提供するケースが少ないと推察される。

なお、「価格はほとんど考慮しなかった」と回答した利用者は約半数で、その理由の 43.5%は「介護支援専門員の判断にまかしている」と回答しており、費用の 9 割が保険給付される介護保険の仕組みのなかで、サービス需要の価格弾力性が低くなっている可能性が窺える。

これらの結果から、現状では、利用者側の需要行動で価格が決定されていると言うよりも、概ね事業所(或いはレンタル卸業者)の意向によって価格決定されている状況が

推測される。

以上の結果からサービス内容や貸与価格に関する情報、さらには利用者自らが比較検討できるような環境作りが必要であるものと考えられた。

3. 福祉用具貸与事業の損益及び費用構造

福祉用具貸与事業所を対象とした経営実態調査の結果、一部の大規模な事業所についてはわずかな黒字が確認できるものの、全国的な傾向としては、赤字傾向にあることが確認された。

また、レンタル卸を利用しているような小規模な事業所では経営状況の厳しさが確認された。

黒字事業所と赤字事業所とでは、利用者数および収益の差に較べて費用の差が小さいことから、事業規模の差に較べて固定費の総額は大きな差が生じておらず、規模拡大によるメリットを得やすい構造の可能性が窺われた。

また、貸与する福祉用具は、種目によって、概ね3～4年で購入価額を回収するものと、1年で回収できるようなものがあることが想定できた。

貸与事業における費用構成については、居住系サービスに近いことがわかった。

IV. まとめ

介護保険制度における福祉用具貸与サービスは、競争的な市場メカニズムを実現することにより適切なサービスが安価に提供されることを期待されたが、今回の調査では、必ずしも競争的な市場にはなっていないことがわかった。福祉用具貸与は、モノだけでなくサービスも含まれていることもあり、利用者側が値頃感を得にくい業態であるなど、情報の非対称性が指摘できるが、事業者、利用者ともに自由市場におけるサービスの提供/選択に慣れていない側面もあると考えられる。

今後は自由価格市場におけるメリットをより明確にすることが重要であり、その実現を促す情報提供を促進するとともに、貸与事業者に求められているサービス内容に見合う対価に着目した価格のあり方を明確にすることが重要である。

また、自由価格市場におけるメリットが実現されることを前提に、福祉用具貸与における保険給付のあり方についても検討が進められることが望まれる。

介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会について

1 介護保険制度における福祉用具・住宅改修の対象について

- 介護保険制度における福祉用具貸与・購入、住宅改修の対象については、告示においてその種目、種類を定めているが、具体的な製品や改修の内容までは定めていない。
- 種目、種類については、それぞれ、「福祉用具の範囲の考え方」、「住宅改修の範囲の考え方」（以下「範囲の考え方」という。）（別紙1参照）に基づいて定められる。
- 当該福祉用具や住宅改修が、告示で制定している種目や種類に該当し、保険給付の対象となるか否かは、保険者において判断されている。
- 種目や種類の拡大等については、「介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会」において、検討することとしている。

2 介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会について（別紙2参照）

1 目的

福祉用具の種目・住宅改修の種類について、事業者等の要望により、新たな種目の拡充等が必要な場合に、その是非等について専門家により検討すること

2 開催状況

福祉用具等の拡充等による介護保険財政への影響を考慮し、原則として、介護報酬改定の前年度に開催している。

3 検討事項等

検討会開催前に事務局（老健局振興課）が、事業者等に対し、

新たに介護保険給付対象とすることを要望する製品、改修について、調査を実施し、とりまとめの上、以下の事項について、検討会において検討することとしている。

① 初めて要望があった製品、改修について

ア) 現行の種目、種類には該当しないが、「範囲の考え方」に掲げる要件に合致すると考えられるもの

→ 当該製品、改修の安全性や衛生面等を考慮した上で、新たに種目、種類として定めることが適当か否かを検討する。

イ) 現行の種目、種類に該当せず、「範囲の考え方」に掲げる要件に合致するか否かについて、検討会における判断を要すると考えられるもの

→ 要件に合致するかを検討した上で、仮に要件に合致した場合には、上記ア)と同様の検討をする。

② 過去に要望のあった製品、改修について

過去に要望のあった製品、改修で「範囲の考え方」の要件に合致するものの、検討会において安全性等の問題により、新たな種目、種類として認められなかったものが再度要望された場合には、問題点が改善されたか否かを検討する。

4 検討結果について

第4回（H20.10.8）及び5回（H20.10.21）検討会の結果は、以下のとおりである。

第4回及び第5回介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会での検討結果

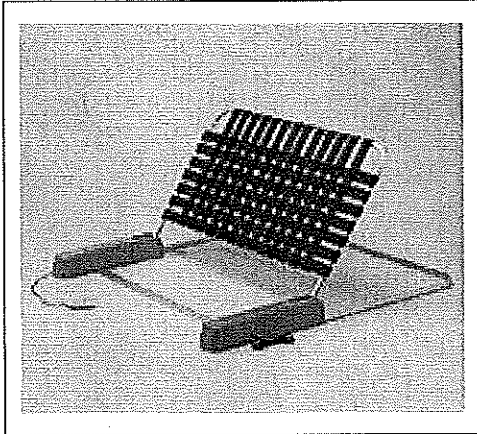
○ 保険給付の対象とする方向として結論づけられたもの

告示種目・種類	要望内容	委員からの指摘事項等
【福祉用具(貸与)】		
・体位変換器	・起き上がり補助装置	<ul style="list-style-type: none"> ・安全上の観点から、床等の上での使用に限定すべき。 ・比較的大きなスペースを要する特殊寝台を使用せずに、起きあがりの動作を補助できる。 ・特殊寝台導入せずとも起きあがりの動作を補助できるため、費用が低廉に抑えられるのではないかと。
・認知症老人徘徊感知機器	・離床センサー	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症要介護者等を抱える家族にとって有用。 ・新たに開発された用具であるが、現行の告示種目においても、保険給付の対象に含まれるものである。
・移動用リフト(つり具の部分を除く。)	・階段移動用リフト	<ul style="list-style-type: none"> ・多数の保険者が保険給付の対象としていることを鑑み、保険給付の対象とすることを明らかにし、さらに、安全性の確保を徹底すべき。 ・操作者は講習受講者に限る等、利用に当たっての安全性を確保すべき。
【特定福祉用具(販売)】		
・特殊尿器	・自動排泄処理装置(尿と便が自動的に吸引でき、洗浄機能を有するもの)	<ul style="list-style-type: none"> ・真に必要な者、(例えば排便に全介助を要する等)の利用に限定すべき。 ・衛生面等に問題がある製品が保険給付の対象とされないようにすべき。
・入浴補助用具	・入浴用介助ベルト	<ul style="list-style-type: none"> ・介助者の安全性、負担軽減に資するものであり、非常に有用なものである。 ・入浴補助用具の一つとして位置付けられるが、他の入浴補助用具を代替する機能を有するものであるため、一概に費用が増加するとは言いえないのではないかと。
【住宅改修】		
・引き戸等への扉の取替え	・引き戸等の新設	<ul style="list-style-type: none"> ・新設する場合は、他の改修と比較して費用が低廉に抑えられる場合があり、その場合に限り保険給付の対象とすべきではないかと。

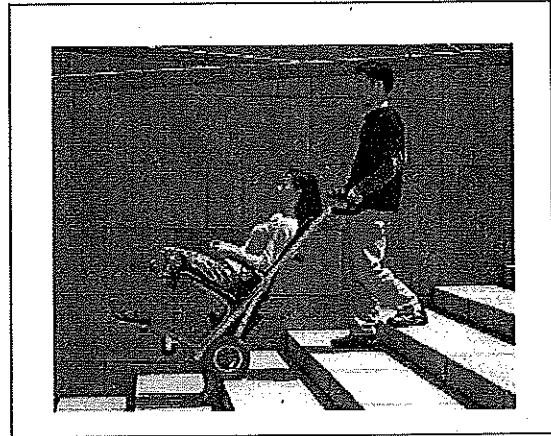
○ 検討会で議論したその他6つの福祉用具・住宅改修の種目、種類については、検討の結果、保険給付の対象としない方向として結論づけられた。

(具体的イメージ)

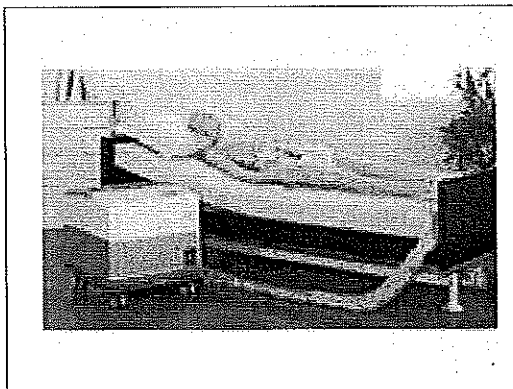
起き上がり補助装置



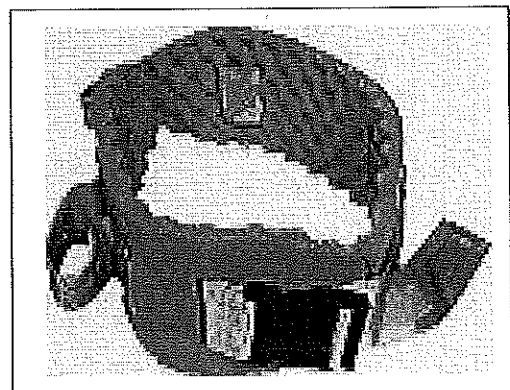
階段移動用リフト



自動排泄処理装置



入浴用介助ベルト



介護保険制度における福祉用具の範囲の考え方

(第14回医療保険福祉審議会老人保健福祉部会提出資料ベース(H10.8.24))

福祉用具の範囲

1. 要介護者等の自立の促進又は介助者の負担の軽減を図るもの
2. 要介護者等でない者も使用する一般の生活用品でなく、介護のために新たな価値付けを有するもの
(例えば、平ベッド等は対象外)
3. 治療用等医療の観点から使用するものではなく、日常生活の場面で使用するもの
(例えば、吸入器、吸引器等は対象外)
4. 在宅で使用するもの
(例えば、特殊浴槽等は対象外)
5. 起居や移動等の基本動作の支援を目的とするものであり、身体の一部の欠損又は低下した特定の機能を補完することを主たる目的とするものではないもの
(例えば、義手義足、眼鏡等は対象外)
6. ある程度の経済的負担があり、給付対象となることにより利用促進が図られるもの
(一般的に低い価格のものは対象外)
7. 取り付けに住宅改修工事を伴わず、賃貸住宅の居住者でも一般的に利用に支障のないもの
(例えば、天井取り付け型天井走行リフトは対象外)

居宅福祉用具購入費の対象用具の考え方

- 福祉用具の給付は、対象者の身体の状態、介護の必要度の変化等に応じて用具の交換ができること等の考え方から原則貸与
- 購入費の対象用具は例外的なものであるが、次のような点を判断要素として対象用具を選定
 1. 他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの (入浴・排せつ関連用具)
 2. 使用により、もとの形態・品質が変化し、再度利用できないもの (つり上げ式リフトのつり具)

介護保険制度における住宅改修の範囲の考え方

(第14回医療保険福祉審議会老人保健福祉部会(H10.8.24)資料ベース)

住宅改修の基本的考え方

- 1 在宅介護の重視、自立支援の観点から、福祉用具導入の際に必要な段差の解消、手すりの設置などの住宅改修を対象。
- 2 一方、個人資産の形成、持ち家の居住者と改修の自由度の低い借家との受益の近郊を考慮し、小規模なものとする。

住宅改修の範囲設定の考え方

- 1 いくつかの住宅改修の状況調査の結果、改修箇所にかかわらず、段差の解消が多く、ドアの引き戸化、洋式便器化、浴室では滑り止めや床材変更、寝室では床材変更が共通。
- 2 基本的考え方、状況調査結果を勘案し、需要が多くかつ、比較的小規模な工事を対象とする。
- 3 なお、上記より支給限度額も小規模となるが、住宅改修の種類は、多様な居宅の状況に応じて必要な改修を柔軟に組み合わせて行うような工事種別を包括できる設定とする。

介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会の運営について

1 趣 旨

介護保険の給付対象となる福祉用具や住宅改修について、利用者や保険者等の意見・要望を踏まえ、新たな種目・種類の取り入れや、種目・種類の拡充を行おうとする場合に、その是非や内容等について検討を行い、品目の取り入れ等の円滑化に資すること等を目的として、介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会（以下「検討会」という。）を開催する。

2 構成等

- (1) 検討会のメンバーは、学識経験者、実務者、自治体の職員、事業者関係団体等の中から厚生労働省老健局長が招集する。
- (2) 座長を置き、互選によりこれを定める。座長はメンバーを総括する。
- (3) 検討会の庶務は、厚生労働省老健局振興課において行う。

3 検討事項

- (1) 介護保険の給付対象となる福祉用具・住宅改修の新たな種目・種類の追加や、種目・種類の拡充についての妥当性や内容についての検討
- (2) その他、介護保険の福祉用具・住宅改修に関すること

4 検討会の運営等

- (1) 検討会は、議論の必要に応じ、適当と認められる有識者等を参考人として招致することができるものとする。
- (2) 検討会は、原則として公開とする。

介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会 メンバー表

伊藤 利之 (横浜市総合リハビリテーションセンター 顧問)

井上 剛伸 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所 部長)

鳥山みち子 (名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院
第2リハビリテーション部介護保険科長)

久留 善武 (社団法人シルバーサービス振興会 企画部長)

三谷 茂男 (北九州市保健福祉局地域福祉部介護保険課 課長)

村尾 俊明 (財団法人 テクノエイド協会 常務理事)

◎ 山内 繁 (早稲田大学 人間科学学術院 特任教授)

渡邊 慎一 (社団法人 日本作業療法士協会 福祉用具委員会 委員長)

(敬称略・50音順)

◎ : 座長

福祉用具・住宅改修に対する要望に関する調査について

1 調査の目的

介護保険制度における福祉用具及び住宅改修についての現状及び要望について把握し、介護保険の給付対象となる福祉用具や住宅改修の種目、種類の追加や拡充等を検討する際の参考とすることを目的とする。

2 調査の実施及び結果について

以下の保険者、団体等に対し、新たに介護保険給付の対象とすることを要望する福祉用具及び住宅改修の具体的な製品や改修等について調査を実施し、回答を得た。

(1) 保険者からの要望

- ・ 全国の都道府県に対し、市町村調査（※）を実施
※ 各都道府県において、原則として任意の2市町村を選定し、当該市町村に対して実施したもの
- ・ 要望数（製品及び改修の数 以下同じ）…福祉用具：127 住宅改修：52

(2) 介護実習・普及センターからの要望

- ・ （財）テクノエイド協会が全国の介護実習・普及センターに対し、調査を実施
- ・ 要望数…福祉用具：12 住宅改修：3

(3) 福祉用具製造・供給事業者からの要望

- ・ 日本福祉用具供給協会及び日本福祉用具・生活支援用具協会が各団体の会員企業に対し、調査を実施
- ・ 要望数…福祉用具：294 住宅改修：94

(4) (財) テクノエイド協会における介護保険福祉用具・住宅改修情報検討委員会からの要望

- ・ (財) テクノエイド協会において実施した介護保険福祉用具・住宅改修情報検討委員会における委員の意見等を取りまとめたもの
- ・ 要望数…福祉用具：12 住宅改修：3

(5) その他からの要望

- ・ (財)テクノエイド協会が一般公募したもの
- ・ 要望数…福祉用具：11 住宅改修：2

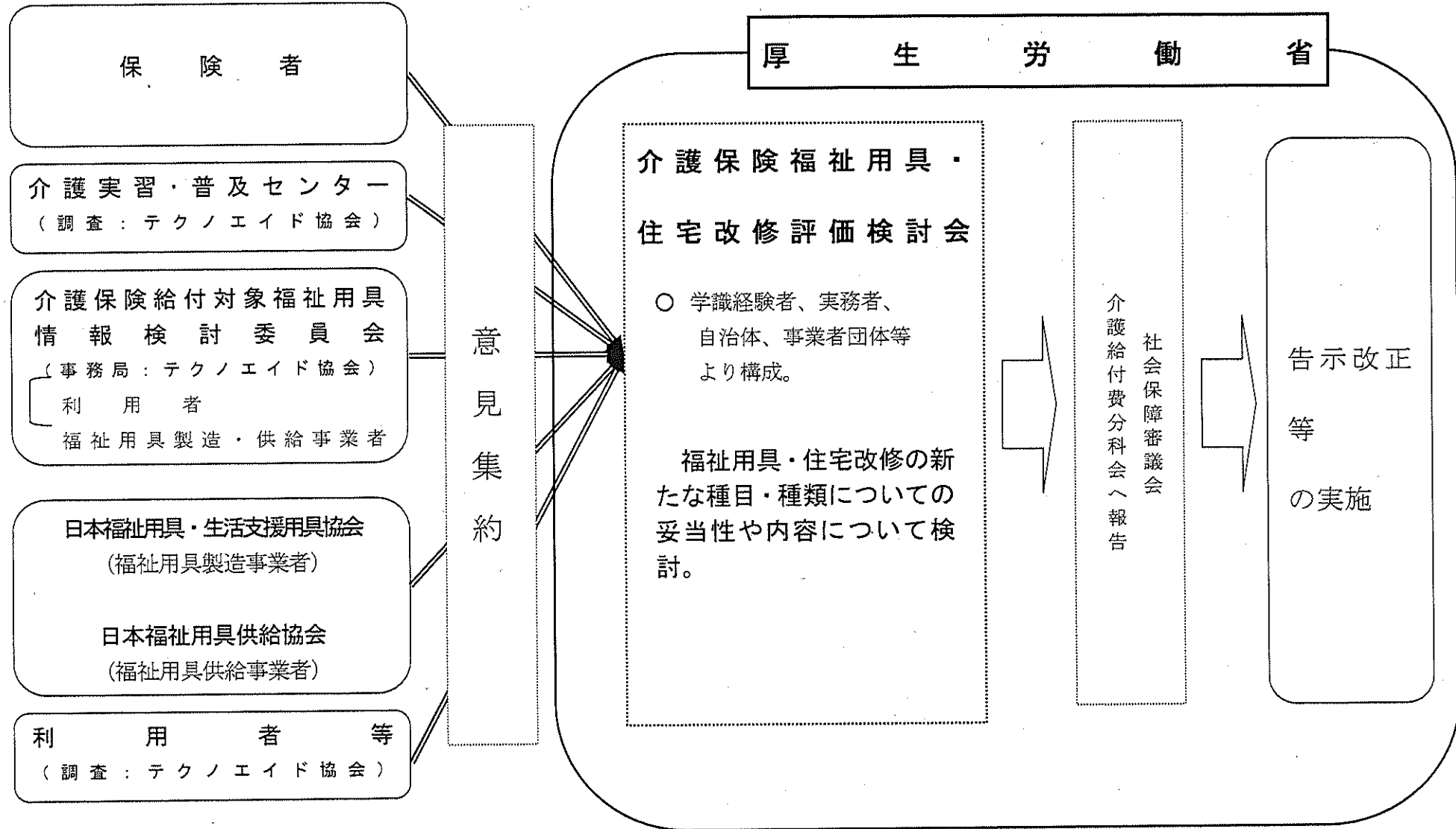
(6) 総計

- ・ 要望として挙げられた福祉用具の製品数：456
- ・ " 住宅改修の数：154

3 要望の意見集約

- ・ 2において収集した要望を事務局の厚生労働省老健局振興課において集約し、「範囲の考え方」に照らし、
 - ① 初めて要望があった製品、改修であって、現行の種目、種類には該当しないが、上記の考え方に掲げる要件に合致すると考えられるもの
 - ② 初めて要望があった製品、改修であって、現行の種目、種類には該当せず、上記の考え方に掲げる要件に合致するか否かについて、判断を要すると考えられるもの
 - ③ 過去に要望があった製品、改修で、上記の考え方の要件には合致するものの、安全性の問題等により、新たな種目、種類として認められなかったものについては、介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会の検討事項とした。

介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会の位置づけ

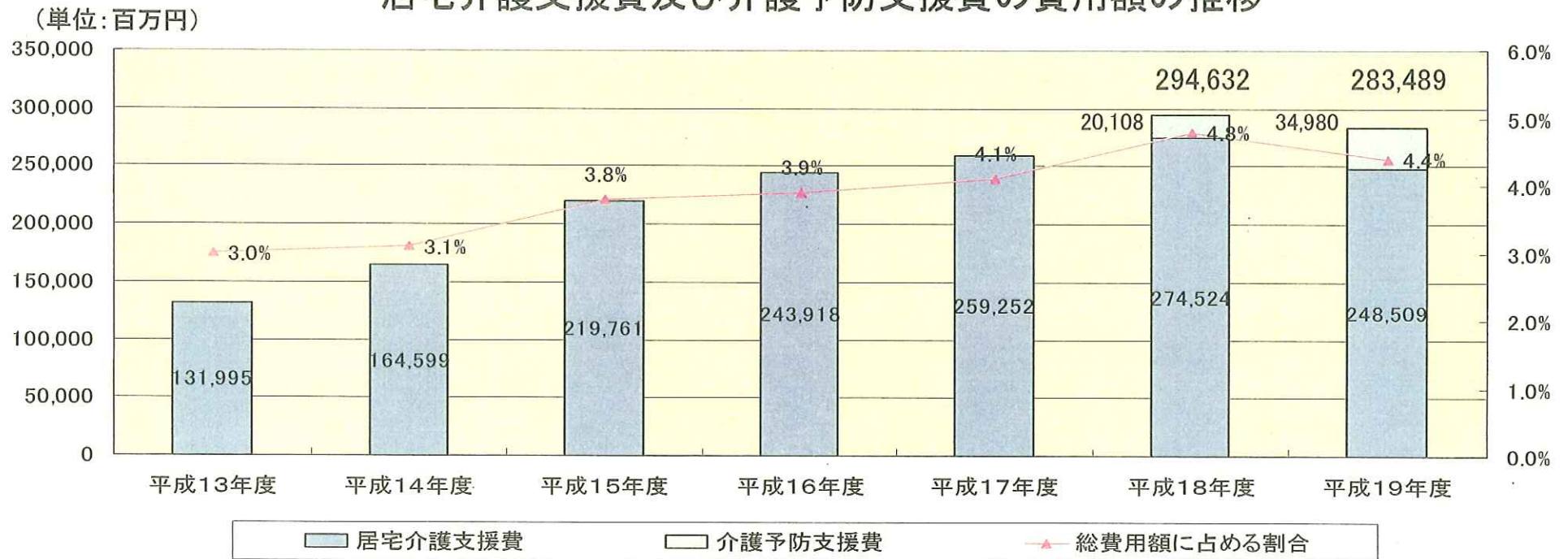


ケアマネジメント(居宅介護支援、介護予防支援)について

I ケアマネジメント(居宅介護支援、介護予防支援)の現状

【ケアマネジメント(居宅介護支援、介護予防支援)の利用状況】
○ 居宅介護支援の費用額(平成19年度)は約2,485億円であり、総費用額の4.4%を占めている。費用額は、平成18年度までは増加したが、平成19年度に、初めて減少に転じた。

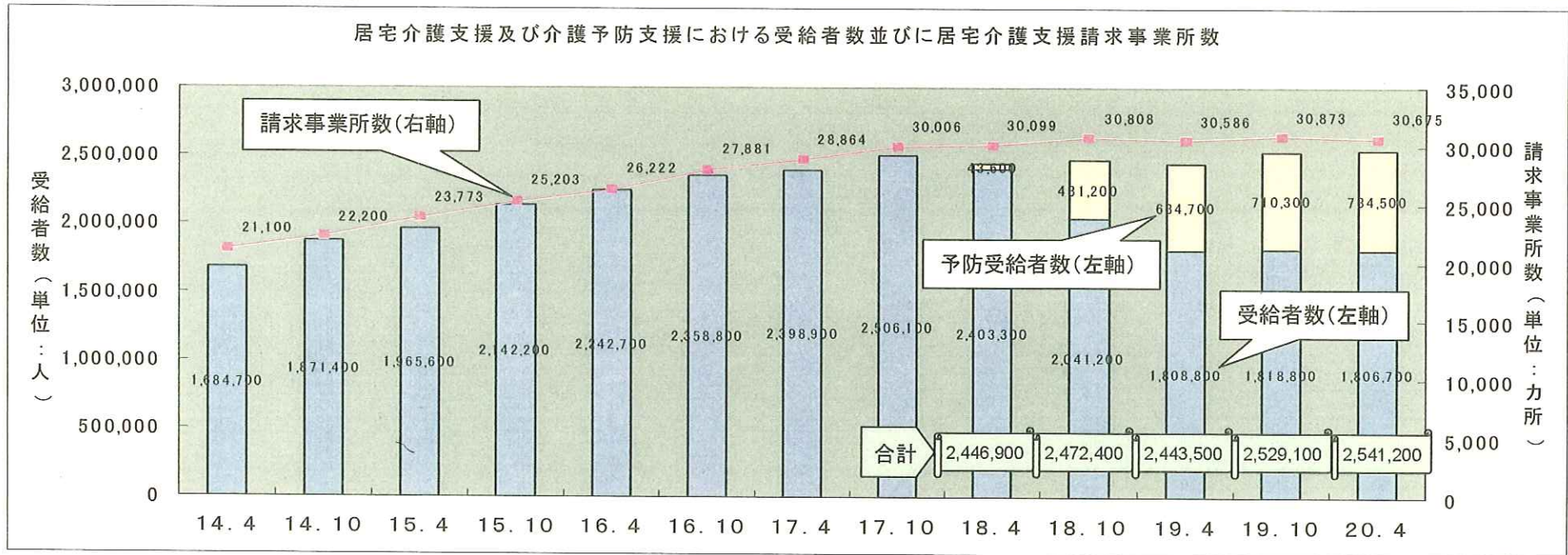
居宅介護支援費及び介護予防支援費の費用額の推移



※出典:介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

【ケアマネジメント(居宅介護支援、介護予防支援)の利用状況】

- 居宅介護支援の請求事業所数については、平成18年以降は、横ばいで推移している。一方、受給者数については、平成18年4月以前までは増加していたが、平成18年4月の制度改正に伴う介護予防給付の導入により、大きく減少している。
- 2年前と比較して、居宅介護支援の算定件数は約28%減少しているが、請求事業所数は約2%増加している。なお、介護予防支援の受給者数については、近年、鈍化したものの増加傾向にある。



※出典:介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

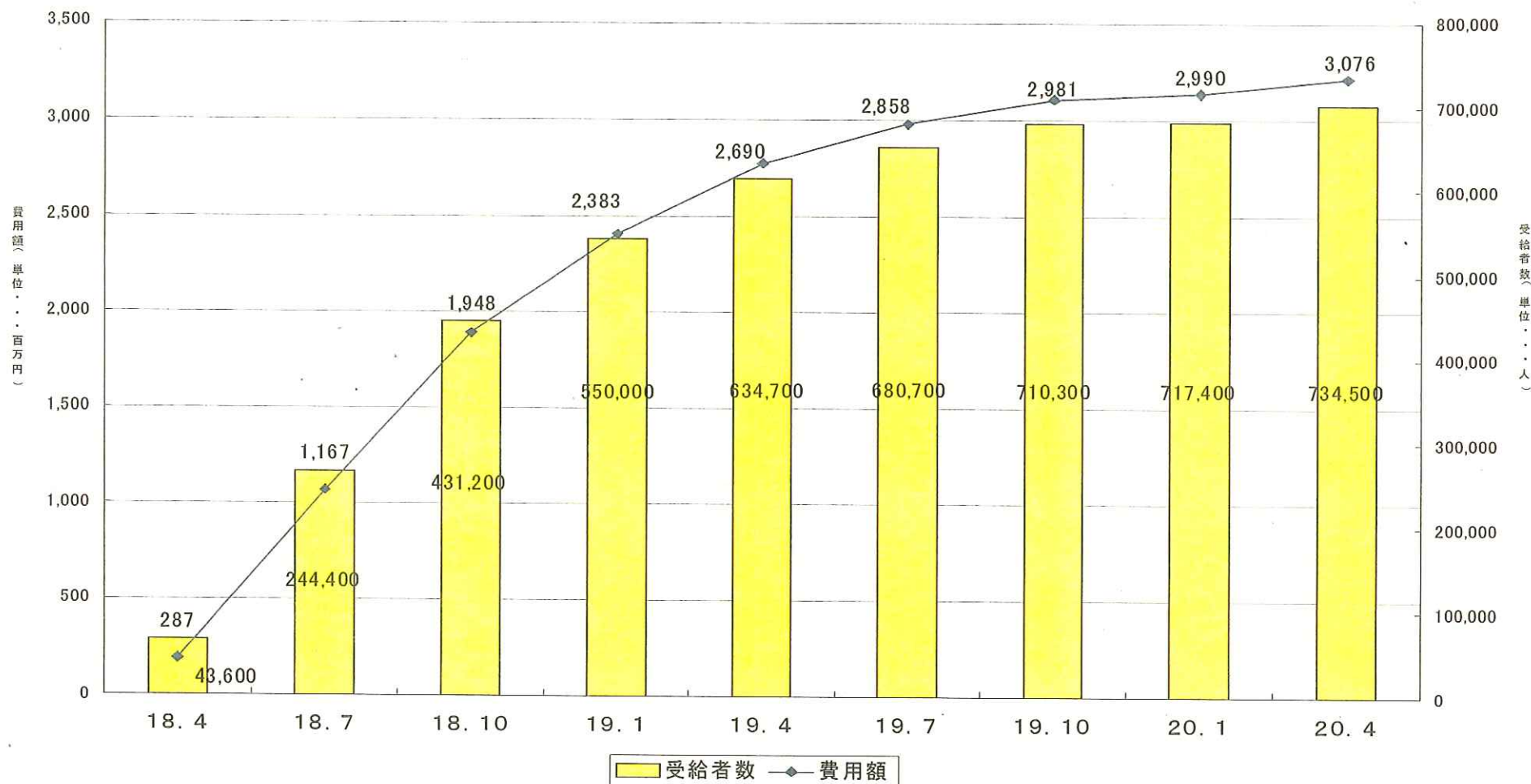
	平成18年3月	平成20年3月		
	居宅介護支援	総数	居宅介護支援	介護予防支援
居宅介護支援 総数	2,475.4千件	2,497.4千件	1,776.9千件	720.5千件

※出典:介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

【ケアマネジメント(介護予防支援)の利用状況】

○ 介護予防支援の受給者数は、平成19年10月までは急激に増加し、平成19年10月以降は鈍化したものの増加傾向にある。

介護予防支援における費用額及び受給者数(月額)



※出典:介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

【ケアマネジメント(居宅介護支援、介護予防支援)の利用状況】

○ 居宅介護支援(予防含む)の利用者数は約254万人(平成20年5月審査分)である。
 介護給付対象者が減少したため、介護給付の利用者のうち、要介護3~5(中重度)の占める割合が増加している。

○ 居宅介護支援及び介護予防支援の受給者数(千人)

・ 要支援者

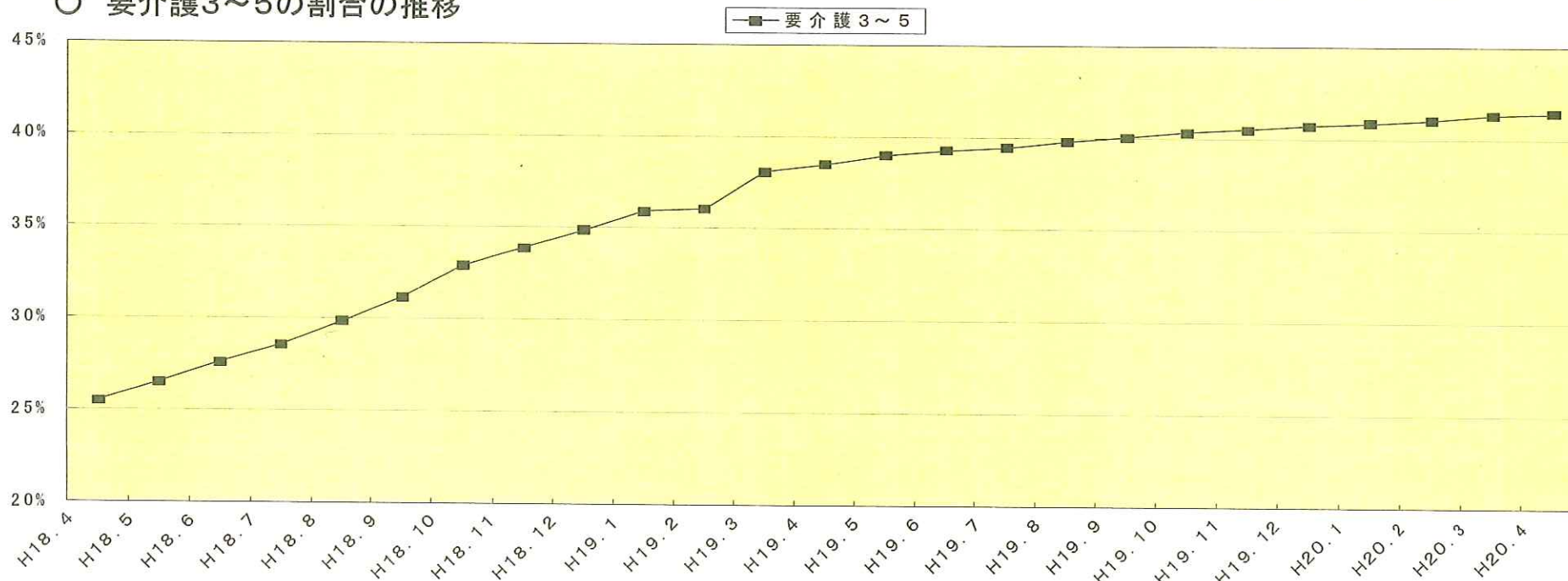
要支援度	総数	要支援1	要支援2
受給者数	734.5	323.8	410.3
割合	100.0	44.1	55.9

・ 要介護者

要介護度	総数	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	1806.7	1.1	517.6	539.0	381.7	227.2	140.1
割合	100.0	0.1	28.6	29.8	21.1	12.6	7.8

※出典:介護給付費実態調査(平成20年5月審査分)(厚生労働省統計情報部)

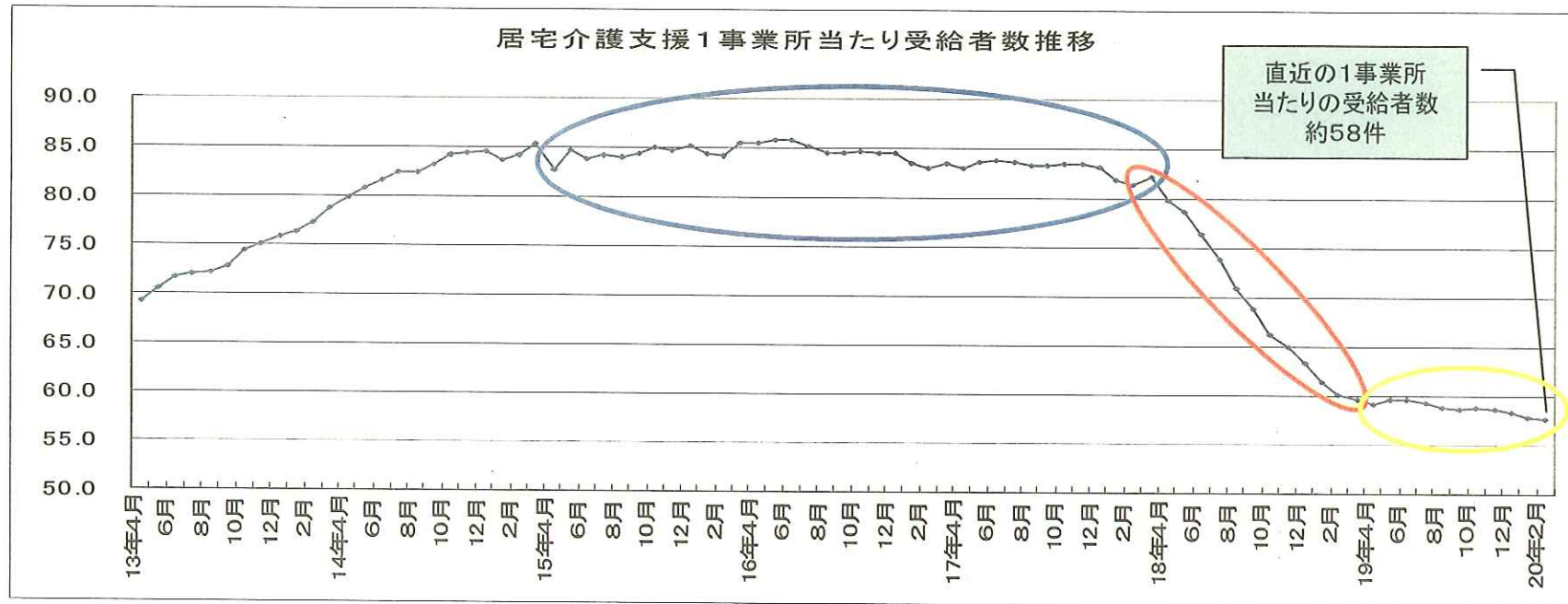
○ 要介護3~5の割合の推移



※出典:介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部) 4

【ケアマネジメント(居宅介護支援)の利用状況】

○ 居宅介護支援1事業所当たりの受給者数は平成15年から平成18年4月以前は80人～85人で横ばい傾向にあったが、平成18年4月以降は急減した。平成19年4月以降は微減で推移している。



※出典:介護給付費実態調査(厚生労働省統計情報部)

【居宅介護支援費(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)の算定割合】

(算定事業所数)

- 居宅介護支援(Ⅰ) 30,534事業所
- 居宅介護支援(Ⅱ) 249事業所
- 居宅介護支援(Ⅲ) 16事業所

(算定単位数の割合)

- 居宅介護支援(Ⅰ) 99.5%
- 居宅介護支援(Ⅱ) 0.5%
- 居宅介護支援(Ⅲ) 0%

※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)

(参考)

- 居宅介護支援費(Ⅰ) <取扱件数が40件未満>
 - ・ 要介護1・2 1,000単位/月
 - ・ 要介護3・4・5 1,300単位/月
- 居宅介護支援費(Ⅱ) <取扱件数が40件以上60件未満>
 - ・ 要介護1・2 600単位/月
 - ・ 要介護3・4・5 780単位/月
- 居宅介護支援費(Ⅲ) <取扱件数が60件以上>
 - ・ 要介護1・2 < 400単位/月
 - ・ 要介護3・4・5 520単位/月

【初回加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定割合】

(算定事業所数)

- 初回加算(Ⅰ) 19,846事業所
- 初回加算(Ⅱ) 6,530事業所

(算定件数)

- 初回加算(Ⅰ) 3.5%
- 初回加算(Ⅱ) 0.6%

※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)

【特定事業所加算の算定割合】

(算定事業所数)

- 特定事業所加算 76事業所

※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)

(算定件数)

- 特定事業所加算 0.6%

※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)

【特定事業所加算が取れない理由(複数回答)】

特定事業所加算なしの事業所	利用者のうち中重度者(要介護3~5)の占める割合が60%以上ではない	主任介護支援専門員である管理者を配置できない	常勤専従の介護支援専門員を3人以上配置できない	介護予防支援業務の委託を受けている	24時間緊急呼び出しに対応できる体制が確保されていない	地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースを受託していない	サービス提供にあたっての留意事項に関する伝達等の会議を定期的開催していない	定期的研修を実施、又は外部の研修を受講させていない	介護支援専門員一人あたりの利用者の平均件数が35件以上となっている	減算要件に該当している	その他	無回答
673	513	466	418	374	225	86	47	23	23	15	10	13
100.0%	76.2%	69.2%	62.1%	55.6%	33.4%	12.8%	7.0%	3.4%	3.4%	2.2%	1.5%	1.9%

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

【介護事業経営実態調査結果(居宅介護支援)】

○ 前回調査に比べ、収支差率が悪化している。また、介護支援専門員(常勤換算)1人当たり利用者数が、大幅に減少している。

12-① 居宅介護支援(総括表)

	17年調査		20年調査	
	千円		千円	
1 介護料収入	774		675	
2 保険外の利用料	-		-	
3 補助金等収入	19		64	
4 国庫補助金等特別積立金取崩額	10		2	
5 介護報酬査定減	0		-0	
6 給与費	756	96.1%	735	99.4%
7 減価償却費	24	3.1%	15	2.1%
8 その他	117	14.9%	111	15.0%
9 うち委託費	8	1.0%	5	0.7%
10 借入金補助金収入	1		0	
11 借入金利息	7		5	
12 本部費繰入	2		2	
13 収入(補助あり)	786		739	
14 支出	899		865	
15 差引	-113	-14.4%	-126	-17.0%
16 事業所数	1,338		1,127	

※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)

17 実利用者数平均	91.4人		59.9人	
18 常勤換算職員数(常勤率)	2.4人	91.2%	2.4人	89.8%
19 介護支援専門員常勤換算数(常勤率)	2.4人	88.9%	2.2人	95.5%
介護支援専門員 常勤換算1人当たり給与				
20 常勤	372,536円	0.98	365,007円	
21 非常勤	302,985円	1.01	306,070円	

22 実利用者1人当たり収入	8,601円	1.43	12,338円
23 実利用者1人当たり支出	9,837円	1.47	14,441円
24 常勤換算職員1人当たり給与	329,843円	1.00	329,244円
25 介護支援専門員(常勤換算)1人当たり給与	364,846円	0.99	362,334円
26 常勤換算職員1人当たり利用者数	38.3人		25.2人
27 介護支援専門員(常勤換算)1人当たり利用者数	37.6人		26.9人

Ⅱ ケアマネジメント(居宅介護支援)の質の向上のための施策の現状

【平成18年度介護保険制度改革】

(1) 介護支援専門員の資質・専門性の向上

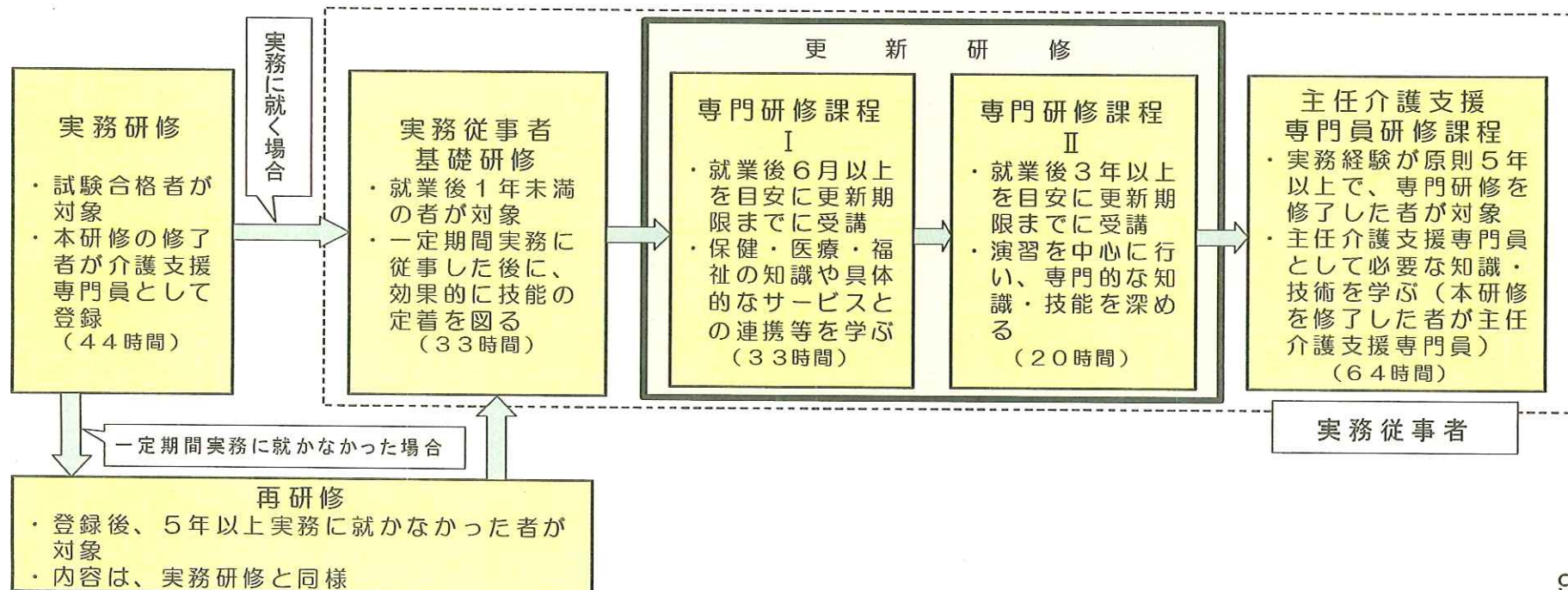
① 更新制の(5年)の導入、研修の義務化・体系化

定期的に専門的知識及び技術の向上を図り、ケアマネジメントの質を確保するために導入

② 主任介護支援専門員研修の創設

介護支援専門員として、5年以上の実務経験を有し、他の介護支援専門員に対する助言・指導など、中核的な役割を担う者を養成するために創設

【介護支援専門員の研修体系】

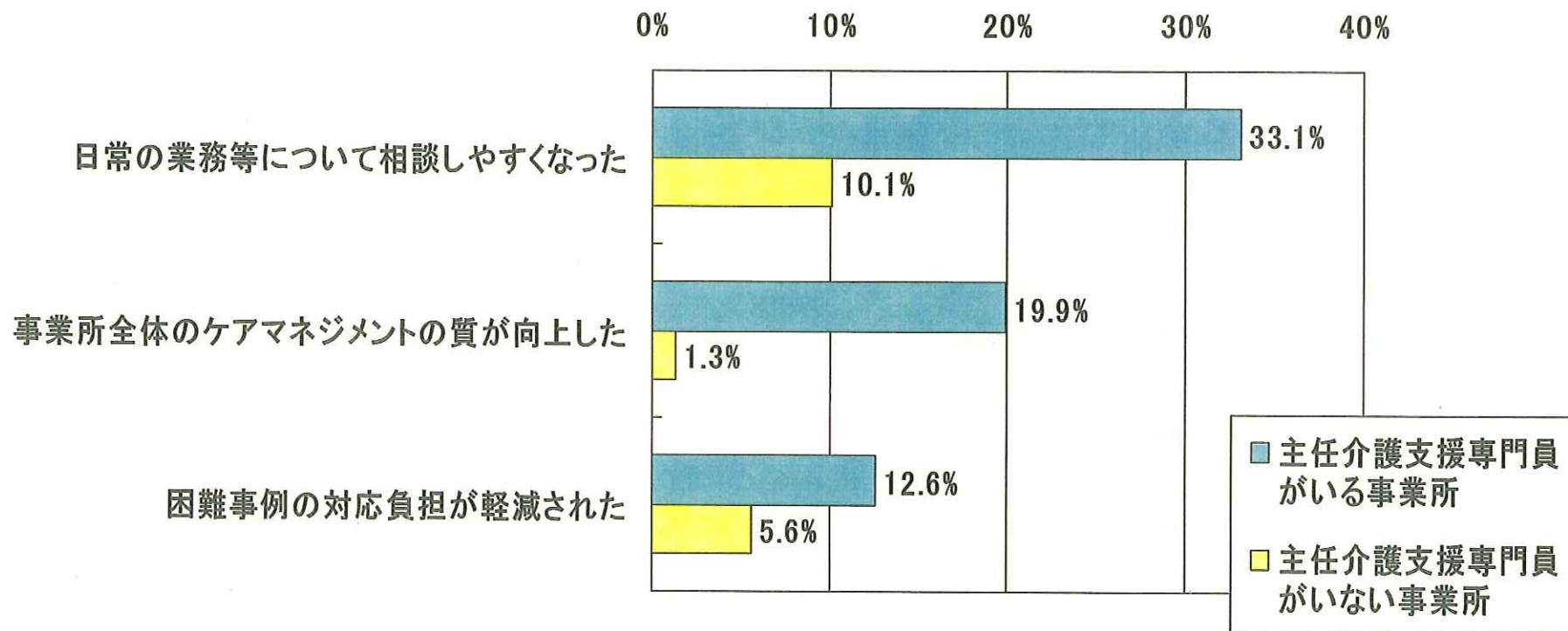


【主任介護支援専門員研修受講者数】

平成18年度～平成20年度の合計 約14,800人 ※ 厚生労働省老健局振興課調べ

【主任介護支援専門員制度導入による影響】

○ 主任介護支援専門員がいる事業所と主任介護支援専門員がない事業所では以下のような変化が見られた。



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

【居宅介護支援費の変遷】

平成12年4月介護報酬	平成15年4月介護報酬改定	平成18年4月介護報酬改定
居宅介護支援費 イ 要支援 650単位 ロ 要介護1又は要介護2 720単位 ハ 要介護3、要介護4又は要介護5 840単位	居宅介護支援費（1月につき） 850単位 ○運営基準減算 $\times 70/100$ ○特別地域居宅介護支援加算 $+15/100$ ○4種類以上加算 $+100$ 単位	居宅介護支援費（1月につき） (1) 居宅介護支援費（Ⅰ） 要介護1・2 1,000単位 40件未満 要介護3・4・5 1,300単位 (2) 居宅介護支援費（Ⅱ） 要介護1・2 600単位 40-60件 要介護3・4・5 780単位 (3) 居宅介護支援費（Ⅲ） 要介護1・2 400単位 60件以上 要介護3・4・5 520単位 (4) 経過的要介護居宅介護支援費 850単位 ○初回加算 (1) 初回加算（Ⅰ） 1月につき+250単位 (2) 初回加算（Ⅱ） 退院・退所時 1月につき+600単位 ○特定事業所加算 1月につき+500単位 ○運営基準減算（運営基準減算の場合） $\times 70/100$ （運営基準減算が2月以上継続している場合） $\times 50/100$ ○特別地域居宅介護支援加算 $+15/100$ ○特定事業所集中減算 1月につき-200単位 介護予防支援費（1月につき） 400単位 ○初回加算 1月につき+250単位

【算定要件】

○ 初回加算（Ⅰ）

(1)新規に居宅サービス計画を策定した場合 (2)要介護状態区分が2段階以上変更となった場合

○ 初回加算（Ⅱ）

初回加算の（Ⅰ）の要件を満たしている場合であって、30日を超える入院・入所期間を経た後の退院・退所に当たって、病院・施設等と居宅サービス事業者との連携を図りつつ、居宅サービス計画を策定した場合。ただし、同一の利用者について前回の算定から6月間以上を経過していること。

○ 特定事業所加算

※ 過去3か月において次の要件を満たした事業所について算定できる。

- ・主任介護支援専門員である管理者を配置していること。（当分の間、介護支援専門員とし3年以上の経験を有し、一定の研修等を修了した者をあてる。）
- ・常勤専従の介護支援専門員が3人以上配置されていること。
- ・サービス提供に当たっての留意事項に関する伝達等の会議を定期的開催していること。
- ・利用者のうち、中重度者（要介護3～5）の占める割合が60%以上であること。
- ・24時間緊急呼び出しに対応できる体制が確保されていること。
- ・定期的に研修を実施し、又は外部の研修を受講させていること。
- ・地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースを受託し、地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- ・減算要件に該当していないこと。
- ・介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が35件を超えておらず、かつ介護予防支援業務の委託を受けていないこと。

【平成18年介護報酬改定】

○ 介護給付の居宅介護支援については、適切なケアマネジメントを行うために、業務に要する手間・コストの適正な反映、プロセスに応じた評価、公正中立、サービスの質の向上の観点から見直しを行った。また、予防給付の介護予防支援については、利用者の実態や給付管理業務の簡素化等を踏まえた報酬設定等を行った。

(主な見直し概要)

① 中重度者を評価した「要介護度別(2段階)報酬」の設定

(例) 居宅介護支援費(Ⅰ) <取扱件数が40件未満>

○ 要介護1・2 1,000単位/月 要介護3・4・5 1,300単位/月

② ケアマネジャー1人当たり標準担当件数の引下げ(「50件」→「35件」と多数担当ケースに係る逡減制の導入

(参考)

○ 居宅介護支援費(Ⅰ) <取扱件数が40件未満>

・ 要介護1・2 1,000単位/月 要介護3・4・5 1,300単位/月

○ 居宅介護支援費(Ⅱ) <取扱件数が40件以上60件未満>

・ 要介護1・2 600単位/月 要介護3・4・5 780単位/月

○ 居宅介護支援費(Ⅲ) <取扱件数が60件以上>

・ 要介護1・2 400単位/月 要介護3・4・5 520単位/月

③ 初回時や退院・退所時、中重度者への対応等の評価と不適切な事業運営に係る減算

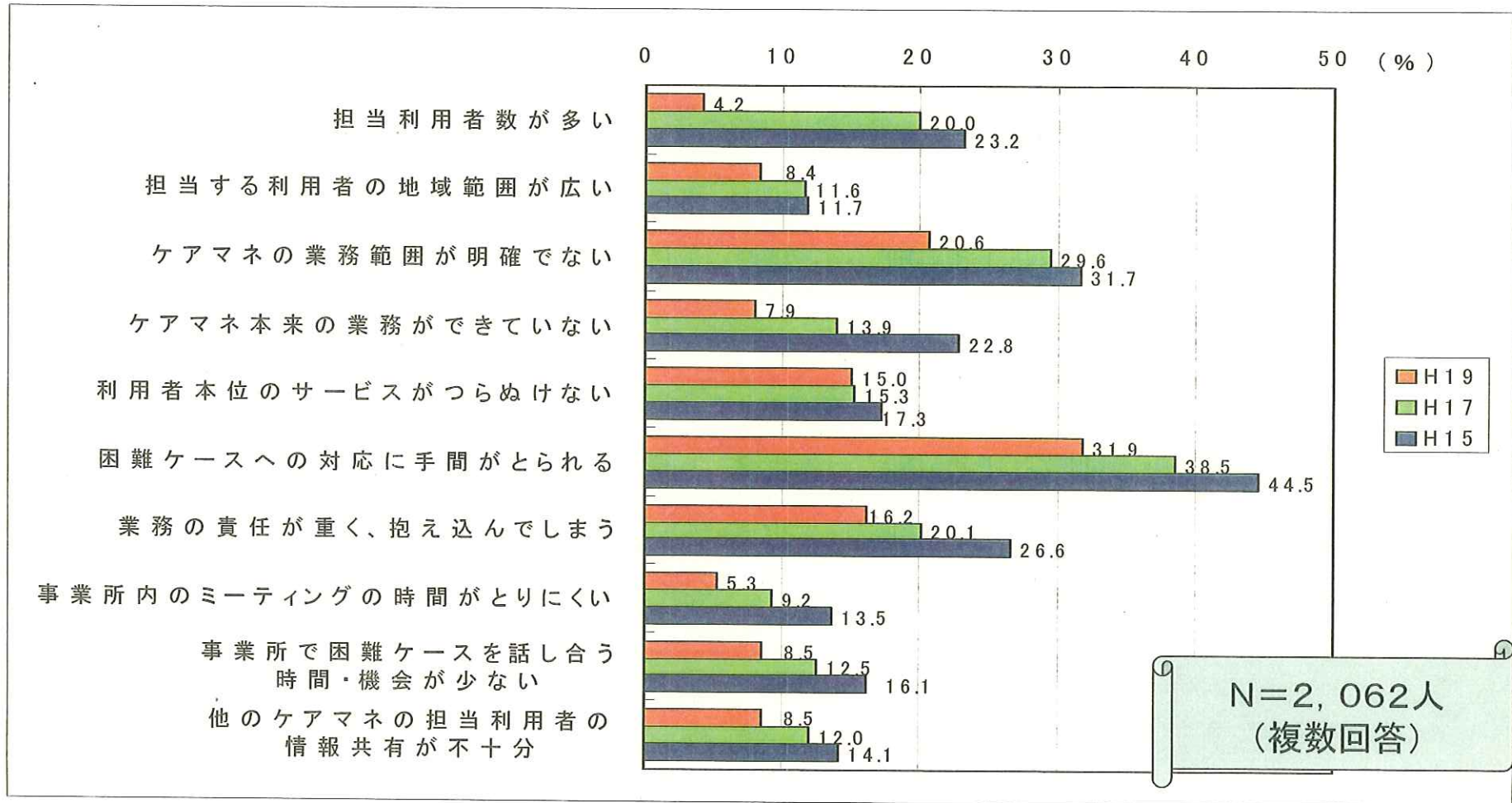
○ 初回加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の創設、特定事業所加算の創設、特定事業所集中減算の創設、運営基準の見直し

④ 要支援者に対するケアマネジメントの実施機関(「地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)」)の設置と新たな報酬の設定

○ 介護予防支援費 400単位/月 ○ 初回加算 250単位/月

【介護支援専門員の業務遂行に関する上で改善されたもの】

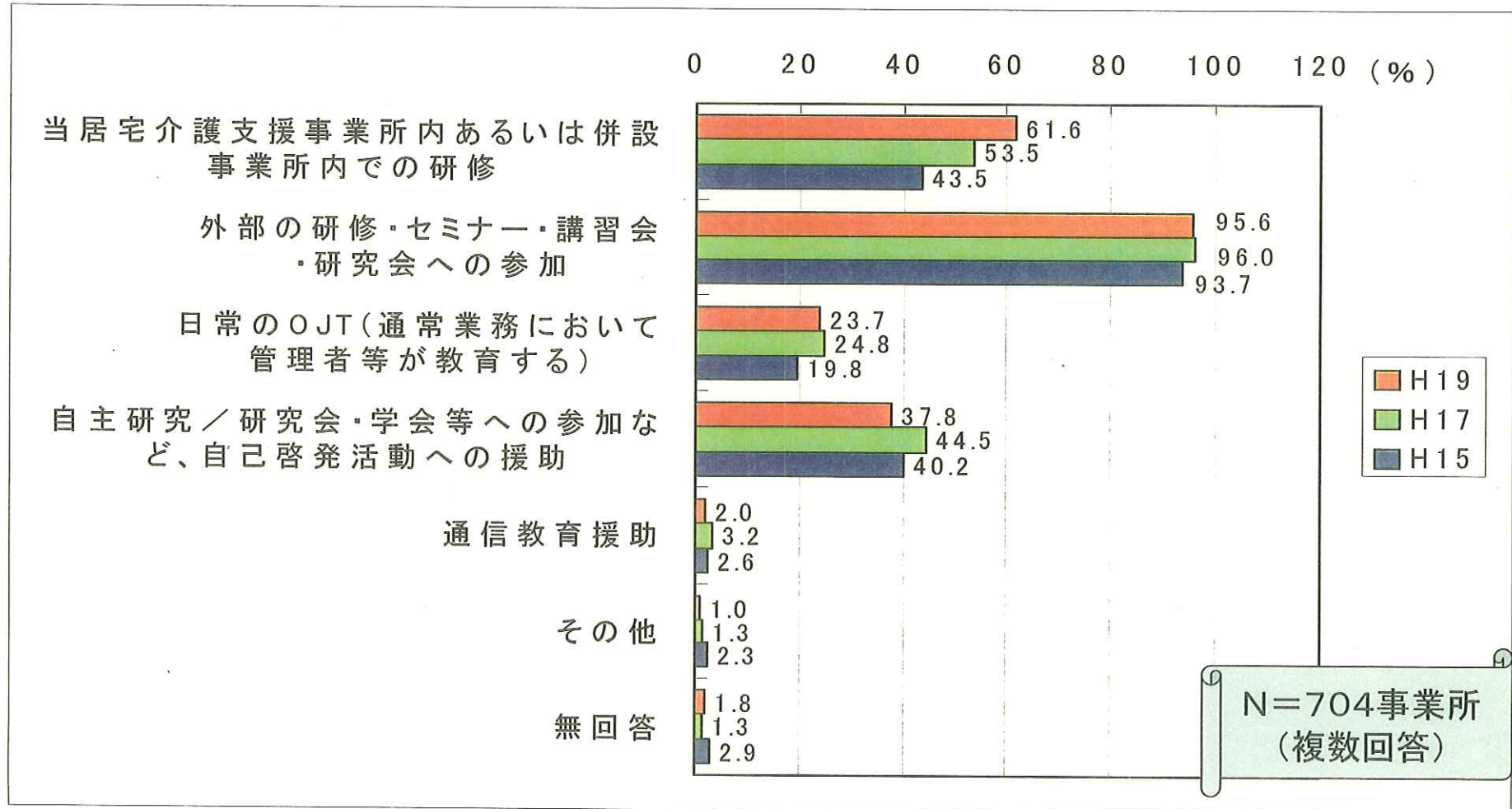
- ・「担当利用者数が多い」、「ケアマネジャー本来の業務ができていない」、「困難ケースへの対応に手間が取られる」などが減少している。



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

【居宅介護支援事業所における実施している教育・研修制度】

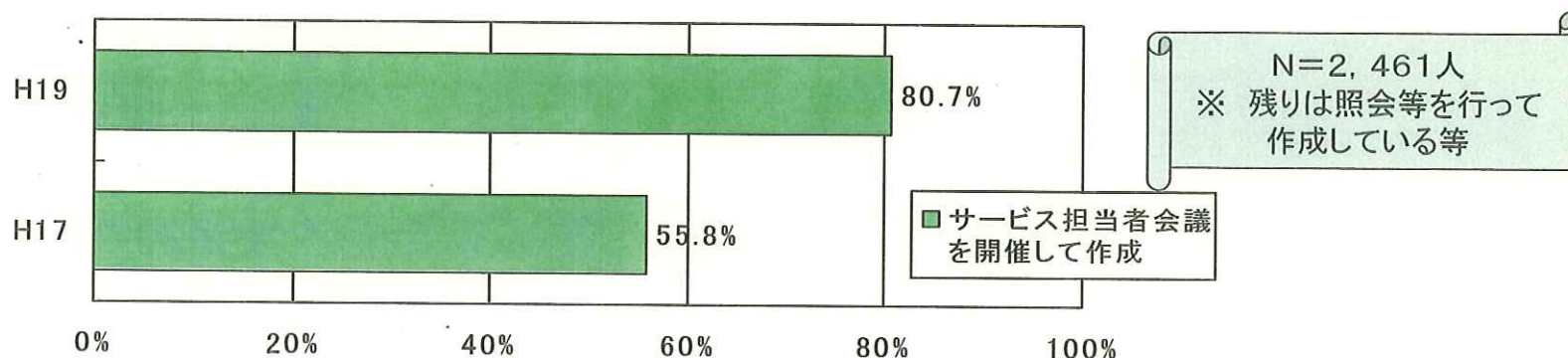
- 「外部の研修・セミナー・講習会・研究会への参加」がほぼすべての事業所で実施されている。



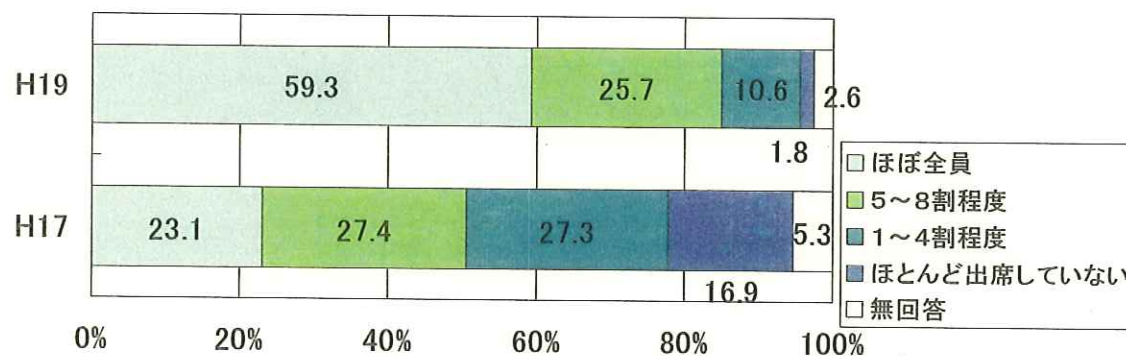
※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成19年株式会社三菱総合研究所)

ケアマネジメントプロセスの充実(1)

- ・初回ケアプラン作成時にサービス担当者会議を開催して作成している利用者の割合が増加



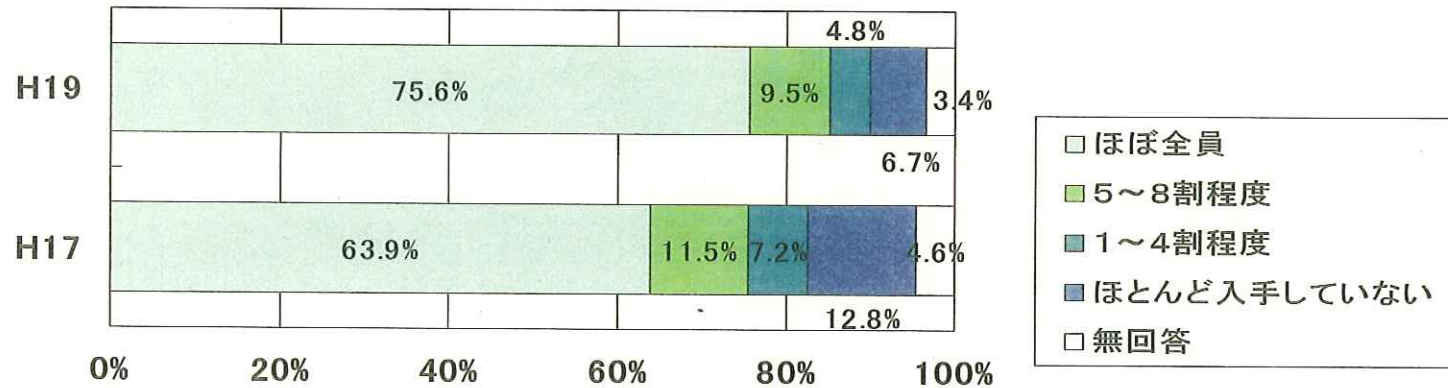
- ・サービス担当者会議に本人・家族が「ほぼ全員」出席する割合が増加



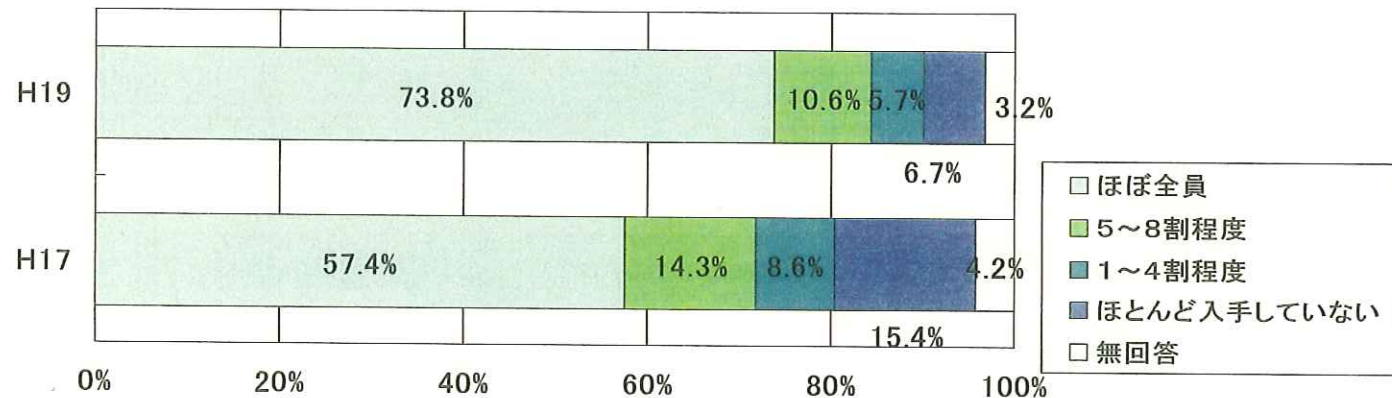
※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成17、19年株式会社三菱総合研究所)

ケアマネジメントプロセスの充実(2)

一 要介護認定調査結果を入手している割合



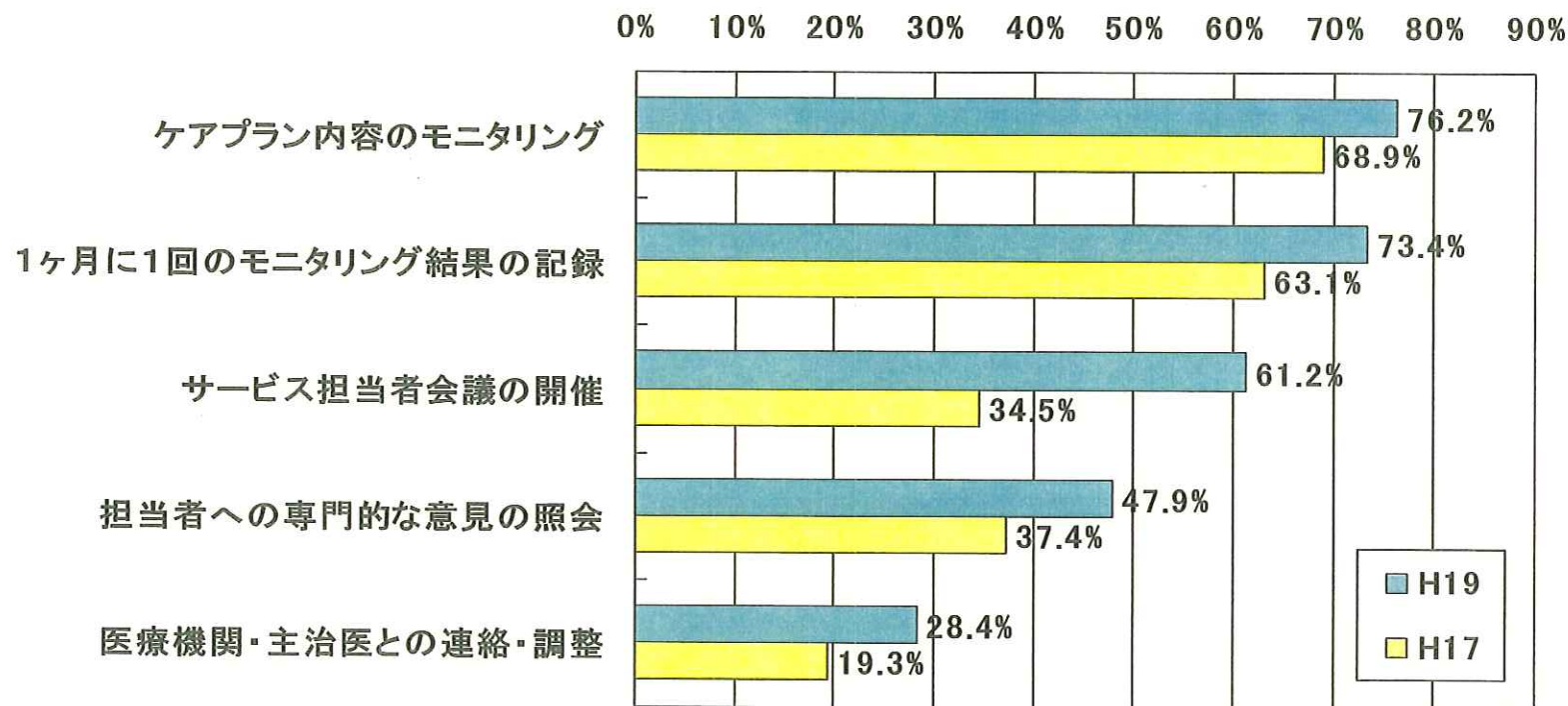
一 主治医意見書を入手している割合



※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成17、19年株式会社三菱総合研究所)

ケアマネジメントプロセスの充実(3)

・ケアマネジメントの業務プロセスに関して、介護支援専門員が、自分の担当ケースに対して「ほぼ全員にできている」と回答した割合が増加



※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成17、19年株式会社三菱総合研究所)

Ⅲ これまでの指摘等の概要

【平成20年6月19日 社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))
中間とりまとめ】

4-2 これからの課題への対応

(2) サービス提供体制の構造改革

③ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現

・ 地域包括ケアづくりには、在宅支援機能をもつ主治医(在宅療養支援診療所)とケアマネジメントを担う介護支援専門員(ケアマネジャー)の緊密な連携が不可欠であり、両者の連携が核となり、サービス提供に関わる様々な関係職種と協働しながら、地域医療ネットワークや地域の在宅介護サービスなどの「サービス資源」を駆使して、一人一人の患者・要介護者のニーズに合わせたサービスを計画的に提供していく、という「地域包括ケアマネジメント」が不可欠である。

・ このため、地域における医療・介護・福祉サービスの量的整備と併せて、マネジメントを有効に機能させるためのワンストップの総合相談体制の整備・診療所の在宅支援機能の強化、介護支援専門員(ケアマネジャー)の機能強化等を進めることが必要である。

・ さらに、より総合的な高齢者・障害者の地域生活支援を地域で実現していくためには、ボランティア組織や地域の互助組織などのインフォーマルな共助の仕組みも含めた、文字通り地域ぐるみの取組みが不可欠である。

【平成20年診療報酬改定の概要】

① 退院時における円滑な情報共有や支援

- 退院に際し、情報共有を円滑に行うため、入院中の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と退院後の在宅療養を担う医療関連職種等が、共同して療養の指導を行った場合の評価を新設。
- これらの関係者のうち3職種以上が一堂に会し、共同して指導した場合、さらに評価

② 在宅医療における情報共有

- 患者の急変時等に、主治医等が患家を訪問し、関係する医療従事者と一堂に会しカンファレンスを開催し、診療方針等を共同で策定した場合を評価

IV ケアマネジメント(居宅介護支援、介護予防支援)の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

○ 要介護者に対する居宅介護支援の報酬・基準については、以下の考え方に沿って見直してはどうか。

- ① 介護支援専門員1人当たりの標準担当件数「35件」との乖離が大きいことや収支差率を踏まえ、経営の改善を図る。
- ② 事業所の質の向上や独立性・中立性の推進を図る。
- ③ 医療と介護の連携の推進・強化を図る。
- ④ 特に支援を要する者等に対して、評価を行う。

【具体的な論点】

- (1) 介護支援専門員1人当たり担当件数が「40件」を超えると報酬が逡減する仕組みについて検討してはどうか。
- (2) 中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、計画的な研修の実施等を行っている事業所の推進を図るため、特定事業所加算については、段階的に評価する仕組みにしてはどうか。
- (3) 在宅における医療と介護の連携を推進・強化する観点から、入退院時の調整等の業務の手間の評価の充実を検討してはどうか。

【具体的な論点】

(4) 認知症を有する利用者に関しては、意思疎通が難しく、状態の的確な把握が難しいことから、ケアマネジメントのプロセスにおいて、業務上、手間を要する。

また、独居高齢者に関しても、生活全体を支援するという要素が強く、家族からの情報が得にくいことから、状態を把握するための訪問や声かけが、より頻繁に必要となっている。

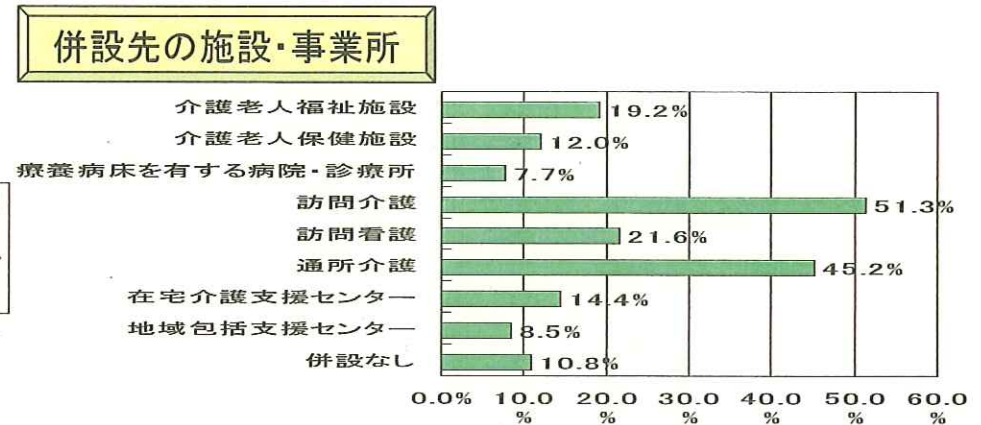
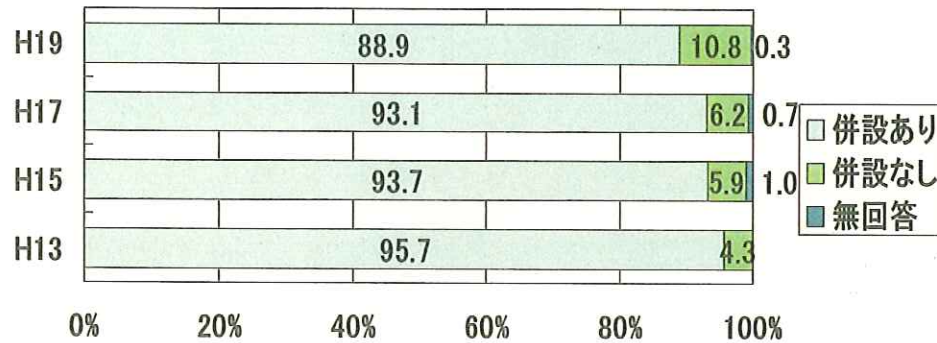
このように、支援するにあたり、特に手間を要する者に対して、検討してはどうか。

參考資料

居宅介護支援事業所の状況(1)

－事業所を併設している施設の割合－

・「独立型」が、年々増加している。



※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成15、17、19年株式会社三菱総合研究所)

「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成13年長寿社会開発センター)

－サービス種類数別にみた併設サービス利用状況－

・「併設サービスのみ利用」が、年々減少している。(複数回答)

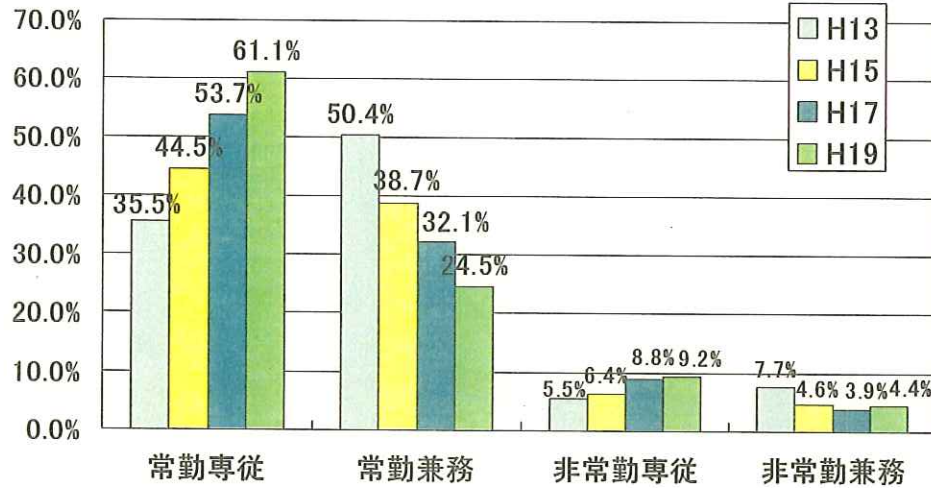
	全体	併設サービスのみ利用	併設及び併設以外を利用	併設以外のみ利用	無回答
N=980人 1種類	100.0	37.6	5.0	41.8	15.6
N=783人 2種類	100.0	15.8	35.1	36.3	12.8
N=391人 3種類	100.0	6.6	48.1	34.8	10.5
N=289人 4種類以上	100.0	4.2	58.1	29.1	8.7
N=2,461人 合計(H19.11)	100.0	21.6	27.6	37.2	13.6
N=2,704人 第3回調査(H17.11)	100.0	25.7	33.1	33.5	7.6
N=2,533人 第2回調査(H15.11)	100.0	26.3	24.6	42.2	7.0

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

居宅介護支援事業所の状況(2)

一介護支援専門員の勤務形態一

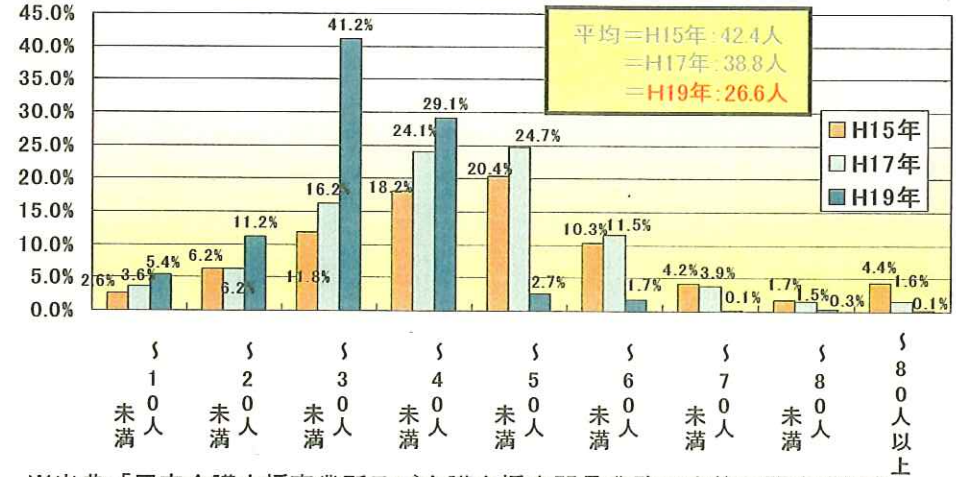
・常勤・専従の勤務形態が増大し、常勤・非常勤ともに専従者が増加。



※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」
(平成15、17、19年株式会社三菱総合研究所)
「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」
(平成13年長寿社会開発センター)

一介護支援専門員1人当たりの担当利用者数(月160時間)一

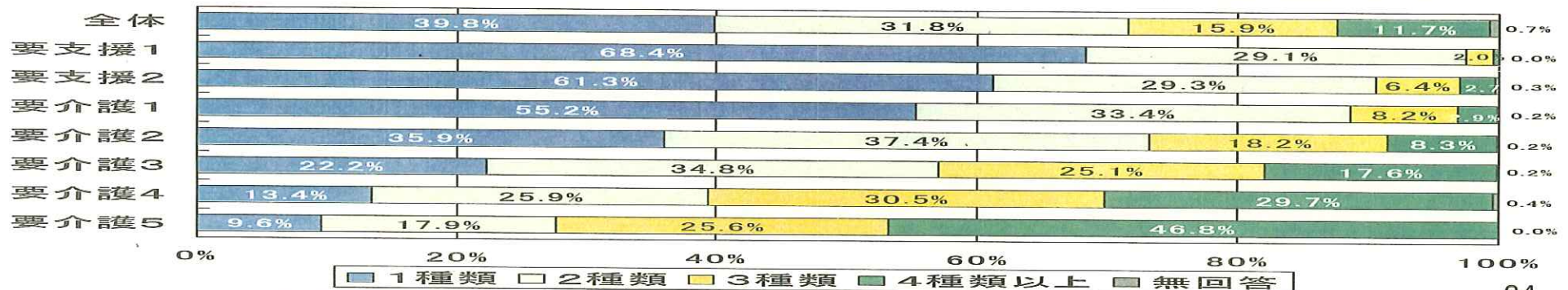
・平均担当人数は減少傾向で、平均27人を担当。



※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」
(平成15、17、19年株式会社三菱総合研究所)

一要介護度別にみた利用者のケアプランに位置付けられたサービス種類数一

・要介護1では、1種類のサービスが半数以上を占めているが、要介護5では、4種類以上のサービスが半数近くを占めている。



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

【居宅介護支援事業所における利用者1人1月の労働投入時間(分):要介護度別】

・「要介護3・4・5」の方が、「要介護1・2」より、労働投入時間が長い。

	利用者宅への訪問	利用者宅以外への訪問	来所	電話	サービス担当者会議・専門的な意見の照会	理由書作成・施設紹介	アセスメント記入・ケアプラン作成	利用者に係る事業所内の業務(報告・連絡等)	その他個別ケアマネジメント業務(各種申請書作成・申請代行等)	担当以外の利用者へのケアマネジメント業務	間接的な業務(関係機関との連携、報酬請求作業、管理者業務)	ケアマネジメント業務の合計
全体(N=2601)	67.1 32.3%	12.3 5.9%	2.5 1.2%	20.7 10.0%	12.5 6.0%	2.7 1.3%	42.1 20.3%	4.1 2.0%	3.5 1.7%	5.5 2.7%	34.5 16.6%	207.5 100.0%
要介護度別②												
要介護1・2(N=1323)	64.7 23.2%	10.6 3.8%	2.3 0.8%	18.9 6.8%	11.5 4.1%	3.3 1.2%	41.9 15.0%	3.8 1.4%	3.1 1.1%	5.7 2.1%	35.5 12.7%	201.5 100.0%
要介護3・4・5(N=987)	72.0 32.8%	13.3 6.1%	2.5 1.1%	25.2 11.5%	15.0 6.9%	2.2 1.0%	42.3 19.3%	4.4 2.0%	3.8 1.8%	5.3 2.4%	33.0 15.1%	219.1 100.0%
経過的要介護/その他(認定申請中)(N=46)	115.3 31.5%	43.3 11.8%	10.7 2.9%	31.3 8.5%	27.8 7.6%	2.2 0.6%	76.5 20.9%	13.4 3.7%	9.3 2.6%	4.4 1.2%	31.8 8.7%	365.9 100.0%

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

【居宅介護支援事業所における利用者1人1月の労働投入時間(分):認知症高齢者の日常生活自立度別】

・日常生活自立度が重度化するほど、労働投入時間が長い。

	利用者宅への訪問	利用者宅以外への訪問	来所	電話	サービス担当者会議・専門的な意見の照会	理由書作成・施設紹介	アセスメント記入・ケアプラン作成	利用者に係る事業所内の業務(報告・連絡等)	その他個別ケアマネジメント業務(各種申請書作成・申請代行等)	担当以外の利用者へのケアマネジメント業務	間接的な業務(関係機関との連携、報酬請求作業、管理者業務)	ケアマネジメント業務の合計
全体(N=2601)	67.1 32.3%	12.3 5.9%	2.5 1.2%	20.7 10.0%	12.5 6.0%	2.7 1.3%	42.1 20.3%	4.1 2.0%	3.5 1.7%	5.5 2.7%	34.5 16.6%	207.5 100.0%
認知症高齢者の日常生活自立度別												
自立(N=601)	70.2 34.8%	10.2 5.1%	2.2 1.1%	16.1 8.0%	11.5 5.7%	3.6 1.8%	42.3 21.0%	3.5 1.8%	2.5 1.2%	5.2 2.6%	34.3 17.0%	201.6 100.0%
I(N=656)	68.1 34.6%	12.0 6.1%	2.2 1.1%	17.0 8.6%	9.0 4.6%	1.3 0.7%	39.0 19.8%	3.1 1.6%	3.0 1.5%	5.6 2.8%	36.5 18.5%	196.9 100.0%
II(N=698)	62.5 30.3%	12.4 6.0%	2.5 1.2%	21.9 10.6%	14.1 6.8%	3.1 1.5%	41.6 20.2%	4.5 2.2%	3.1 1.5%	6.0 2.9%	34.4 16.7%	206.2 100.0%
III(N=448)	68.3 30.7%	13.5 6.1%	2.8 1.3%	26.3 11.8%	16.2 7.3%	2.2 1.0%	45.6 20.5%	5.0 2.3%	3.4 1.5%	5.5 2.5%	33.7 15.1%	222.4 100.0%
IV(N=128)	62.0 24.8%	18.6 7.4%	3.5 1.4%	32.0 12.8%	16.5 6.6%	5.5 2.2%	54.7 21.9%	6.7 2.7%	9.8 3.9%	5.2 2.1%	35.1 14.1%	249.6 100.0%
M(N=22)	77.5 30.4%	13.8 5.4%	8.9 3.5%	35.5 14.0%	11.9 4.7%	0.5 0.2%	52.7 20.7%	3.6 1.4%	7.0 2.7%	6.8 2.7%	36.3 14.3%	254.6 100.0%

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

【居宅介護支援事業所における利用者1人1月の労働投入時間(分)】

：同居者の有無別】

- ・同居者「無」の方が、同居者「有」より、労働投入時間が長い。

	利用者宅への訪問	利用者宅以外への訪問	来所	電話	サービス担当者会議・専門的な意見の照会	理由書作成・施設紹介	アセスメント記入・ケアプラン作成	利用者に係る事業所内の業務(報告・連絡等)	その他個別ケアマネジメント業務(各種申請書作成・申請代行等)	担当以外の利用者へのケアマネジメント業務	間接的な業務(関係機関との連携、報酬請求作業、管理者業務)	ケアマネジメント業務の合計
全体(N=2601)	67.1 32.3%	12.3 5.9%	2.5 1.2%	20.7 10.0%	12.5 6.0%	2.7 1.3%	42.1 20.3%	4.1 2.0%	3.5 1.7%	5.5 2.7%	34.5 16.6%	207.5 100.0%
同居者の有無別												
有(N=2170)	65.7 32.3%	11.7 5.8%	2.5 1.2%	20.3 10.0%	12.5 6.2%	2.8 1.4%	40.2 19.8%	4.0 2.0%	3.4 1.7%	5.5 2.7%	34.3 16.9%	203.0 100.0%
無(N=399)	75.2 32.3%	15.8 6.8%	2.7 1.1%	23.2 9.9%	12.9 5.6%	2.2 1.0%	51.4 22.1%	4.8 2.1%	3.4 1.4%	5.4 2.3%	35.9 15.4%	233.0 100.0%

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

【居宅介護支援事業所における利用者1人1月の労働投入時間(分):業務内容別】

- ・「訪問」、「サービス担当者会議・専門的な意見の照会」、「アセスメント記入・ケアプラン作成」の労働投入時間が増加傾向にある。

	訪問	来所	電話	サービス担当者会議・専門的な意見の照会	理由書作成・施設紹介	アセスメント記入・ケアプラン作成	利用者に係る事業所内の業務(報告・連絡等)	その他個別ケアマネジメント業務(各種申請書作成・申請代行等)	担当以外の利用者へのケアマネジメント業務	間接的な業務(関係機関との連携、報酬請求作業、管理者業務等)	ケアマネジメント業務の合計
平成19年11月	79.3 38.2%	2.5 1.2%	20.7 10.0%	12.5 6.0%	2.7 1.3%	42.1 20.3%	4.1 2.0%	3.5 1.7%	5.5 2.7%	34.5 16.6%	207.5 100.0%
平成15年11月	67.9 48.6%	4.5 3.2%	17.4 12.5%	4.2 3.0%	2.0 1.4%	23.9 17.1%	10.0 7.1%	2.7 1.9%	1.1 0.8%	6.2 4.4%	139.7 100.0%
平成13年7月	44.5 30.1%	6.1 4.1%	17.7 12.0%	1.0 0.7%	3.1 2.1%	28.7 19.4%	13.7 9.3%	4.4 3.0%	5.7 3.9%	22.7 15.4%	147.6 100.0%

※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成15、19年株式会社三菱総合研究所)

「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成13年長寿社会開発センター)

※平成17年については、調査期間が他年と異なり、比較データに値しないため、除いている。

介護支援専門員の悩み

○ 介護支援専門員が処遇困難と感じる利用者像

N=1,472人(複数回答)	
	割合(%)
全体	100.0
独居の利用者	33.9
家族の意向が強く振り回される利用者	32.2
本人と家族の意向が異なる利用者	32.1
ケアマネが必要と考えるサービスを受け入れない利用者	29.1
認知症など意思表示が困難な利用者	26.8
自己負担できる金額に制限のある利用者	24.7

○ 他機関との連携に関する悩み

N=2,062人(複数回答)	
	割合(%)
全体	100.0
主治医との連携が取りにくい	57.2
市町村から要介護認定結果の通知が来るのが遅い	29.5
サービス事業者・担当者からの情報提供が少ない	22.2
サービス事業者・担当者と日程的に会議が開催できない	17.8
サービス事業者にサービス提供票を作成・送付する手間	15.1

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

【介護支援専門員の職種別合格者数(第1回～第10回試験の合計)】

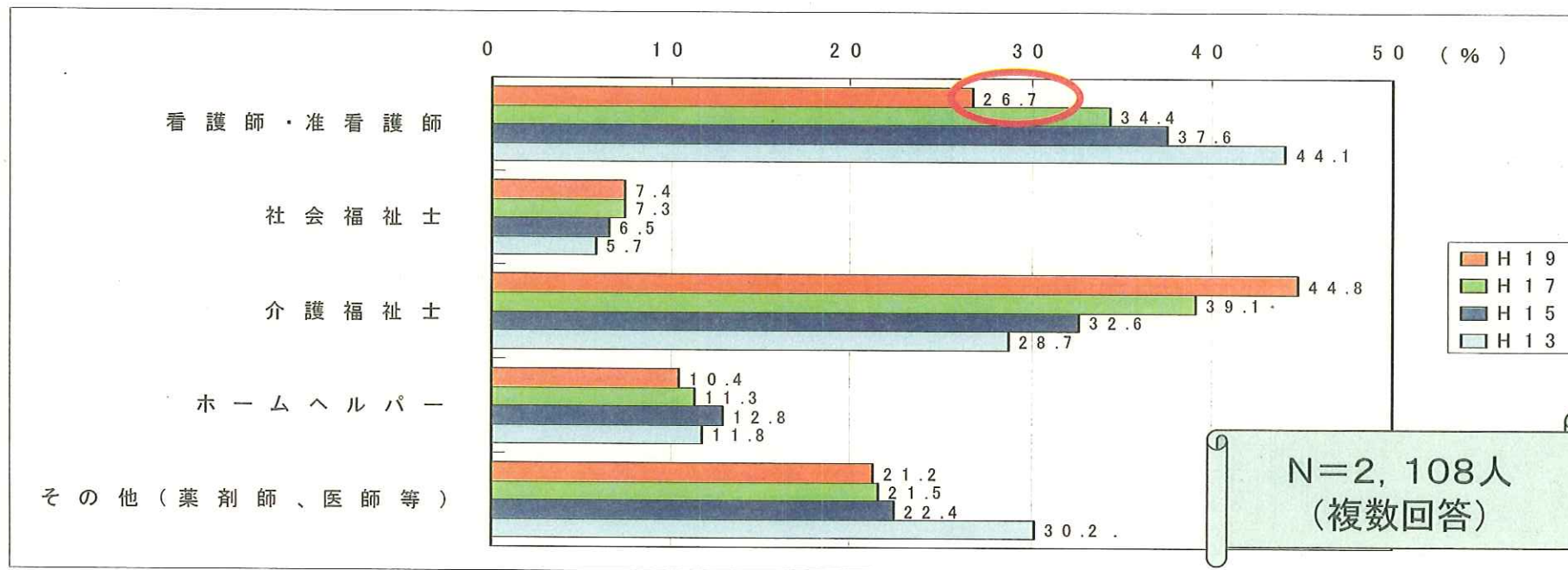
- 第1回～第10回試験の合格者数約43万人のうち、「看護師・准看護師」、「介護福祉士」の割合が半数以上を占めている。

職種	看護師・准看護師	介護福祉士	相談援助業務従事者・介護等業務従事者	保健師	その他
割合	32.5	29.0	10.5	5.3	22.7

※出典:厚生労働省老健局振興課調べ(平成19年12月)

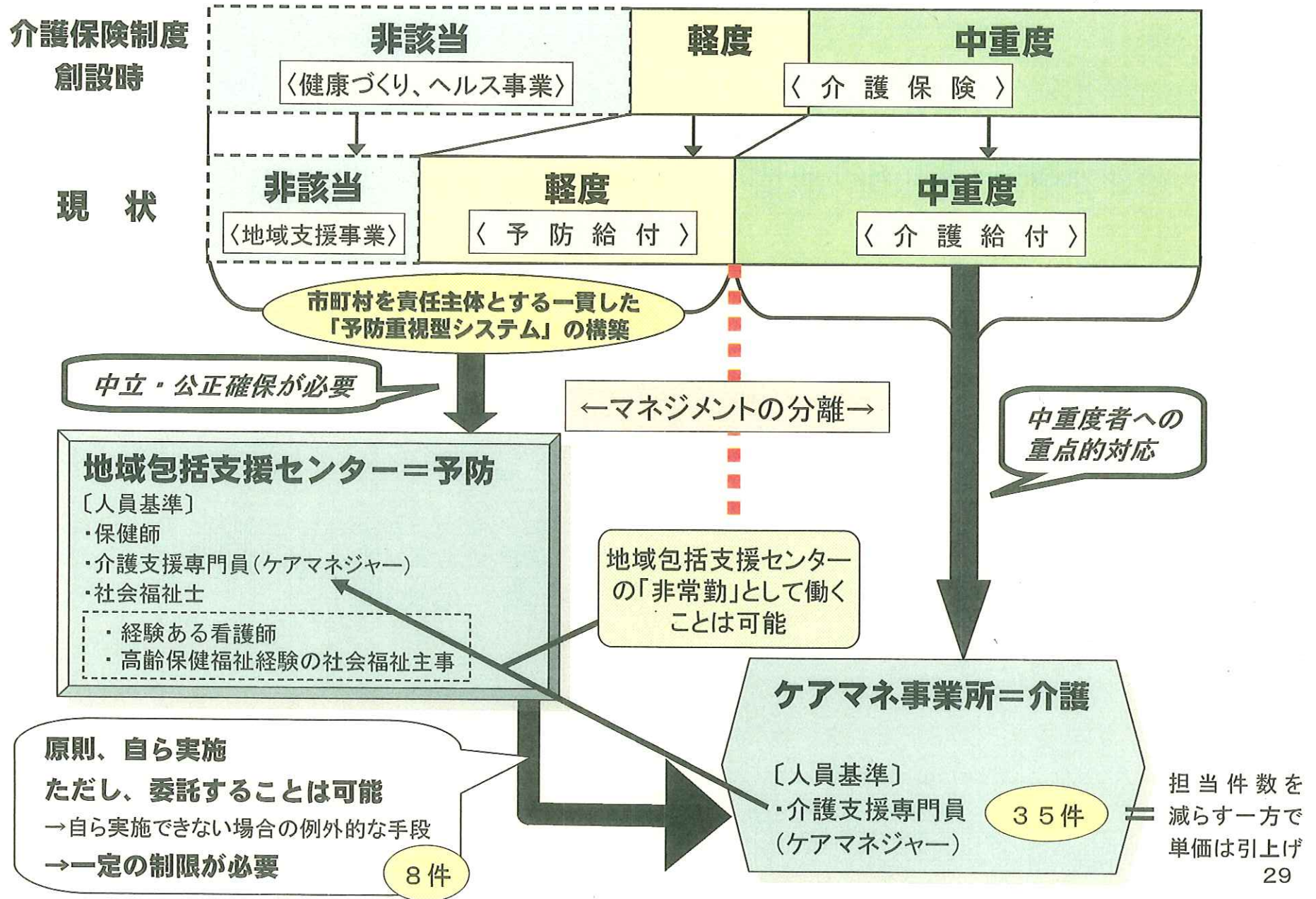
【介護支援専門員の従事者のうち、保有資格別の割合】

- 「介護福祉士」の割合が増加傾向にあり、「看護師・准看護師」の割合が減少傾向にある。



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

ケアマネジメント体系の見直し



地域包括支援センターの現状等について

(平成20年4月末日時点)

1. 地域包括支援センター(以下「センター」)設置数

○センターは、平成20年4月時点で全保険者に設置されている。

3,976箇所 (1,657保険者)

2. センターの設置主体と委託の状況

○センターの設置主体の構成割合に大きな変化はない。(直営約35%、委託約65%)

設置主体	H20調査 (平成20年4月末)		H19調査 (平成19年4月末)		H18調査 (平成18年4月末)	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
直 営	1,409	35.4%	1,392	36.3%	1,265	36.8%
うち広域連合等の構成市町村	118	3.0%	112	2.9%	86	2.4%
委 託	2,567	64.6%	2,439	63.7%	2,171	63.2%
社会福祉法人(社協除く)	1,366	34.4%	1,277	33.3%	1,085	31.6%
社会福祉協議会	467	11.7%	447	11.7%	427	12.4%
医療法人	448	11.3%	436	11.4%	396	11.5%
社団法人	87	2.2%	86	2.2%	76	2.1%
財団法人	70	1.8%	68	1.8%	70	2.0%
株式会社等	63	1.6%	58	1.5%	50	1.5%
NPO法人	21	0.5%	21	0.5%	14	0.4%
その他	45	1.1%	46	1.2%	53	1.5%
合 計	3,976	100.0%	3,831	100.0%	3,436	100.0%

3. 職員の配置状況

○1センターあたりの専門職員の配置人数が、6人以上のセンターが増加している。

人数	H20調査 (平成20年4月末)		H19調査 (平成19年4月末)		H18調査 (平成18年4月末)	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
12人以上	172	4.3%	133	3.5%	52	1.5%
9人以上～12人未満	185	4.7%	149	3.9%	73	2.1%
6人以上～9人未満	478	12.0%	413	10.8%	236	6.9%
3人以上～6人未満	2,600	65.4%	2,596	67.8%	2,546	74.1%
3人未満	541	13.6%	540	14.1%	529	15.4%
計	3,976	100.0%	3,831	100.0%	3,436	100.0%

4. 介護予防支援実施人数及び委託割合

○介護予防支援実施件数(A)は増加する一方、介護予防支援業務に従事する職員数(C)が増加されたことから、職員一人あたりの介護予防支援件数((A-B)/C)は微増(24.0人→26.2人)となっている

		H20調査 (平成20年4月末)	H19調査 (平成19年4月末)	H18調査 (平成18年4月末)
介護予防支援実施件数	(A)	703,991件	656,268件	61,700件
うち居宅介護支援事業所に委託されている件数	(B)	243,147件	270,613件	44,119件
居宅介護支援事業所への委託割合	(B/A)	34.5%	41.2%	71.5%
指定介護予防支援業務に従事する職員数	(C)	17,601人	16,064人	-
職員一人あたりの介護予防支援実施件数	((A-B)/C)	26.2人	24.0人	-
【参考】 介護予防支援業務を居宅介護支援事業所に委託しないと仮定した場合の職員一人あたりの介護予防支援実施件数	(A/C)	40.0人	40.9人	-

※平成18年度調査においては「指定介護予防支援業務に従事する職員数」を調査していない

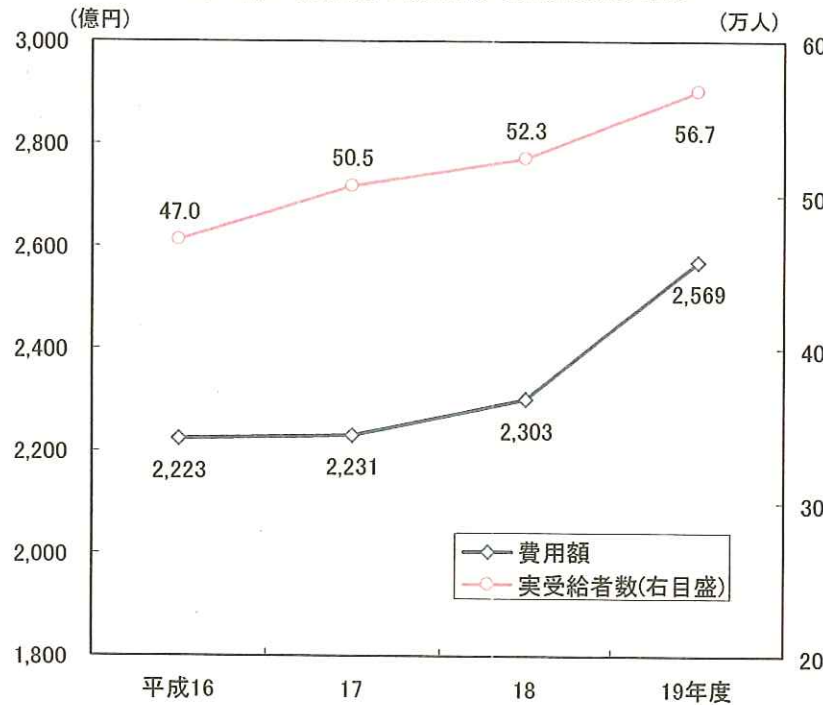
短期入所生活介護について

I 短期入所生活介護の現状と課題

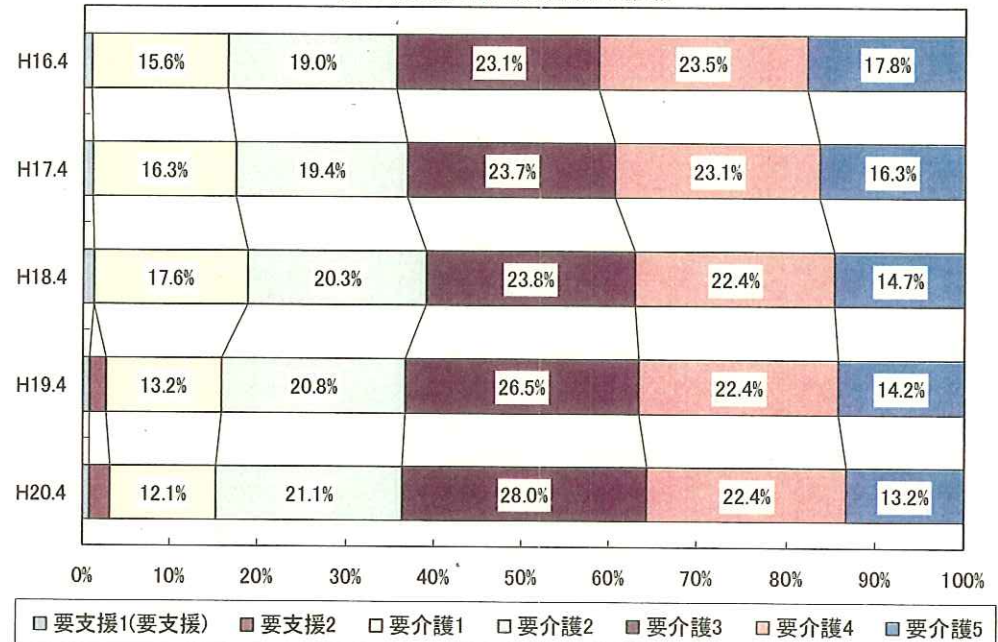
【短期入所生活介護の状況①】

- 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。

短期入所生活介護の費用額・受給者数の推移



要介護度別利用者割合の推移



平均要介護度の推移

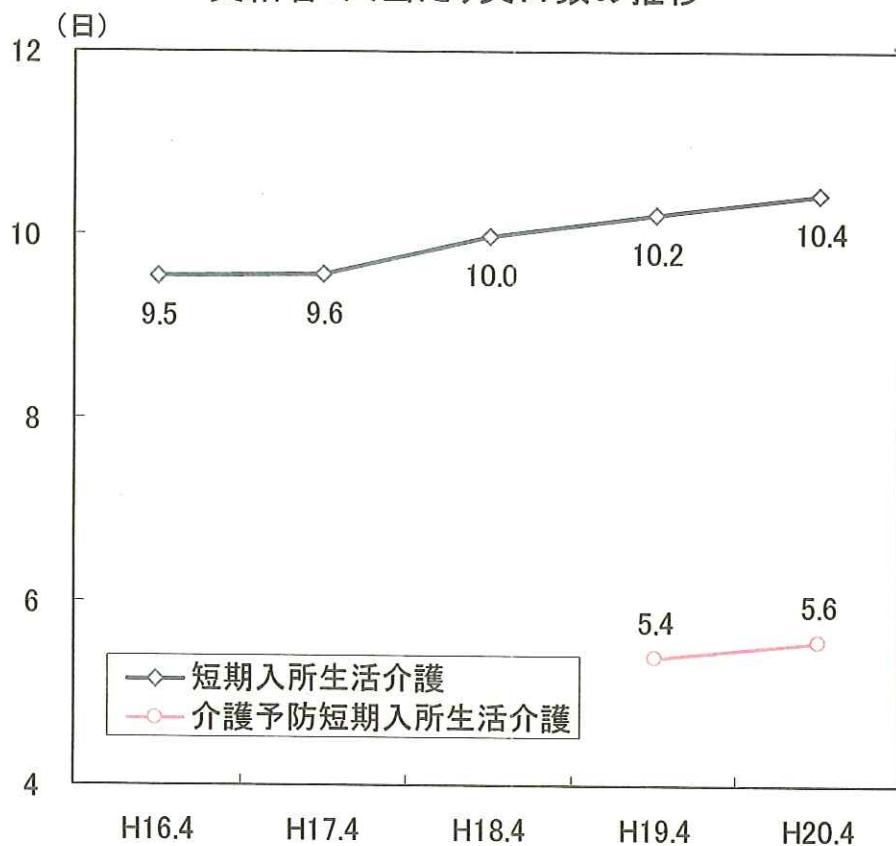
年度	H16.4	H17.4	H18.4	H19.4	H20.4
平均要介護度	3.09	3.04	2.96	3.03	3.03

(資料出所) いずれも厚生労働省「介護給付費実態調査」

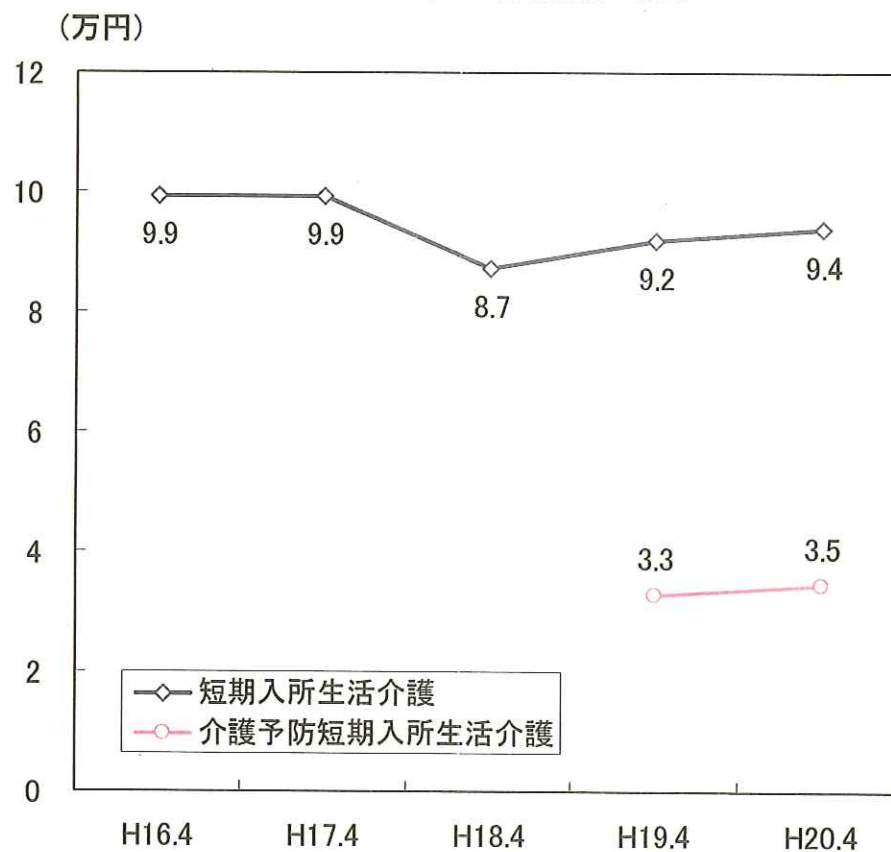
【短期入所生活介護の状況②】

- 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

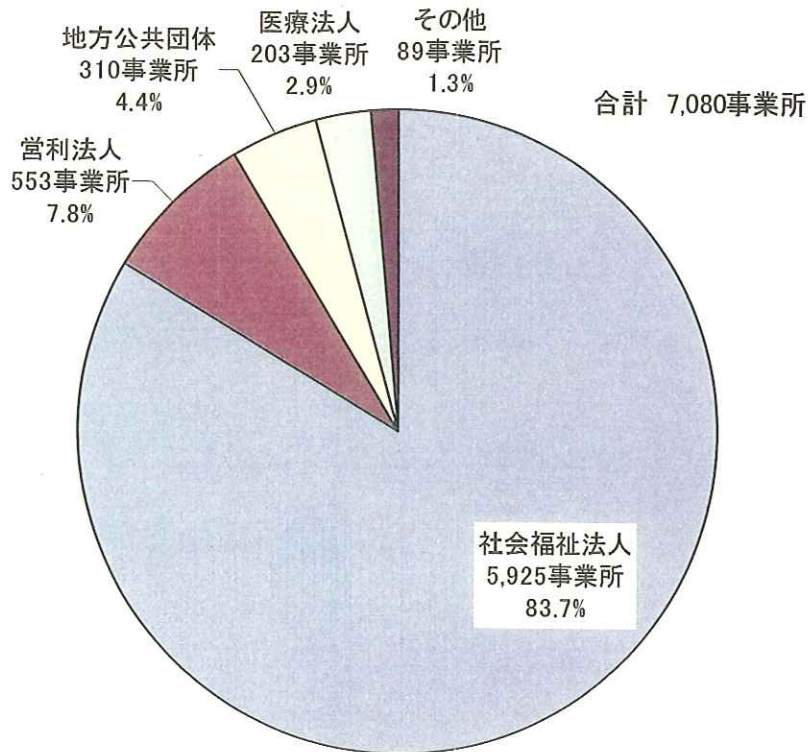


(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成。
注) 審査月。

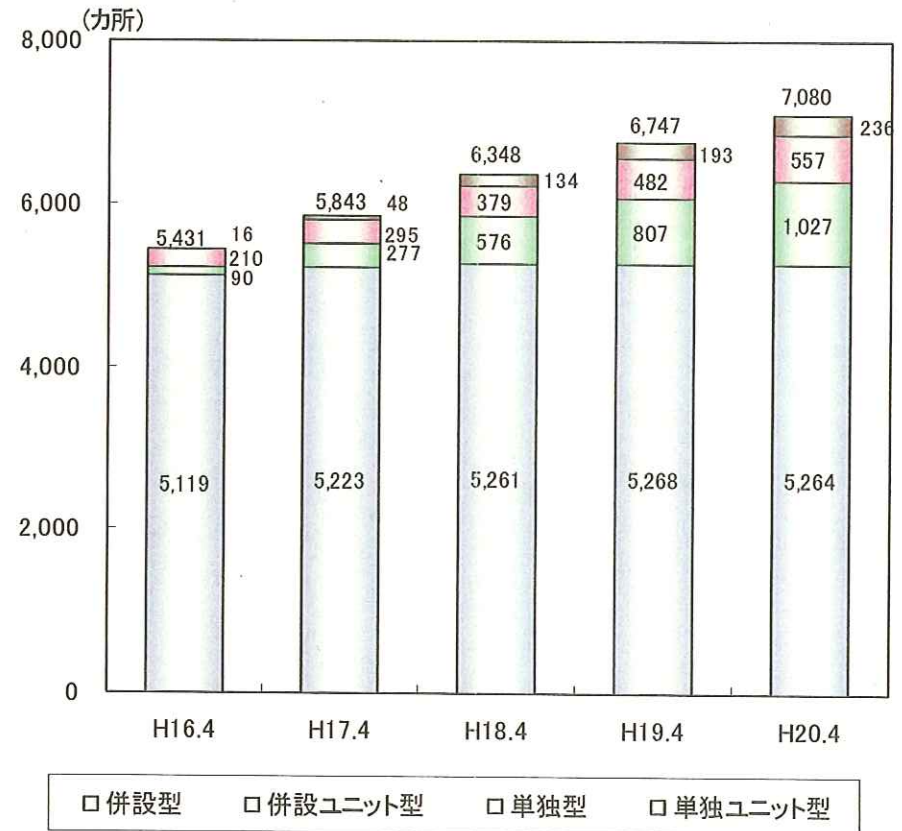
【短期入所生活介護の状況③】

- 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

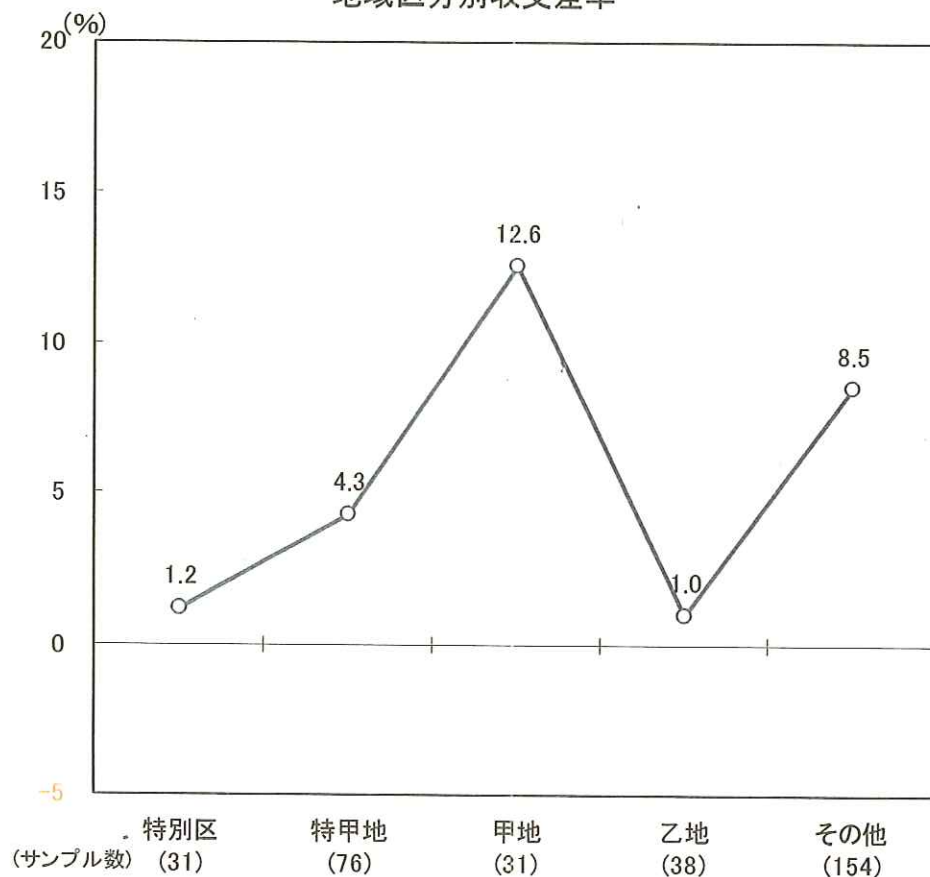


(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」
注) 審査月

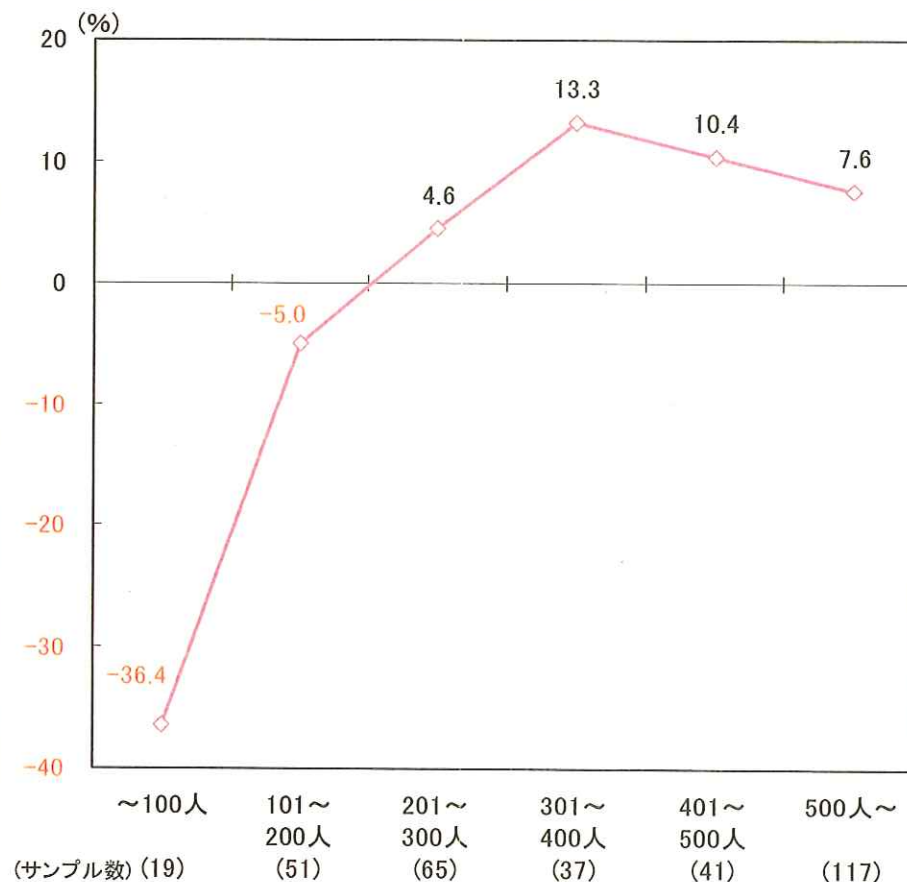
【短期入所生活介護の状況④】

- 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。

地域区分別収支差率



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

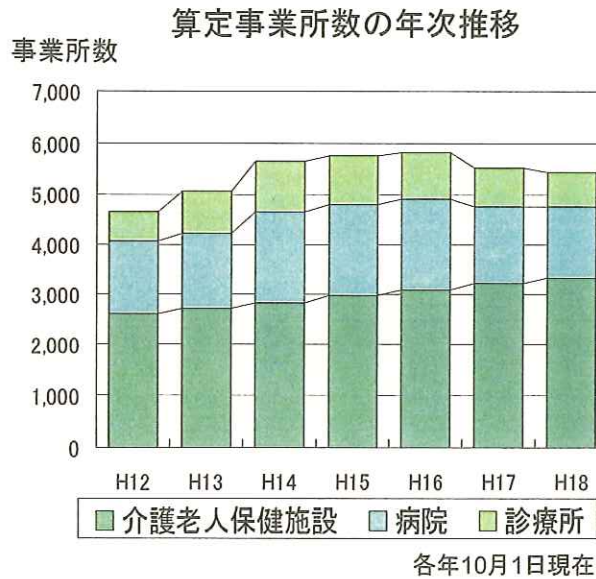
在宅中重度加算（予防を除く）

・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

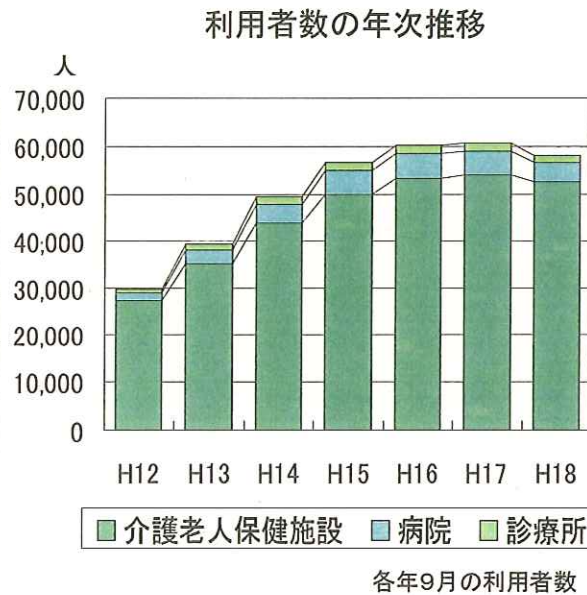
短期入所療養介護について

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



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)」

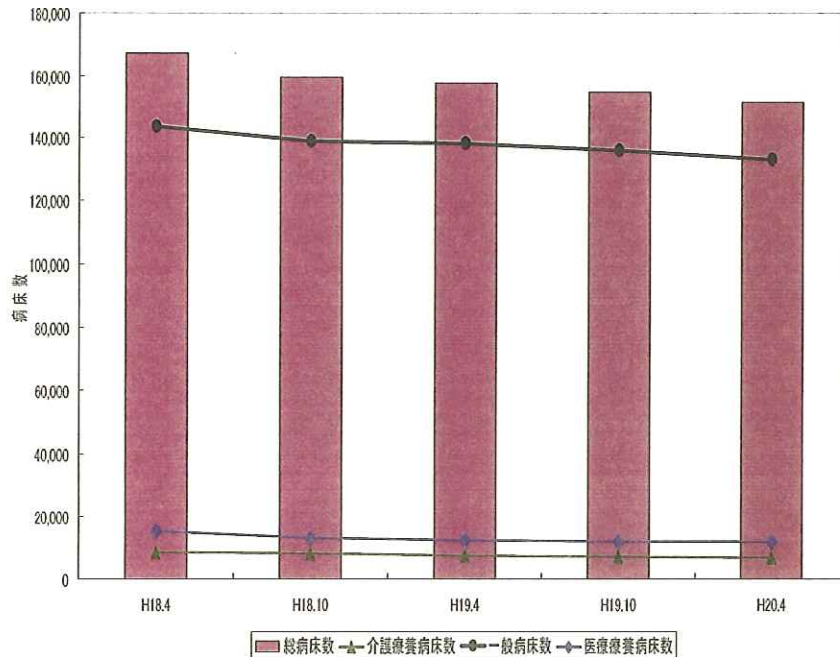
【有床診療所の現状について】

○ 有床診療所については、次のような利点がある。

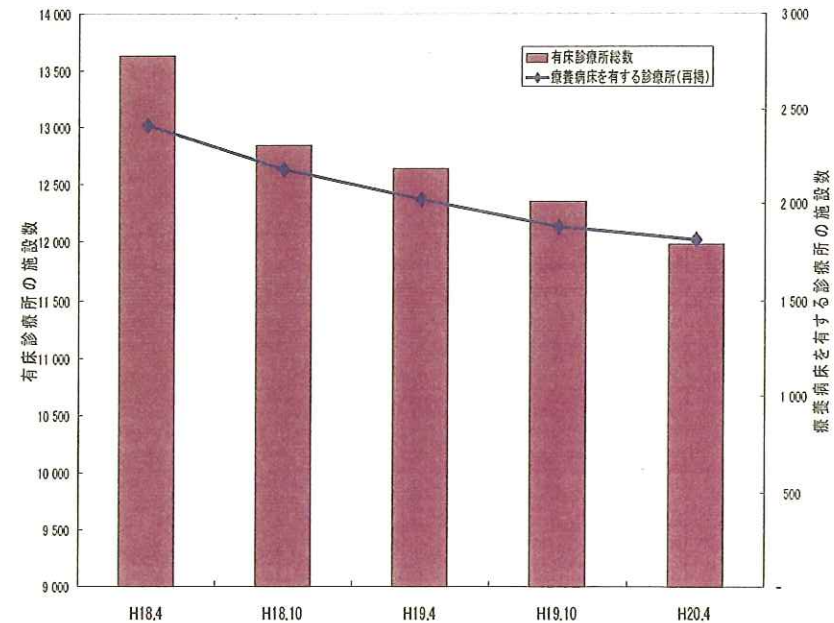
- ・患者の身近な場所にある
- ・患者の生活背景等まで把握してサービスを提供することが可能
- ・夜間、急な医療行為が必要な場合でも対応可(夜間、医師が配置されていない場合でも、何かあったときに直ぐに駆けつけられる体制が整っている)

○ 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

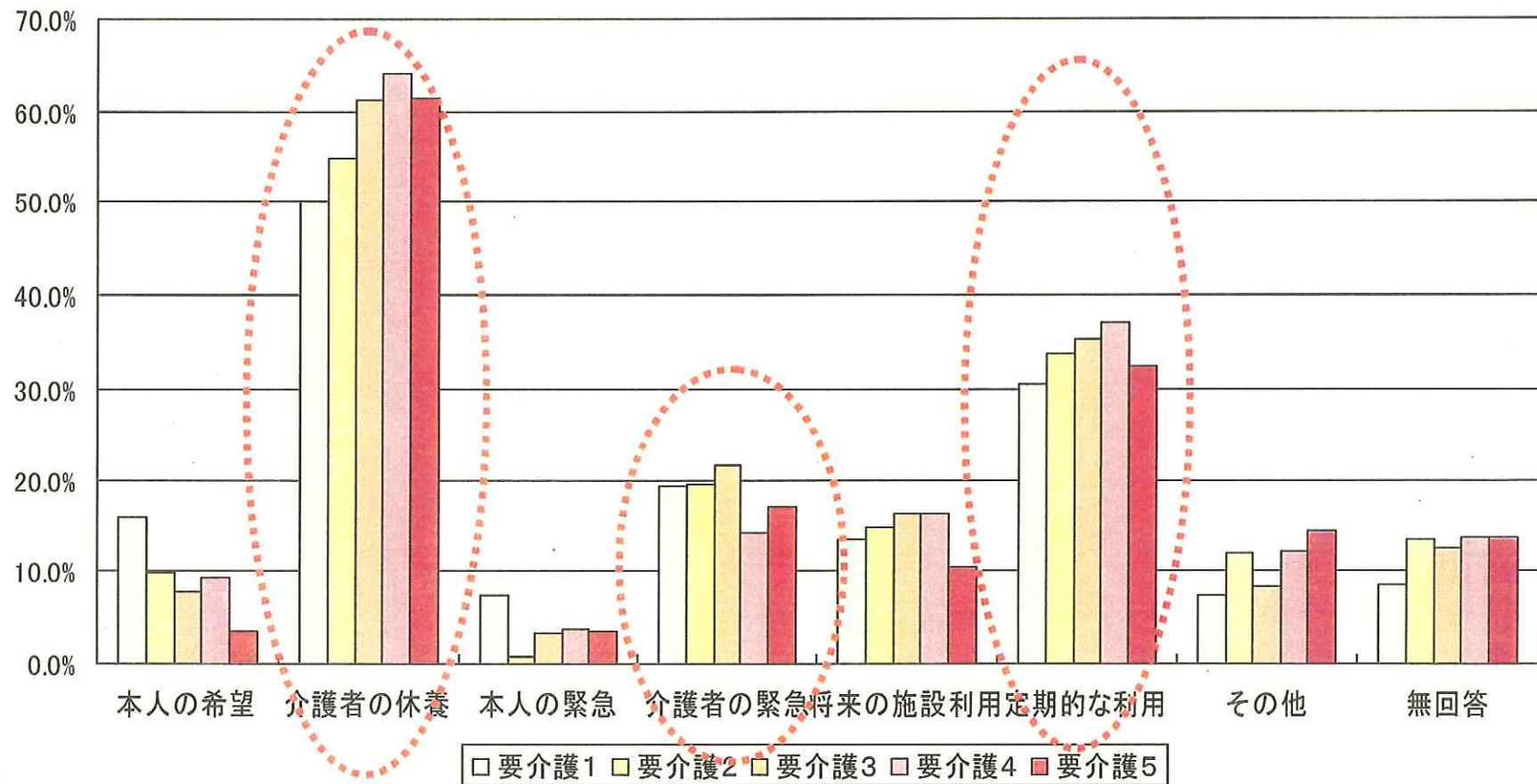


※ 「総数」は『医療施設調査』から、それ以外は『病院報告』(共に厚生労働省統計情報部)から抜粋

【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。

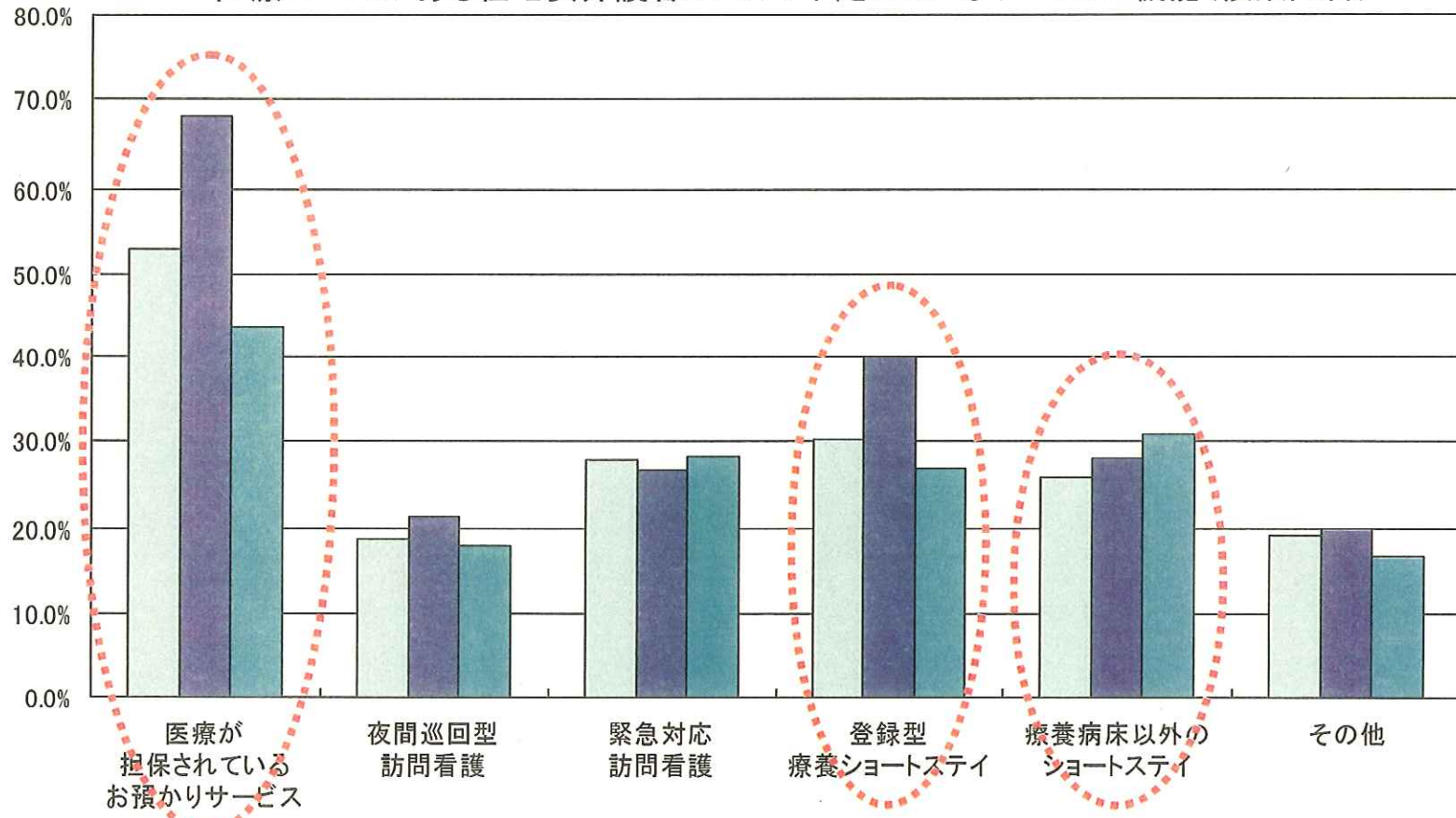
短期入所サービスの利用理由(複数回答)



【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。

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(複数回答)



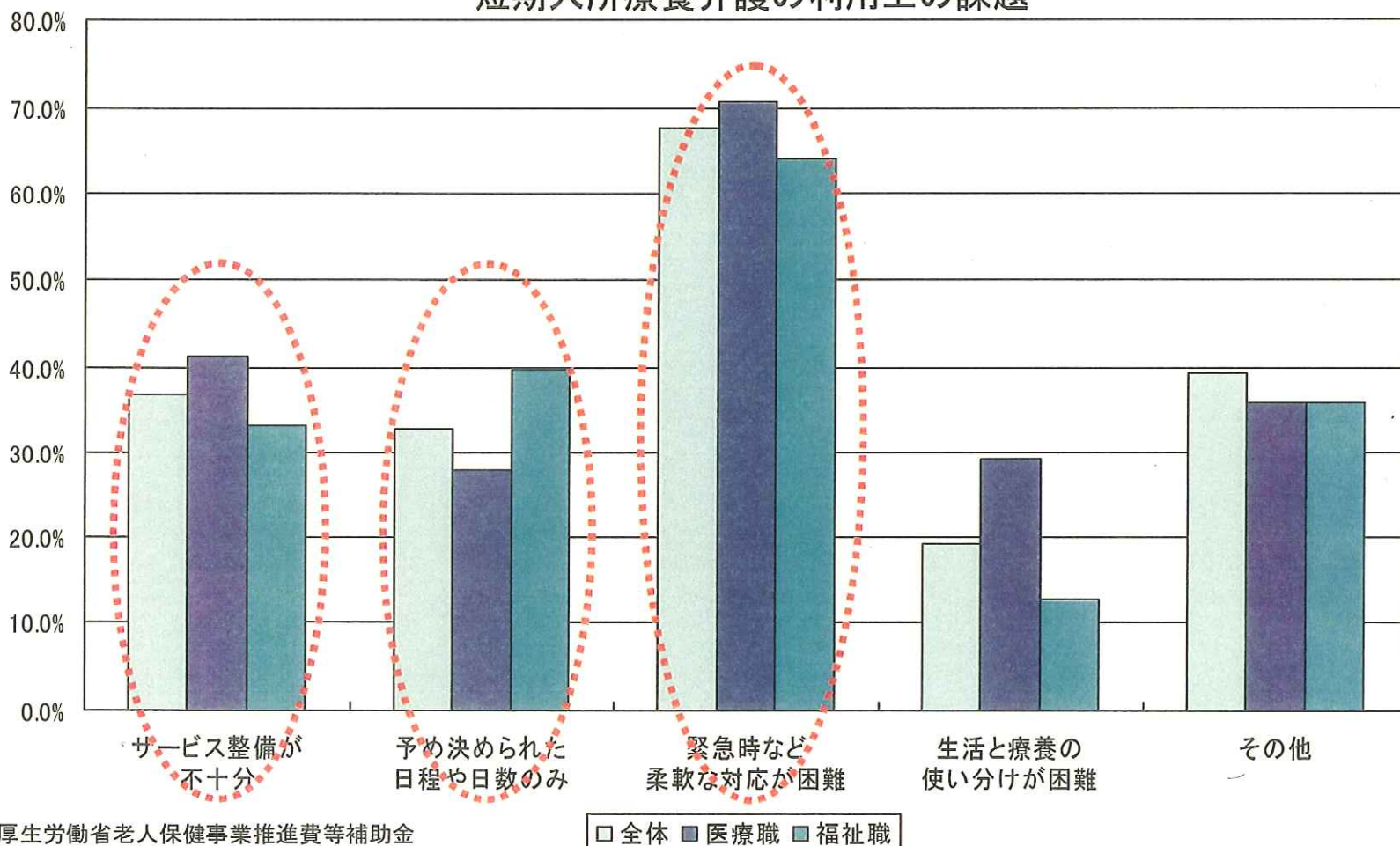
平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
「在宅要介護者へのサービス提供体制の在り方に関する研究」

□全体 ■(再掲)医療職 ▣(再掲)福祉職

【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

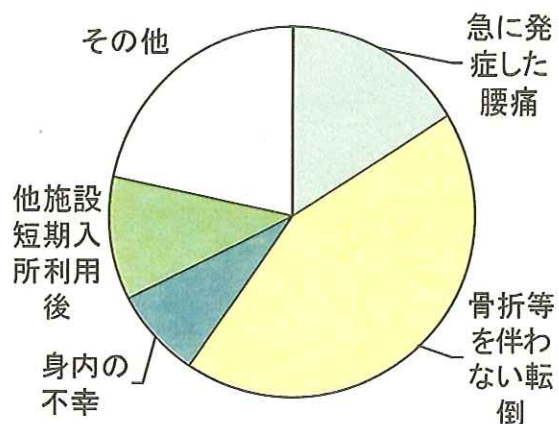
介護給付費実態調査(平成19年5月～平成20年4月審査分)

	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	

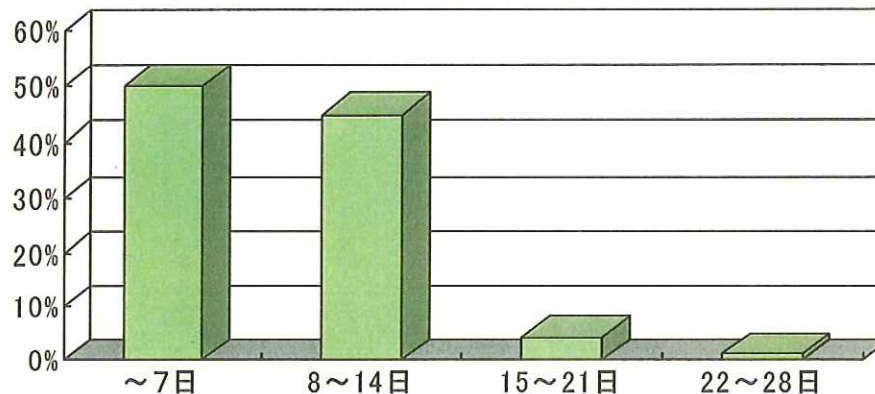
【短期入所におけるリハビリテーション実施の効果①】

- 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)。

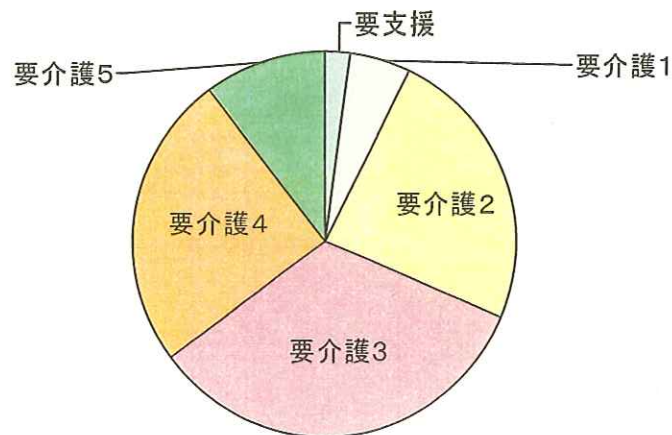
【短期・集中的にリハを行うことになった原因(n=96名)】



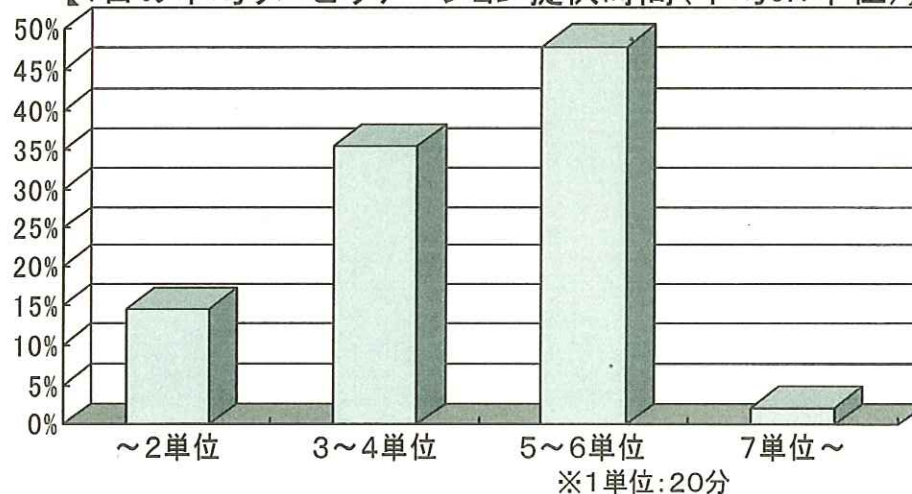
【リハビリテーション提供期間(平均8.6日)】



【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)】

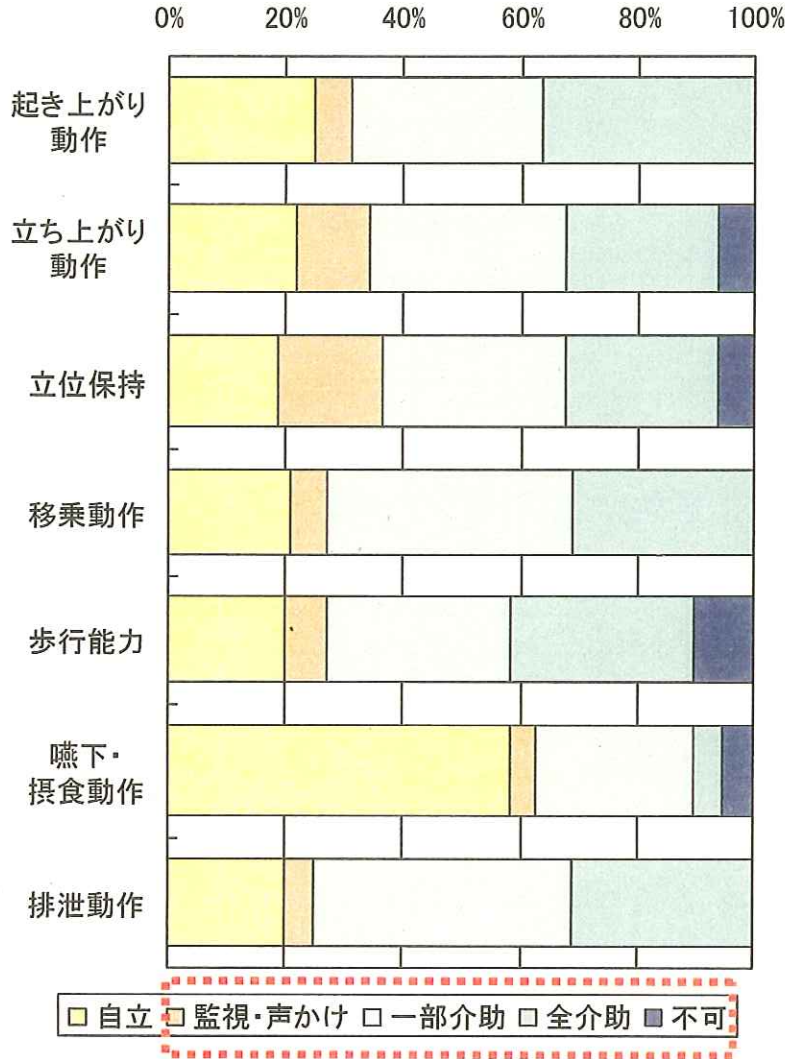


【在宅総合ケアセンター元浅草(院長:石川誠)における、短期入院による集中的リハサービス実施による成果の概要】

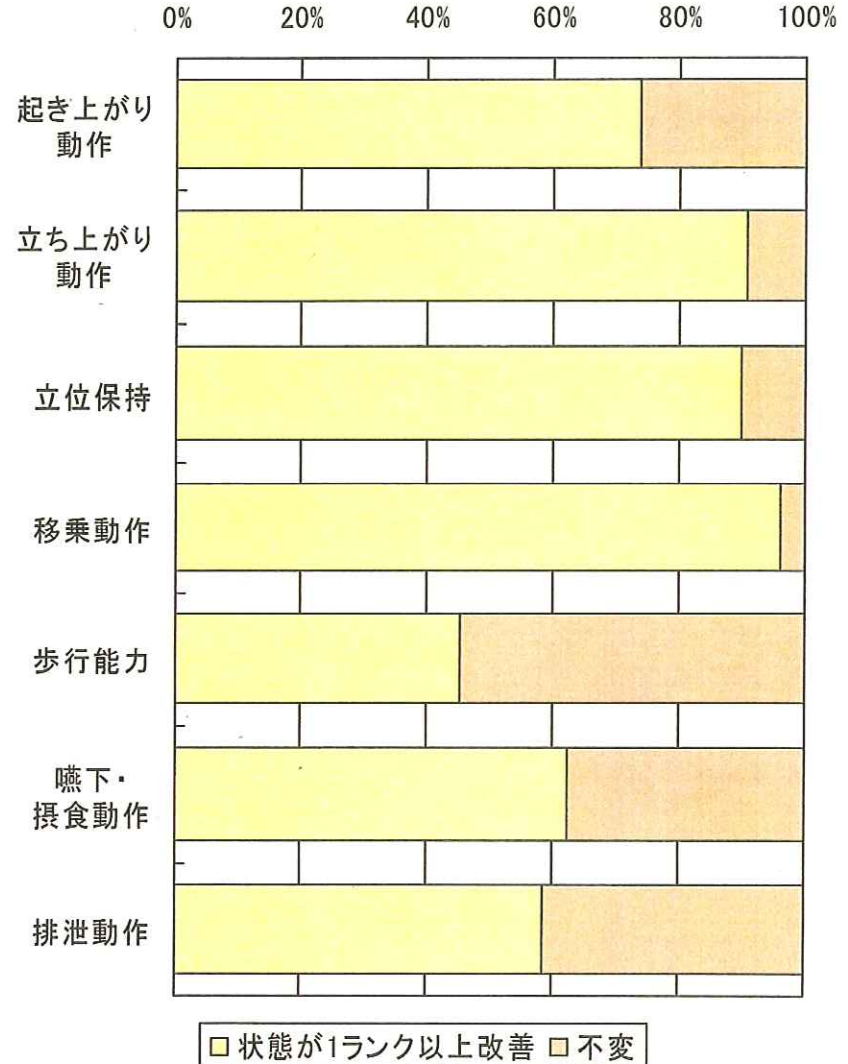
【短期入所におけるリハビリテーション実施の効果②】

○ 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

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

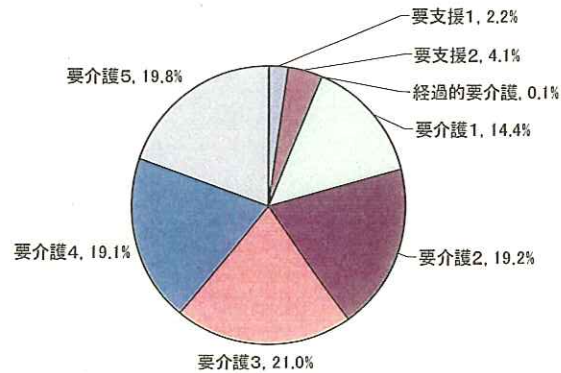
	介護保険				医療保険
	短期入所療養介護				診療所後期高齢者 医療管理料
	介護老人保健施設	病院	有床診療所	基準適合診療所	
病床種別	—	療養病床(医療・介護)	療養病床(医療・介護)	一般病床	一般病床等
職員配置 (常勤換算)	看護・介護 3:1 (うち、看護2/7)	〔医療療養病床〕 看護4:1、介護4:1 看護5:1、看護5:1 〔介護療養病床〕 看護6:1 介護6:1～4:1	看護6:1、介護6:1 又は 看護・介護 3:1	看護・介護 3:1	看護要員 3:1相当
夜勤基準	看護・介護2名以上 (定員40以下は1名)	看護＋介護が30:1 (最低2名以上で、うち1 名は看護)	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)



(出典)介護給付費実態調査(平成19年度)

○居宅療養管理指導の報酬体系および費用額(概要)

		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

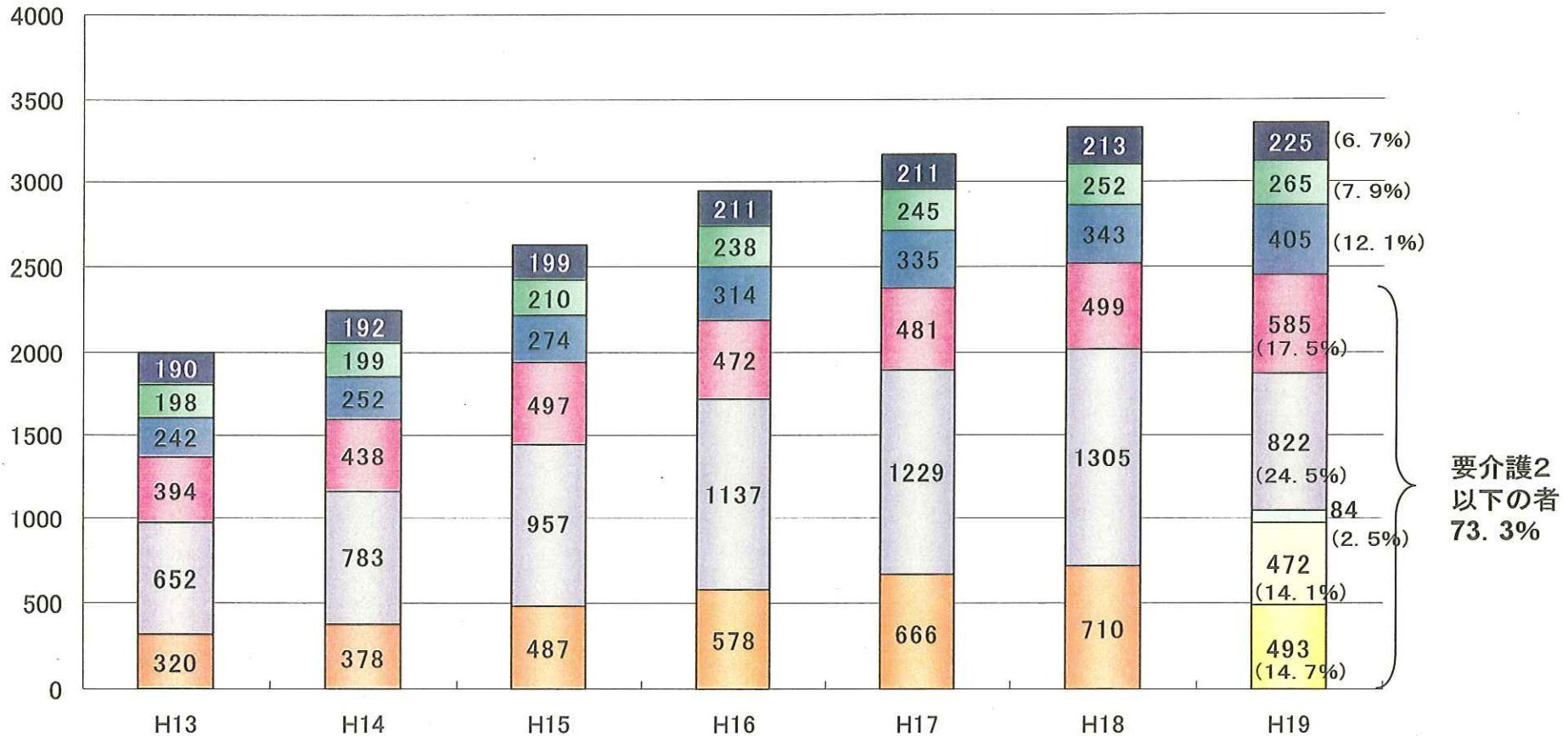
(出典)介護給付費実態調査(平成19年度)

【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

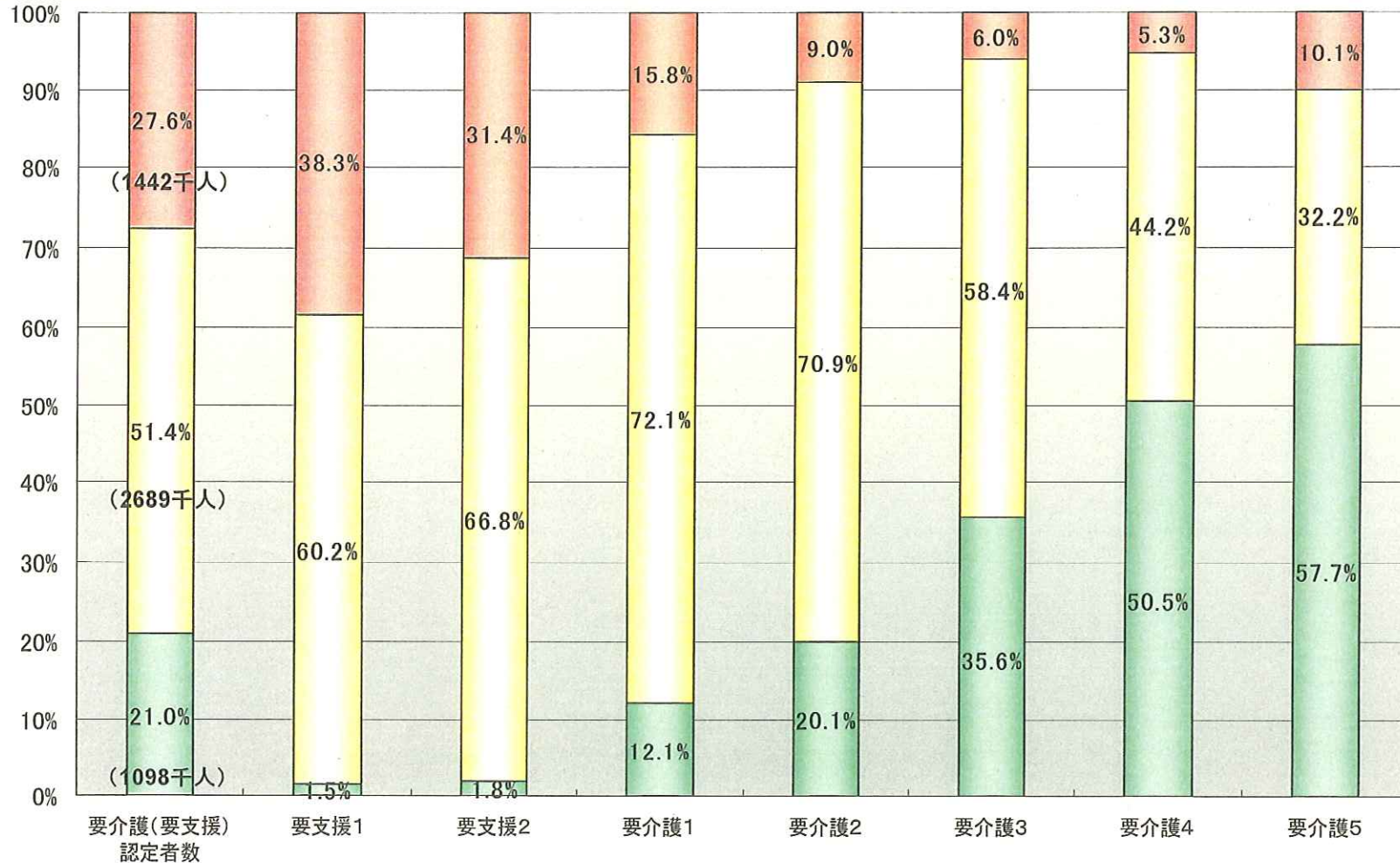
※ 施設入所者とは、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護(短期以外)、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設サービス、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービスのいずれかを受給している者

出典:介護保険事業状況報告調査月報、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

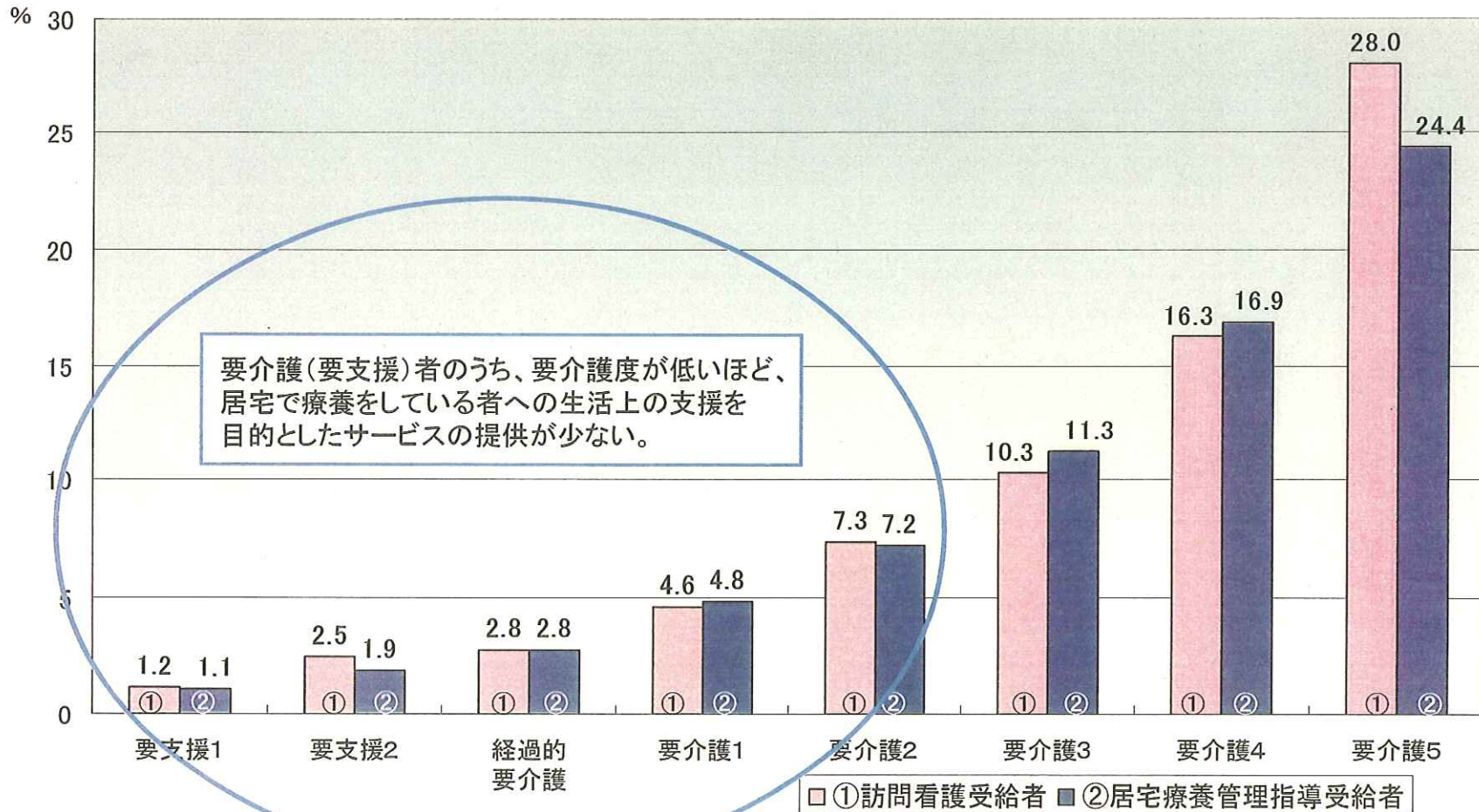
出典: 介護保険事業状況報告調査月報(平成20年2月分)、介護給付費実態調査月報(平成20年2月審査分)

【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(%)

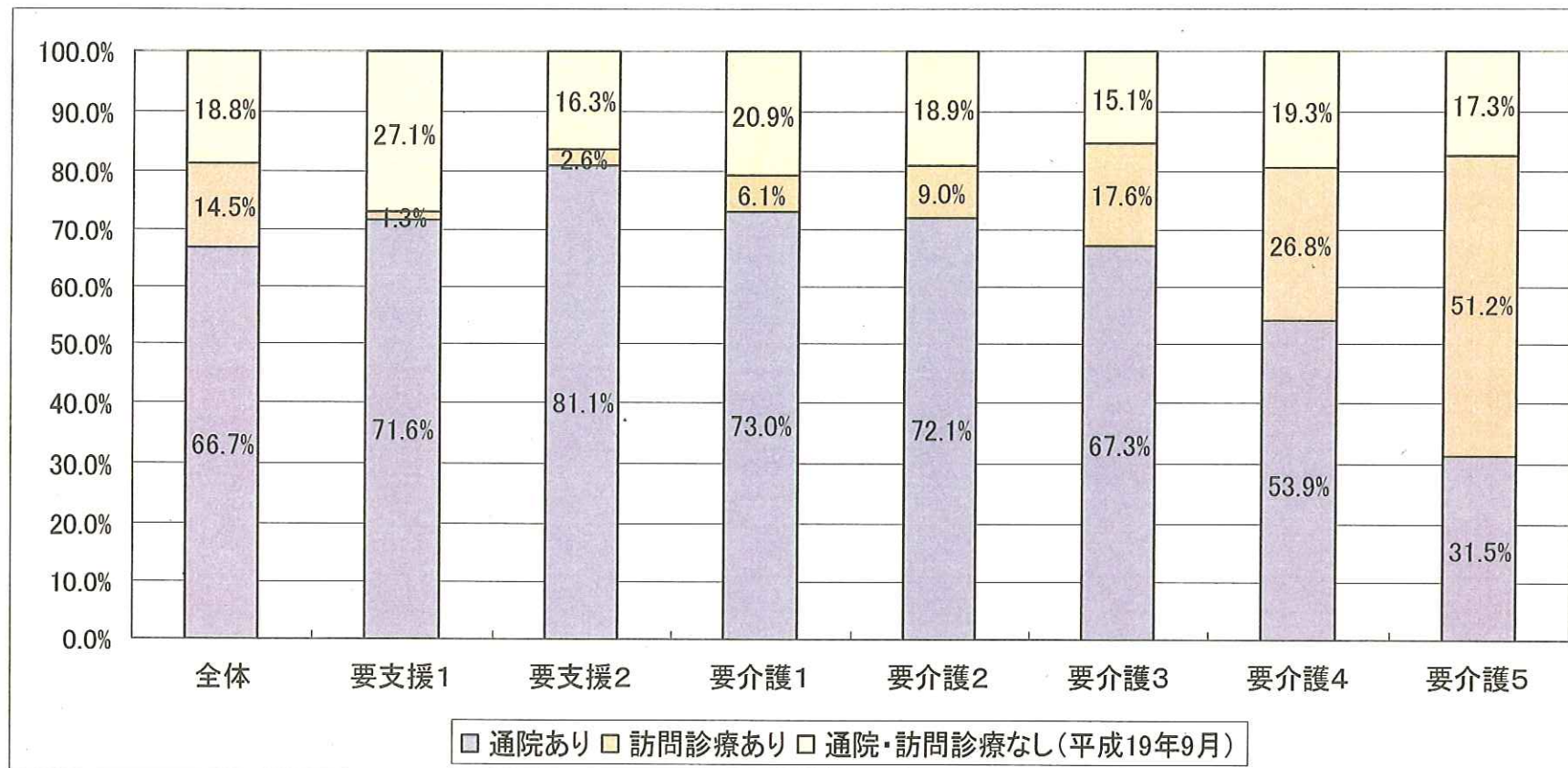


【居宅で療養している者の現状④】

○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%)

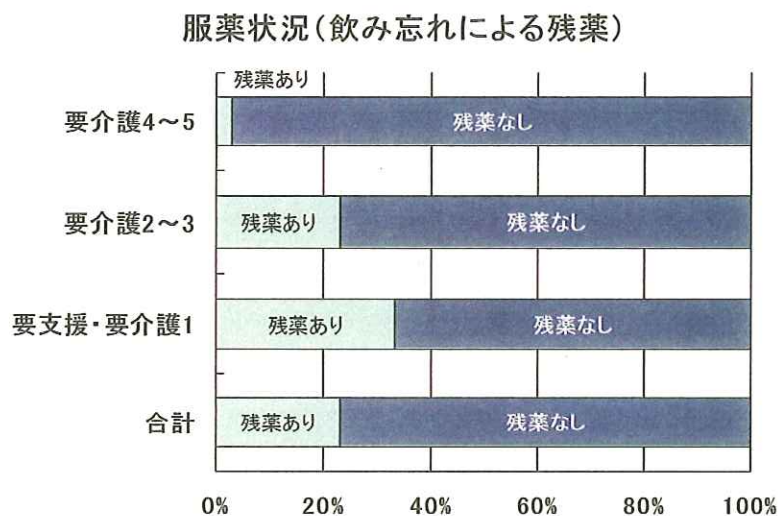
出典:平成20年老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査研究事業」

【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)。

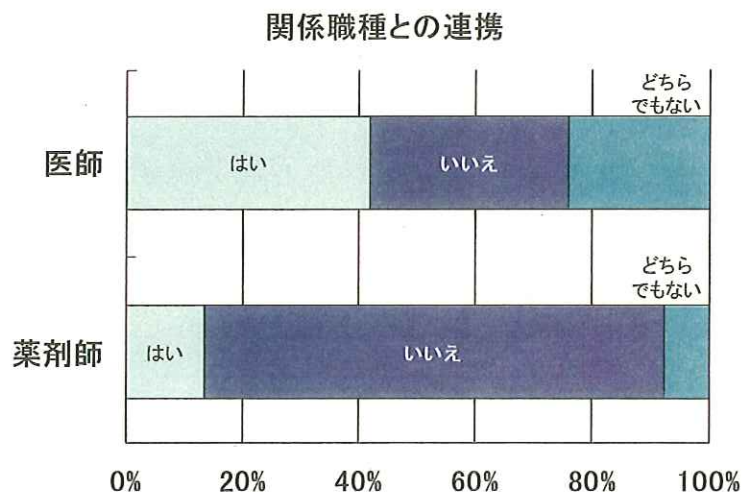
○ケアマネージャーを対象とした関係職種との連携状況に関する調査では、ケアマネージャーと薬剤師との連携が十分にとれていない現状が伺える(図2)。

(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)	<u>500点</u> <u>居住系施設入居者 350点</u> 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 <u>居住系施設入居者 385点</u> 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】

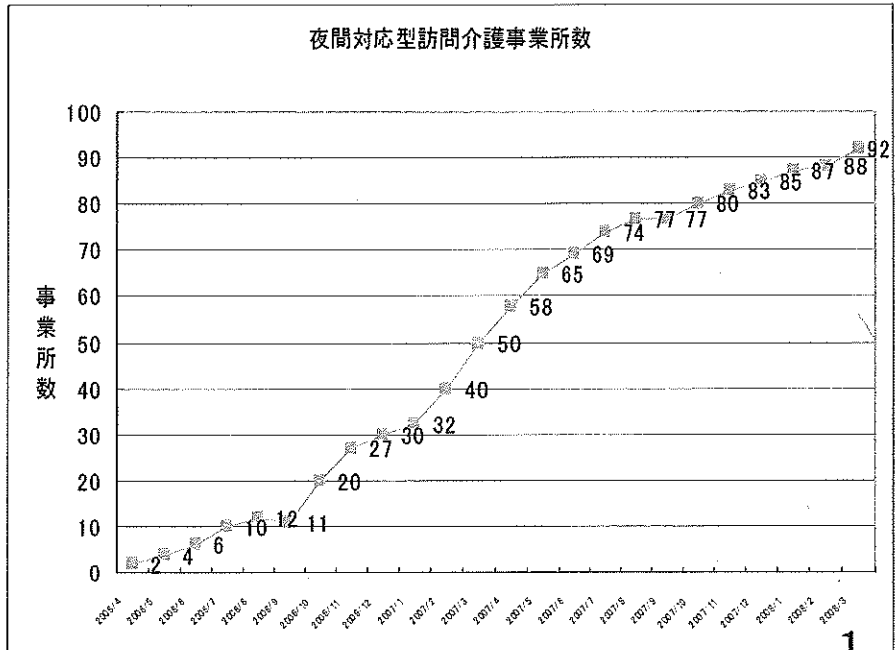
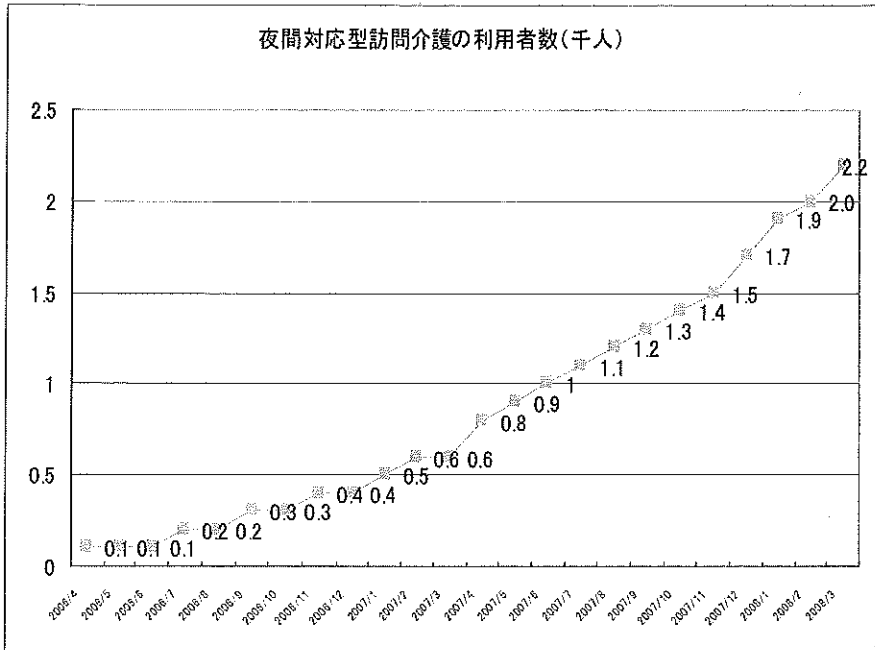
- 生活環境や身体状況の変化が見られた時やそのような場合が想定されるケースについて、看護職員が、ケアマネージャーや医師と協働し、居宅における療養上の支援を行う仕組みを検討してはどうか。
- 薬剤師による居宅療養管理指導について、他職種との連携をさらに進める観点及び診療報酬との整合性を図る観点から見直しを検討してはどうか。
- 居住系施設に入所している要介護(要支援)者に対する居宅療養管理指導について、移動等に係る労力を踏まえ、適切な評価を検討してはどうか。

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

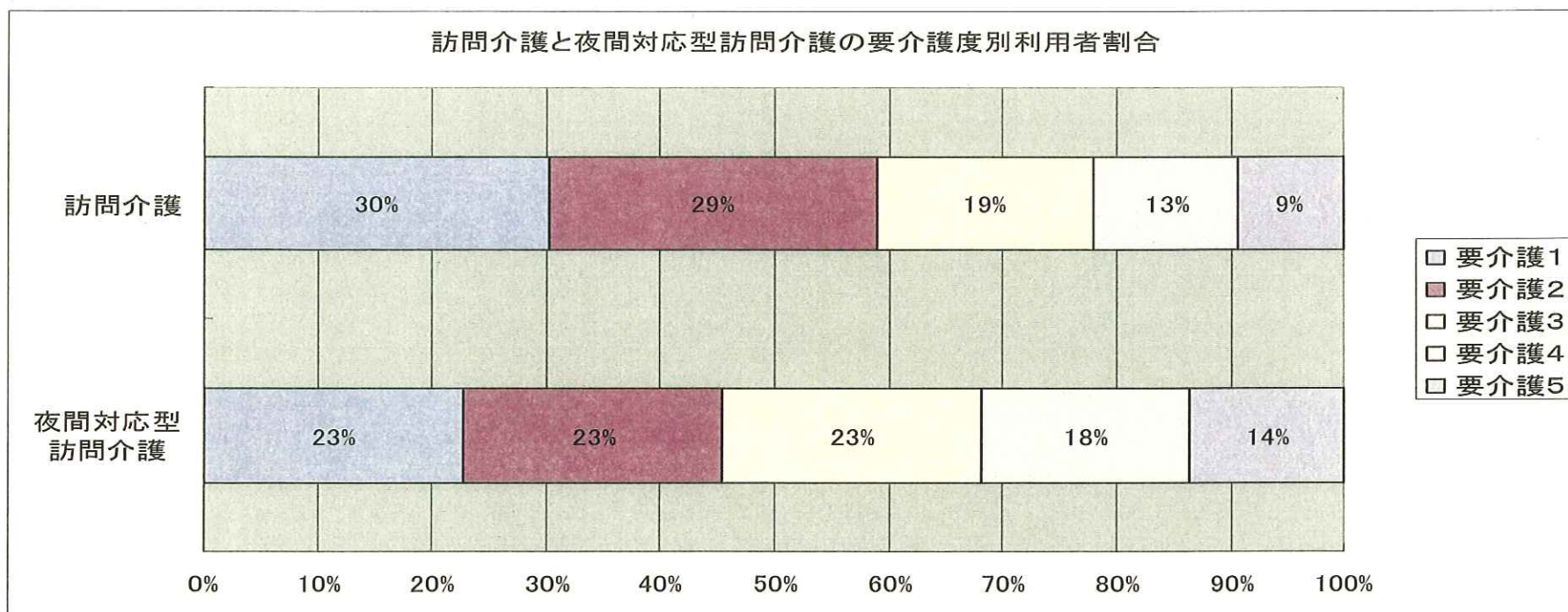
【夜間対応型訪問介護の利用状況①】
 ○ 夜間対応型訪問介護の利用者数は約2.2千人、事業所数は92カ所となっている。
 (平成20年4月審査分)



(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

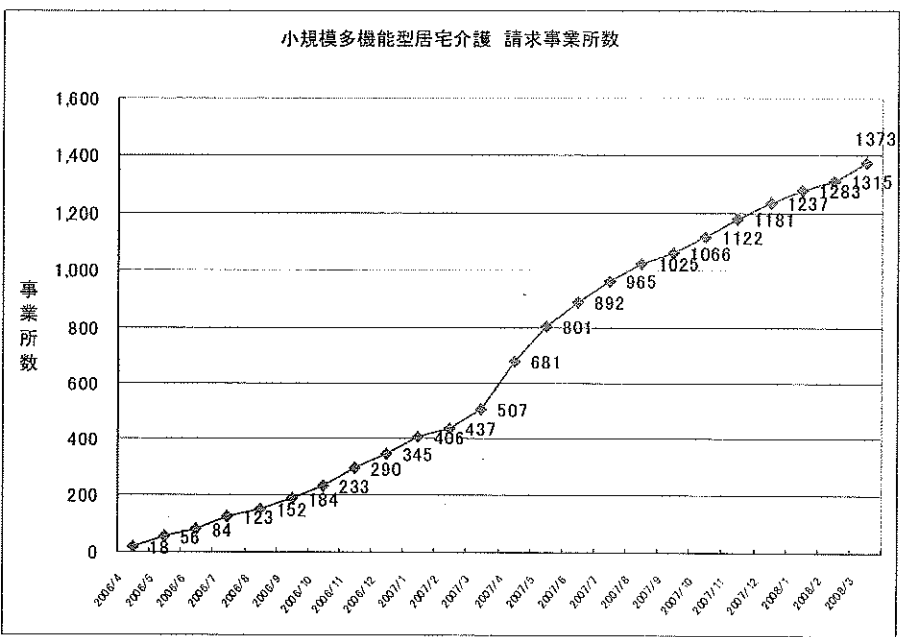
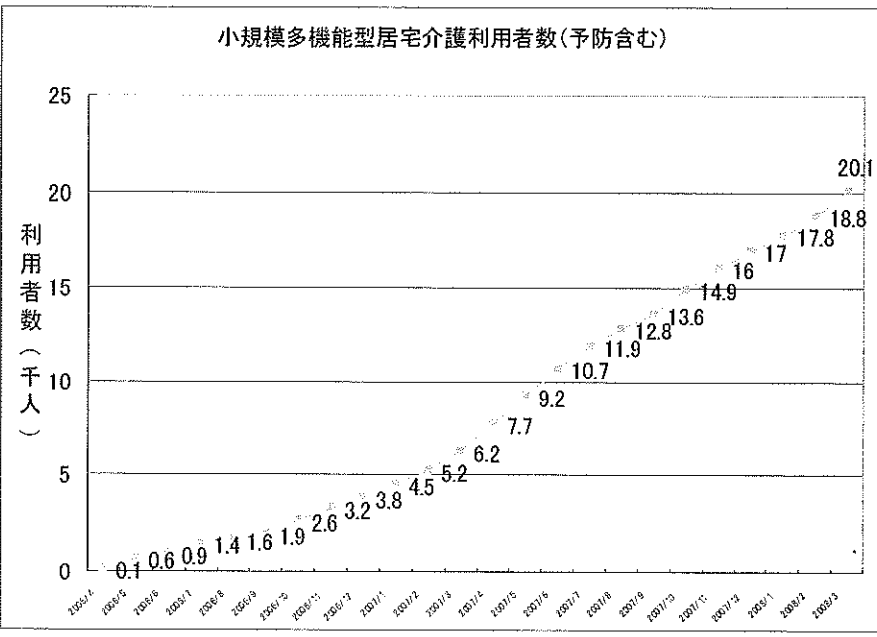
【小規模多機能型居宅介護の導入の経緯】

○ 「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】

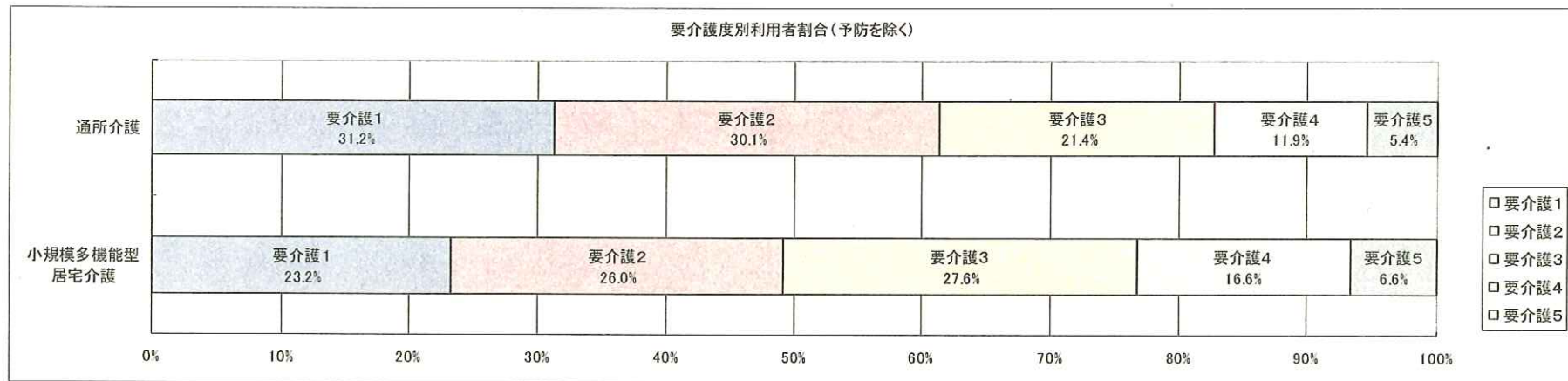
○ 小規模多機能型居宅介護(予防含む)の利用者数は約20.1千人、事業所数は1,373カ所となっている。(平成20年4月審査分)



(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

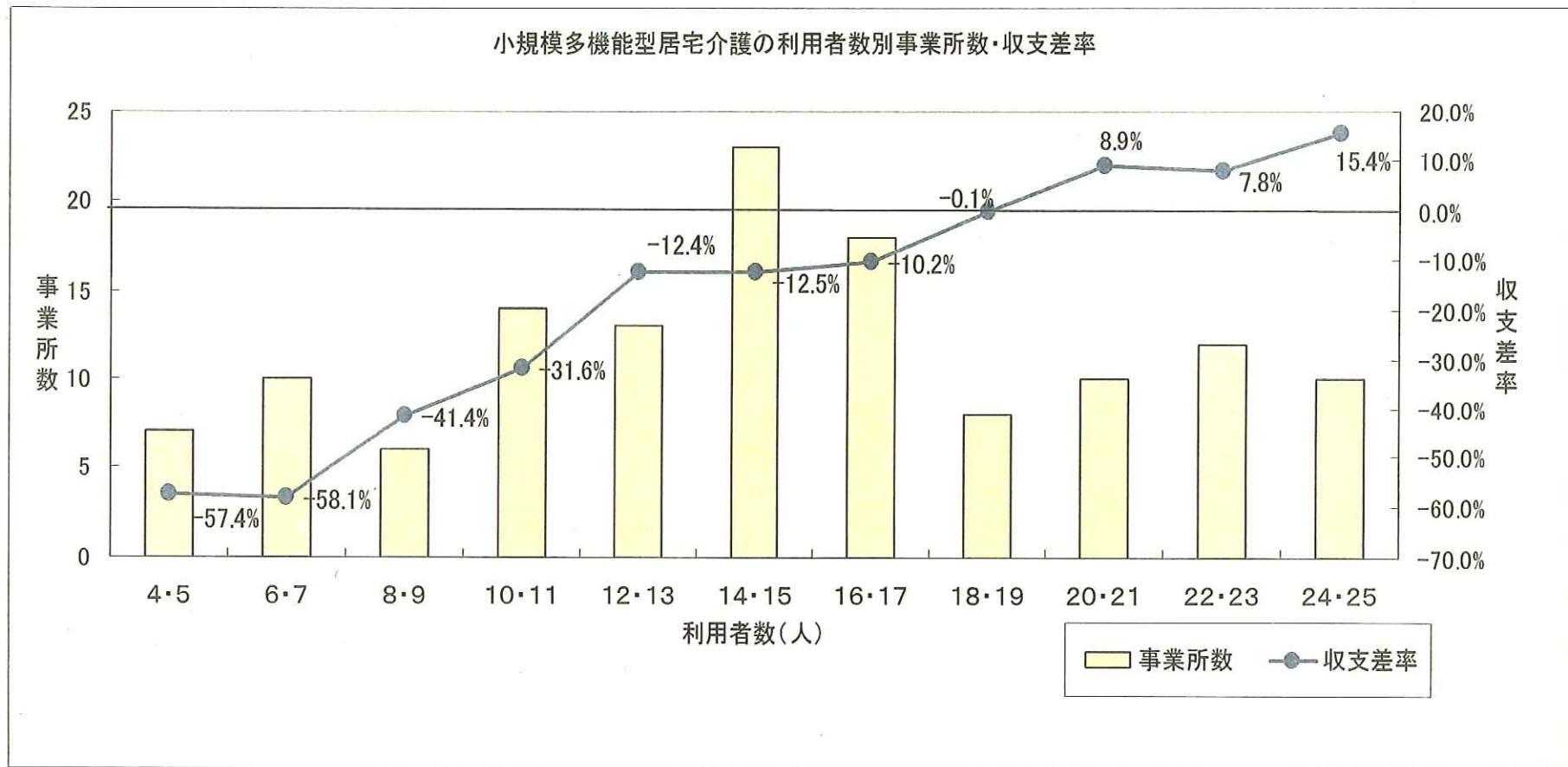
看護職員の配置の現状

	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

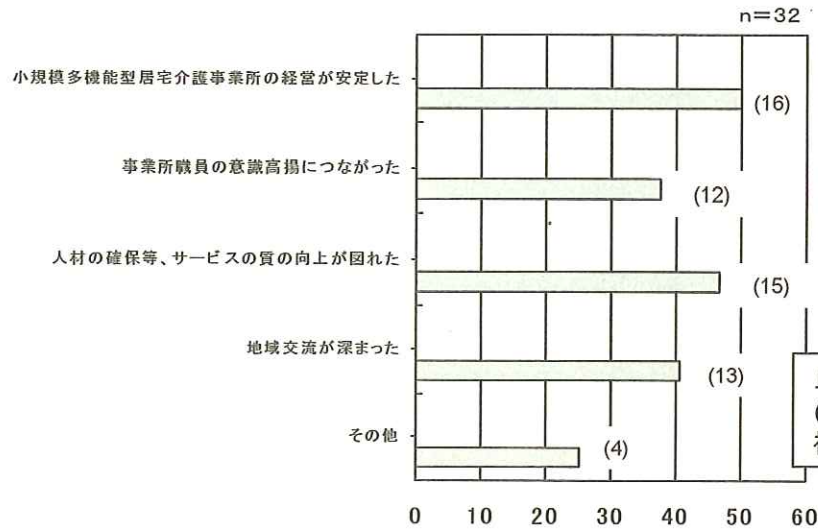
500単位 = (一)

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

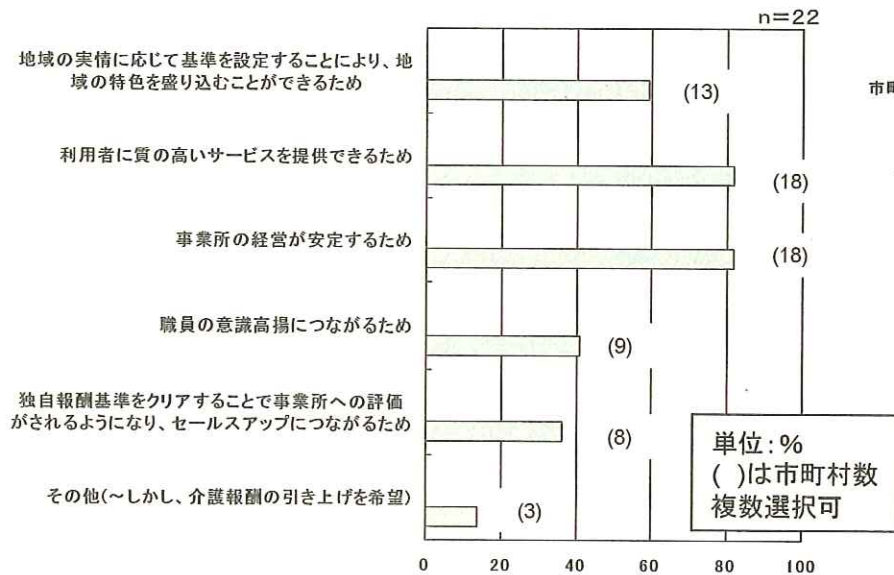
① 市区町村独自報酬施行後どのような成果がありましたか。



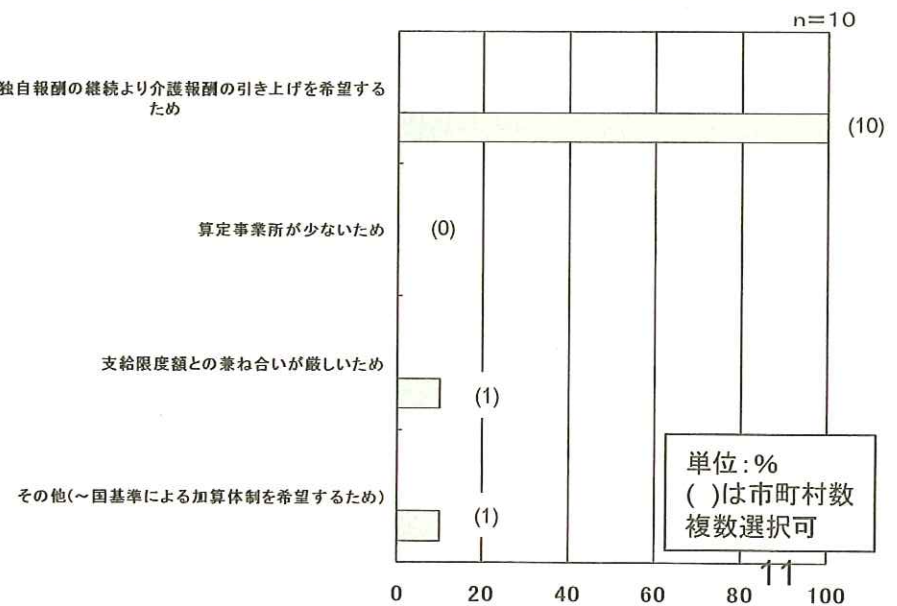
②-1 市区町村独自報酬の制度につき、今後も継続を希望しますか。

希望する 68.7%(22市町村)
希望しない 31.3%(10市町村)

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。



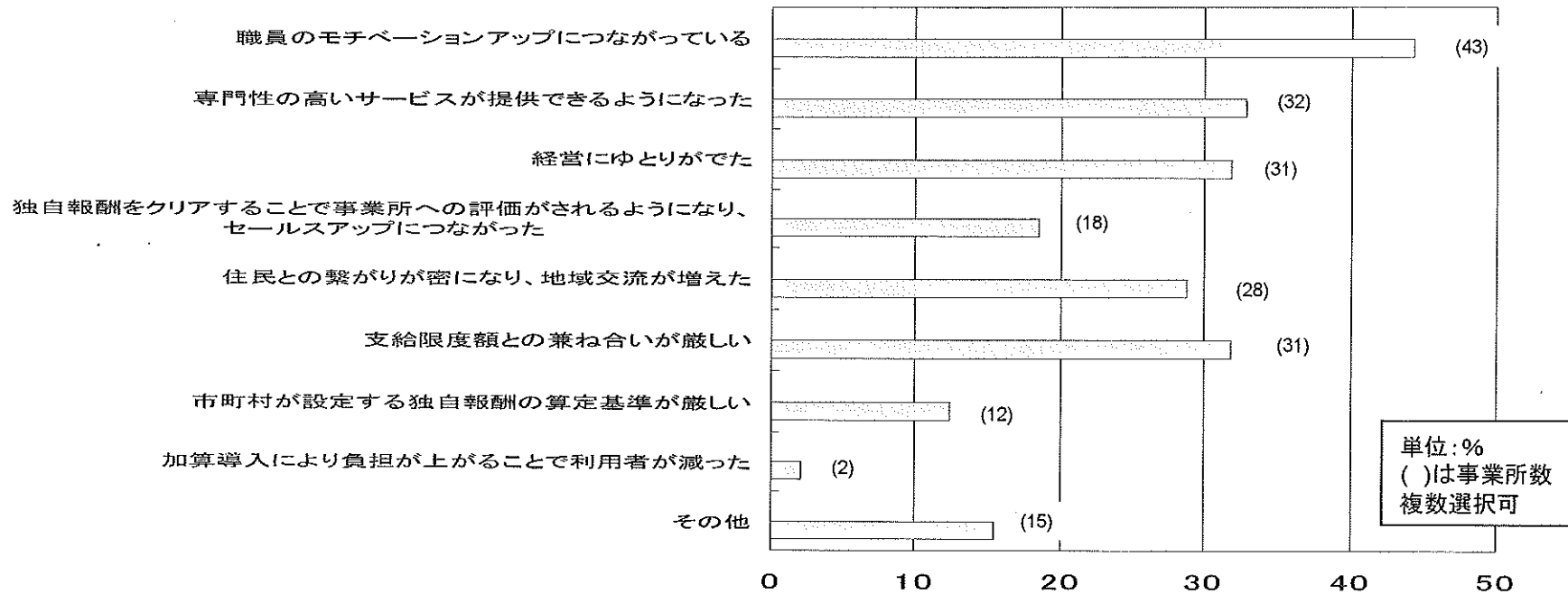
②-2 「②-1」で「希望しない」と回答した場合のみ、理由をお答え下さい。



● 事業所からの意見に関する項目

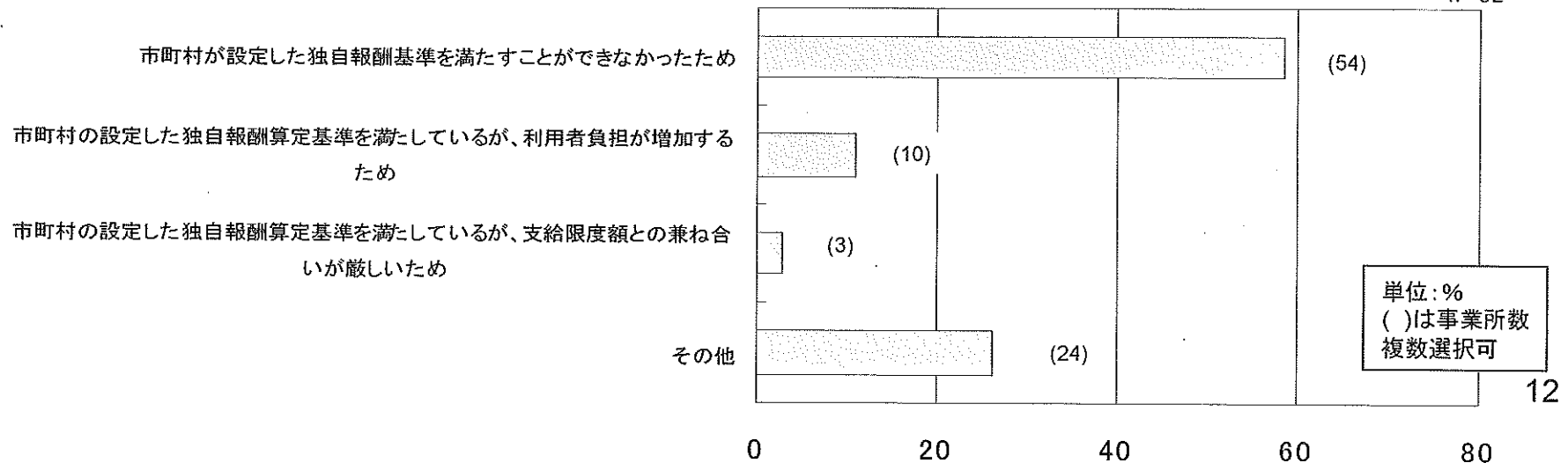
③ 市町村独自報酬導入の効果等につき、独自報酬を算定している事業所の意見として聞かれるものをお答え下さい。

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うが、従事者の給料をどの程度引き上げるのか。その結果、介護報酬はどの程度引き上がり、保険料はどの程度引き上がるのか。明確な説明が必要。
- 人材確保対策は意味があること。
- 特にヘルパーの処遇改善は考えてほしい。
- 介護従事者の人材確保対策は、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はどうか。
- 介護職員の給与水準をどの程度にすることが必要かという点を整理すべき。
- 人材育成の観点から介護従事者の賃金水準をどの程度にするかという議論が必要。その際、施設職員については年功給のイメージが合致するが、訪問・通所系の職員については能力給のイメージが合致する。いずれにせよ、生活給の視点も必要。
- 限られた財源を有効に使う観点から、今回の介護報酬改定をいかに質の向上に結びつけるかという視点が必要。給与水準が高いから介護サービスの質が高いとは限らないが、給与水準が低いと介護サービスの質が低下することは間違いない。
- 介護サービスの提供で生計を立てている者については生活給を保障する視点からの議論が必要。一方、自ら選択してパートタイムで働いている方については、「103万円の壁」があることから、時給を引き上げても就労時間を抑制す

るだけである。

- 人材確保の観点から介護従事者の給与水準を議論するのであれば、他職種・全産業との比較も重要ではないか。
- 人材確保の観点から、介護従事者が現行の介護報酬で生計を立てていけるのか、望ましい給与水準はどの程度で現状の水準はどうかという分析が必要。

【キャリアアップに関する意見】

- 介護職員としてキャリアを積むとこれだけの仕事ができるという道筋が示されればやる気が出るのではないか。
- 介護職員の配置や専門職を評価するシステムが必要。有資格者の評価や各団体の研修の評価、キャリアアップの仕組みの構築を介護報酬体系上において明確にすべき。
- サービス提供責任者については、常勤でなければならないので、非常勤で優秀な人をサービス提供者にするという柔軟な対応ができない。
- 勤続年数が長いことを報酬上、評価することはできないか。
- サービス提供責任者に対する何らかの評価が必要。
- 訪問介護の管理者に特段の任用要件がないのはいかがか。何らかの資格が必要ではないか。
- 介護従事者のキャリアアップに関しては、事業主に対する支援や事業主団体等による取組も必要である。介護報酬が主力ではない。
- 事業主の人事労務管理により変動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余地があるのではないか。
- 通所系サービスを特別地域加算の対象とすることを検討してほしい。
- 中山間地域に居住する者へのサービス提供に係る移動コストについては、介護保険（介護報酬）で手当すべきものなのか。
- 人件費の地域差を適切に反映させる仕組みは当然必要だと考えるが、改定後に検証を行うことが重要。
- 中山間地域におけるサービス提供に加算をすると、利用者負担が上がることか

ら、そうした地域に住む者に必要なサービスが提供されない恐れがあるのではないか。

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いい。
- 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「600時間」

の研修が、介護従事者にとっては離職のインセンティブとならないか。

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

社保審一介護給付費分科会	
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る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応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」の定義を明確にしていきたい。

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み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) 通減制について

担当件数すべてにかかる通減制ではなく、40件を超えた件数に対してのみの通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。



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。



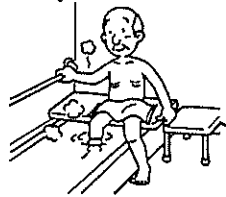
給付を伴わないインフォーマルサービスのみのケアプラン評価

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

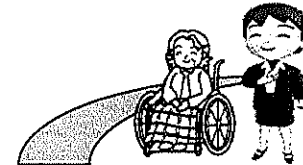
自立支援のためにケアプラン作成がなくても住宅改修サービスは提供される。必要な理由書作成業務には時間が費やされている。



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。

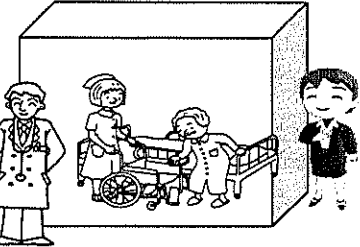
入院入所時情報提供・連携加算



介護支援専門員



居宅



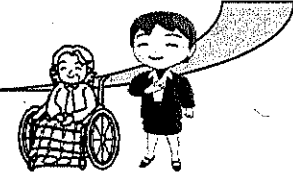
医療機関・施設

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)

退院退所時連携加算



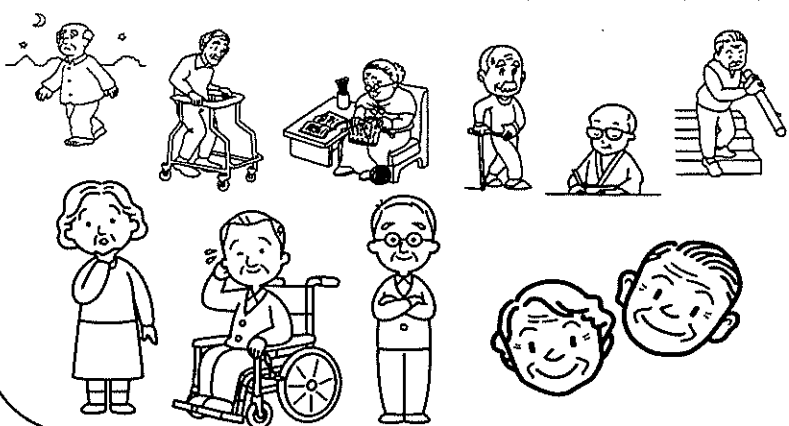
【平成21年4月介護報酬改定にあたっての提言
(平成20年11月14日)より抜粋して作図】

© 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

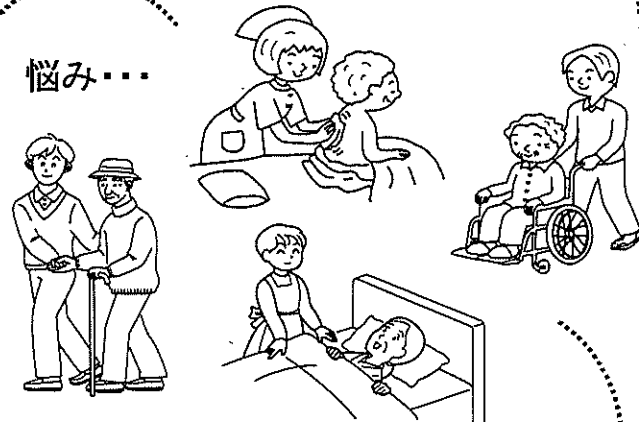
100 : 1

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)

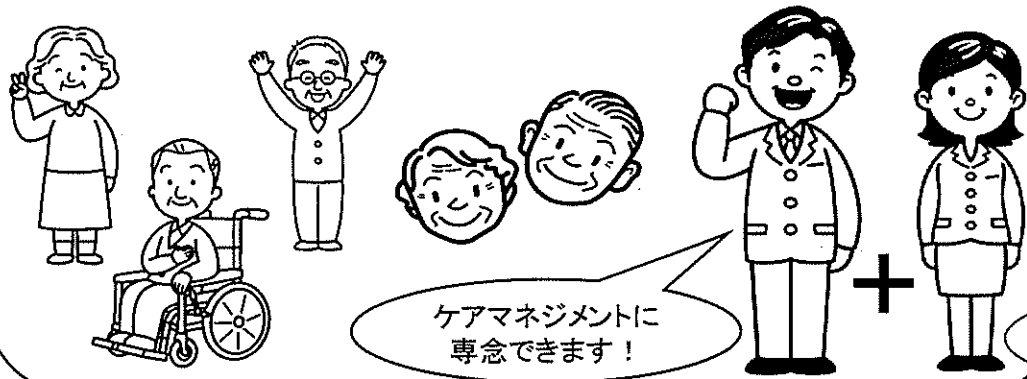
悩み...



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



**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】

© Japan Care Manager Association