

2018年度介護報酬改定について

平成30年度介護報酬改定で、通所介護・地域密着型通所介護は、下記の内容が、変更及び追加事項として協議されております。

- ① 新たな機能訓練加算の創設
- ② 運営推進会議の開催方法の緩和
- ③ 基本報酬の見直し

国は、通所介護・地域密着型通所介護の役割として

自立支援及び重度化の防止

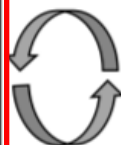
に取り組むサービスを実現させる！

3. 介護分野の対応

- 介護保険法では**自立支援がその目的**と明記されているにも関わらず、**実際には入浴、排泄、食事介助といった介助中心で、自立支援の取組が全国で広く行われている状況ではない。**そもそも、**どのような状態に対してどのような介護が効果的について国として体系的に定まってい**ない。
→ 全国で自立支援に資する質の高い介護を実現していくためには、**効果的な介護の在り方の構造化・標準化と、自立支援を後押しする報酬体系**としていくことが必要。
- 介護現場の**人材不足が喫緊の課題**である中、効率化・負担軽減やリハビリに活用できるロボット・センサーや、AIを活用した最適なケアプランの提示等、**技術革新の介護現場への実装に向けた研究や開発**が進んでいる。
→ 限られた人員でも自立支援に資する質の高い介護を実現するため、**研究開発の後押し**に加え、その成果を、**報酬体系や、人員・施設基準等の制度に位置づけていくことが必要。**

3. 自立支援介護の全国展開、 介護報酬への組み込み

- 自立支援のための**介護の構造化・標準化**（どのような状態に対してどのような介護が効果的か、自立支援に資する介護の内容はどのようなものかを定める）に向けて、**早急に検討を開始し、来年秋までに取りまとめるべき。**
- 自立支援に向けた自治体の取組へのインセンティブ付けを行うとともに、**2018年度介護報酬改定で、自立支援によって要介護度を改善させた事業所に対してインセンティブ措置を導入すべき。**
- 構造化・標準化された介護の内容を踏まえて、現場へ周知し、**教育課程にも盛り込むとともに、介護記録のデータの標準化と、入力負担軽減技術の開発、データ活用基盤の構築に、2018年度早期に着手すべき。**
- これにより得られるデータの**エビデンス**と、自立支援を行う**事業所の広がり**を踏まえ、**自立支援の標準的な取組を行わない事業所に対するディスインセンティブ**となる仕組みも検討すべき。
- 日本における自立支援介護の先進的な取組みを、先端モデルとして発信し、**アジア等における高度な介護人材の育成・還流につなげるべき。**



4. ロボット、AI等の技術革新の後押しと、 介護報酬や人員基準への組み込み

- **2018年度介護報酬改定で、ロボット（センサー含む）を活用した介護について、効率化・負担軽減効果を検証の上、介護報酬や人員・施設基準の見直しに反映すべき。**
- **2020年までには、AI支援によるケアプラン作成等、幅広い技術革新を制度に組み込む。**そのための**エビデンス構築を重点的に支援すべき。**
- 今の厚労省・経産省の**ロボット介護機器開発**に関する重点分野は、負担軽減だけでなく**自立支援に資するもの**となっているか。
左記の自立支援に資する介護の内容の検討とあわせて、最新の**技術革新の状況を踏まえつつ、再検証に直ちに着手し、来年夏までに取りまとめるべき。**

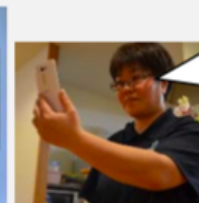
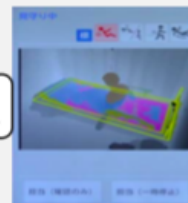
参考：介護現場でのセンサー・ICT等の活用

（2016年10月31日 構造改革徹底推進委員会 特別養護老人ホーム「みちのく荘」中山園長プレゼン資料より）



インカム
(トランシーバー)

タブレットを使った
記録の省力化



赤外線
センサーを
活用した
見守り
システム、
モバイルへ
の通知

3

P10 何故、通所介護事業所が、医療機関と連携を図るような案が出ているのか？

まず、未来投資会議というものがあります。

未来投資会議とは、「日本経済再生本部の下、第4次産業革命をはじめとする将来の成長に資する分野における大胆な投資を官民連携して進め、「未来への投資」の拡大に向けた成長戦略と構造改革の加速化を図るため、産業競争力会議及び未来投資に向けた官民対話を発展的に統合した成長戦略の司令塔として、未来投資会議(以下「会議」という。)を開催する。」というもので、その中に、「介護分野の対応」が平成28年11月10日に議論されました。

説明は次のページの資料

介護保険法における自立に関する規定について

○介護保険法（平成九年法律第百二十三号）

（目的）

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

議論の経緯

社保審一介護給付費分科会
第123回（H27.6.25）資料6

- 介護保険サービスにおける質の評価のあり方については、以前から社会保障審議会介護給付費分科会における今後の課題とされており、複数年にわたり調査研究事業等を実施し、検討を重ねているところ。

介護給付費分科会での議論の変遷

● 平成18年度 介護報酬改定に関する審議報告(抜粋)

サービスの質を確保するためには、利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組合せを多職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能することが最も重要である。(中略)さらに、利用者との意思疎通に基づく適切なケアマネジメントの実施を前提としつつ、サービスの質、機能などに応じ、プロセス、成果を積極的に評価する。制度改正により新たに導入される情報公表の仕組み等も踏まえ、利用者の視点に立ったサービスの提供を推進するとともに、不適切な事業者を適切に排除する観点から、今回の制度改正における事業者規制の見直しも踏まえ、基準の明確化を行いつつ、指導・監査の徹底を図る。

● 平成21年度 介護報酬改定に関する審議報告(抜粋)

介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を行うこと。

● 平成24年度 介護報酬改定に関する審議報告(抜粋)

介護サービスの質を評価するため、要介護度等の変化を介護報酬上評価することについて「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会」において検討が進められたが、要介護度等は様々な要因が複合的に関連した指標であり、その変化には時間がかかるとともに、利用者個人の要因による影響が大きいとの指摘がなされた。しかしながら、介護サービスの質を向上させることは、大変重要な課題であるため、まずは、要介護認定データと介護報酬明細書(レセプト)データを突合させたデータベースの構築を図るなどの手段により、具体的な評価手法の確立を図る。

● 平成27年度 介護報酬改定に関する審議報告(抜粋)

介護保険制度におけるサービスの質については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行い、状態の維持・改善を図れたかどうか評価することが必要である。このため、介護支援専門員による利用者のアセスメント様式の統一に向けた検討を進めるとともに、ケアマネジメントに基づき、各サービス提供主体で把握すべきアセスメント項目、その評価手法及び評価のためのデータ収集の方策等の確立に向けた取組を行う。

基本的な考え方とこれまでの取組

社保審一介護給付費分科会
第123回（H27.6.25） 資料6

介護サービスの質の評価の視点

○ サービスの質を踏まえた介護報酬については、以下のような3つの視点に分類でき、それぞれの特性に応じた介護報酬が導入されている。【参考3・4】

①ストラクチャー（構造）

- 人的配置等（人の加配等）

②プロセス（過程）

- 事業者と利用者間の相互作用等（要介護度別の基本報酬、訓練等の実施）

③アウトカム（結果）

- サービスによりもたらされた利用者の状態変化等（在宅復帰等）

介護報酬でのサービスの質の評価の導入経緯

	評価の特徴・考え方	主な介護報酬の例
ストラクチャー評価及びプロセス評価	<ul style="list-style-type: none"> • 介護保険制度創設時から導入されている。 • 成果にとらわれず、かけた手間や体制等を客観的に評価できる。 • <u>事業者は手間をかけること自体が評価されるため、サービス提供方法を効率的にするインセンティブや、利用者の状態改善等の効果をあげようとするインセンティブが働きにくい。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <サービス共通> 要介護度別の基本報酬 • <訪問看護> 特別管理加算 • <特養> 看護体制加算 等
アウトカム評価	<ul style="list-style-type: none"> • 平成18年度に介護予防サービスにおいて初めて導入され、<u>アウトカム評価が可能なものについては、加算の見直し・拡充等により、順次導入が進められている。</u> • <u>より効果的・効率的な介護サービスの提供に向けた取組を促すには、利用者の状態改善等のアウトカム（結果）の観点からの評価を活用することが適していると考えられる。</u> • 事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別する等、いわゆるクリームスキミングが起こる可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> • <介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション> 事業所評価加算（要介護度の維持・改善を評価） • <老健> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（在宅復帰を評価） • <訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション> 社会参加支援加算（リハビリテーションによる社会参加を評価）

介護報酬上の主な介護サービスの質の評価（例）

社保審一介護給付費分科会
第123回（H27.6.25）資料6

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
サービス共通		・要介護度別の基本報酬(H12-)	
訪問介護・介護 予防訪問介護	・ヘルパー2級であるサービス提供 責任者に係る減算(H24-)	・生活機能向上連携加算(H24-)	
訪問看護・介護 予防訪問看護	・サービス提供体制強化加算(H21-)	・特別管理加算(H12-)	
訪問リハビリテー ション	・サービス提供体制強化加算(H21-)	・短期集中リハビリテーション実施加算(H18-) ・リハビリテーションマネジメント加算(H18-)	・社会参加支援加算(H27-)
通所介護	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・中重度ケア体制加算(H27-) ・認知症加算(H27-)	・個別機能訓練加算(H21-)	
通所リハビリテー ション	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・中重度ケア体制加算(H27-)	・リハビリテーションマネジメント加算(H18-) ・短期集中個別リハビリテーション実施加算(H27-) ・生活行為向上リハビリテーション実施加算(H27-)	・社会参加支援加算(H27-)
介護予防通所介 護・介護予防通 所リハビリテー ション	・サービス提供体制強化加算(H21-)	・運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算 (H18-) ・生活機能向上グループ活動加算（介護予防通所介護）(H24-)	・事業所評価加算(H18-)
小規模多機能型 居宅介護	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・看護職員配置加算(H21-)	・総合マネジメント体制加算(H27-) ・看取り連携体制加算(H27-)	
介護老人福祉施 設	・看護体制加算(H21-)	・日常生活継続支援加算(H21-) ・看取り介護加算(H27-)	
介護老人保健施 設		・短期集中リハビリテーション実施加算(H18-) ・ターミナルケア加算(H21-)	・在宅復帰・在宅療養支援機能加算(H24-)
介護療養施設		・褥瘡対策指導管理(H15-) ・感染対策指導管理(H15-)	
施設系（横断）	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・夜勤職員配置加算(H21-)	・経口維持加算(H18-) ・口腔衛生管理加算(H27-)	

- ・（ ）内は、加算が新設された時期を記載した。
- ・ドナベディアン[®]の質の評価モデルに基づき、介護報酬の分類例を示した。全ての介護報酬を分類したものではない。
- ・複数の要素を算定要件としている加算については、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類した。

外部の通所リハ事業所等のリハビリ専門職との連携による機能訓練の推進について

個別機能訓練加算は機能訓練指導員を専従で多く必要があり、新たな人材確保が困難である。と意見があります。

そこで、上記のような質の高い個別機能訓練を行える評価を創設することが案として出ております。

具体的には、

通所介護職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることについて評価を行うというもの。

- ① 訪問・通所リハ、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- ② リハビリテーション専門職と連携して個別機能訓練計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと

P7 小規模型の施設で、個別機能訓練加算を算定しない施設は、7割弱となります。

加算を算定しない理由 TOP3（個別機能訓練加算Ⅱを抜粋）

- 1 機能訓練指導員を専従で配置することが難しい 64.8%
- 2 個別機能訓練加算の作成が難しい 22.2%
- 3 利用者負担が増えるため 13.6%

上記3点に関しては、皆様の施設でも共通する部分だと感じております。

Barthel Index(バーセルインデックス評価)で評価することが議論されている。

Barthel Indexとは？

日常生活動作(ADL)を評価する方法のひとつ。

「バーセルインデックス(Barthel Index)食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、移動、階段昇降、更衣、排便自制、排尿自制の10項目を、自立、部分介助など数段階の自立度で評価する。

レベル分けの基準が項目ごとに具体的に設定されているため

理解しやすく簡単に使用でき、広く活用されている。

自立度に応じて点数を設定しており、完全に自立している場合は100点になる。

目安として、総合点数が40点以下ならほぼすべての項目に介助が必要、60点以下では起居移動動作を中心に介助が必要だと推測することができる。」

アウトカム評価の創設

通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から

一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合に評価する。

機能訓練に係るアウトカム評価

バーセルバデックス Barthel Index ; 機能的評価

	点数	質問内容	得点
1 食事	10 5 0	自立、自助員などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助 などえば、おかずを切って細かくしてもらう 全介助	
2 車椅子から ベッドへの移動	15 10 5 0	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む、非行自立も含む 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能	
3 整容	5 0	自立、洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り 部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10 5 0	自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 全介助または不可能	
5 入浴	5 0	自立 部分介助または不可能	
6 歩行	15 10 5 0	45M以上の歩行、補装具、車椅子、歩行器は除くの使用の有無は問わず 45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能 上記以外	
7 階段昇降	10 5 0	自立、手すりなどの使用の有無は問わない 介助または監視を要する 不能	
8 着替え	10 5 0	自立、靴、フラスナー、装具の着脱を含む 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 上記以外	
9 排便のコントロール	10 5 0	失禁なし、流膿、坐薬の取り扱いも可能 ときに失禁あり、流膿、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	
10 排尿のコントロール	10 5 0	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	

合計得点
100

意識の指標 (Vitality Index)

	点数	質問内容	得点
1 起床 (Wake up)	2 1 0	いつも定時に起床している 起こさないで起床しないことがある 自分から起床することはない	
2 意思疎通 (Communication)	2 1 0	自分から挨拶する、話し掛ける 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる 反応がない	
3 食事 (Feeding)	2 1 0	自分から進んで食べようとする 促されると食べようとしめない 食事に関心がない、全く食べようとしめない	
4 排泄 (On and Off Toilet)	2 1 0	いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿排便を伝える 時々、尿意便意を伝える 排泄に全く関心がない	
5 リハビリ活動 (Rehabilitation, Activity)	2 1 0	自らリハビリに積極的に参加することを求める 促されて向かう 拒否、無関心	


合計得点
10

(うらもあります)

機能訓練に係るアウトカム評価

登録時65歳以上の方に、問診による票査を行って下さい。 Barthel Index, Viality Index, MMSE)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

	質問内容	得点
1	今年は何年ですか (点) 今の季節は何ですか (点) 今日は何曜日ですか (点) 今日は何月 (点) 何日 (点) ですか	
2	ここは何県ですか (点) ここは何市ですか (点) ここは何病院ですか (点) ここは何階ですか (点) ここは何地方ですか (点) 関東地方 (点)	
3	3点 正答1個につき1点 相互に無関係な物品名3個の名前を、検者が一秒間に一個ずつ言い、その後、患者さんに繰り返してもらいます 3例全て言うまで繰り返してもらいます (点)	
4	5点 正答1個につき1点 あるいは「ソシヤ」を逆唱してもらいます 100 から順に7を引き答えさせる (点) 回まで	
5	3点 正答1個につき1点 3で示した物品名を再度復唱してもらいます	
6	2点 時計を見せながら「これはなんですか (点) 鉛筆を見せながら「これはなんですか (点)	
7	1点 次の文章を繰り返し言ってもらいます みんなで力をあわせて橋を引きます、	
8	3点 1段階の指示を患者さんにして下さい 右手にこの紙を持って下さい (点) それを半分に折りたたんで下さい (点) 机の上に置いて下さい (点)	
9	1点 次の文章を読んでその指示に従ってもらって下さい 目を閉じて下さい、	
10	1点 口頭で指示して下さい 何か文章を書いて下さい、	
11	1点 下の図形と同じものを書いて下さい 	

合計得点
30

氏名	イニシャル	
性別	D	

調査日： 年 月 日 担当

各得点を登録票に転記し、登録票のみご提出下さい。この用紙は、お手元で保管願います。

利用者の心身の機能の維持を促進する観点から

現行の機能訓練指導員の対象資格

- ・理学療法士
- ・作業療法士
- ・言語聴覚士
- ・(准)看護師
- ・柔道整復師
- ・あんまマッサージ指圧師

左記に加え



一定の実務経験を有する

はり師・きゅう師を追加

現時点では、実務経験は半年以上と
考えられている。

介護給付分科会 第153回(H29.11.29) 資料5より

地域密着型通所介護の運営推進会議の効率化や、事業所間ネットワーク形成の促進などの観点から現在認められていない複数の事業所の合同開催が可能となります。

合同開催するためには、下記の要件を満たす必要があります。

- 1、利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。
- 2、同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。

2については、市区町村内の事業所になると思います。

今まで2時間毎に設定されていた報酬単価が、1時間毎の設定に変更されることが案として出されております。

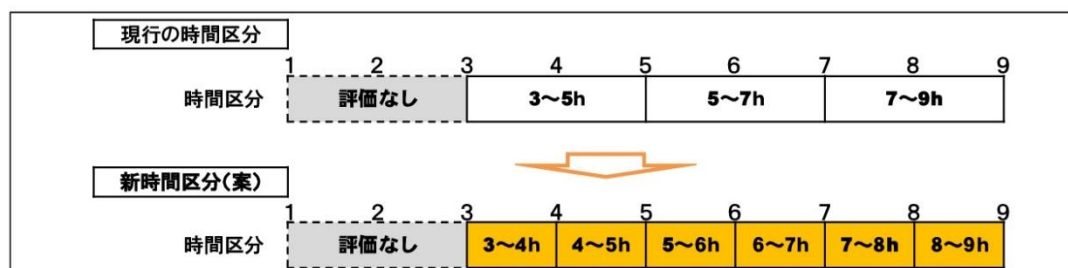
基本報酬のサービス提供時間区分の見直しについて

論点2

- 通所介護の基本報酬は、2時間ごとの設定としている（3時間以上5時間未満、5時間以上7時間未満、7時間以上9時間未満）。
※ 2時間以上3時間未満もあるが、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難な利用者が算定。
- 事業所の実際のサービス提供時間を見ると、3時間以上5時間未満は「3時間以上3時間半未満」にピークがあり、5時間以上7時間未満は「6時間以上6時間半未満」に、7時間以上9時間未満は「7時間以上7時間半未満」にピークがある。
- このサービス提供時間の実態を踏まえて、現行の基本報酬のサービス提供時間区分を見直してはどうか。

対応案

- サービス提供実態を適切に評価する観点から、時間区分を1時間ごとに見直してはどうか。



基本報酬のサービス提供時間区分の見直しについて【イメージ】

通所介護費（通常規模型）	(1) 3時間以上5時間未満	要介護1	380単位
		要介護2	436単位
		要介護3	493単位
		要介護4	548単位
		要介護5	605単位
	(2) 5時間以上7時間未満	要介護1	572単位
		要介護2	676単位
		要介護3	780単位
		要介護4	884単位
		要介護5	988単位
	(3) 7時間以上9時間未満	要介護1	656単位
		要介護2	775単位
		要介護3	898単位
		要介護4	1,021単位
		要介護5	1,144単位



通所介護費（通常規模型）	(1) 3時間以上4時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(2) 4時間以上5時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(3) 5時間以上6時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(4) 6時間以上7時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(5) 7時間以上8時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(6) 8時間以上9時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位

※通常規模型のイメージであるが、地域密着型、大規模型（Ⅰ）・（Ⅱ）いずれも考え方は同じ。

介護報酬のプラス改定と言われております。
しかし、新設の加算も設置されるため、基本報酬事態がプラスになるかどうか現時点では確定しておりません。

1時間毎になる事により影響を受けると考えられること

- ・現状の樹樂のサービス提供時間では8時間以上9時間未満の算定が困難
- ・7時間以上8時間未満の報酬単価が現在の7時間以上9時間未満以下になった際の減収
- ・延長加算を算定するためには8時間以上9時間未満の利用が必要

8時間以上9時間未満の時間帯で算定するためには

- ・サービス提供時間の変更

現状の利用時間帯に応じて各加盟店毎に変更する。

(例1: 8:00～17:00、8:30～17:30、9:00～18:00等)

(例2: 8:30～17:00、8:45～17:15、9:30～18:00等)

生活相談員をサービス提供時間相当分配置しないといけないので、1人体制の場合は出勤時間時間が限られてくる。

※1日のうち、管理者と相談員を兼務している場合は、別の相談員を配置する必要がある。

通所介護のサービス提供時間

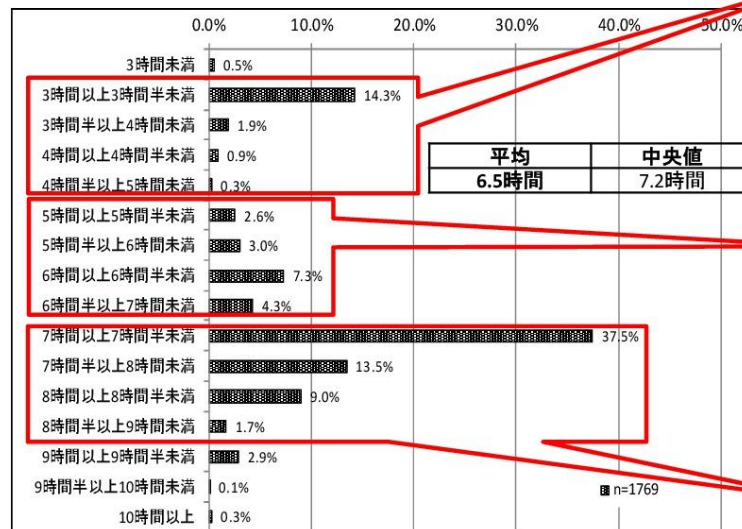
社保審一介護給付費分科会

第141回 (H29.6.21)

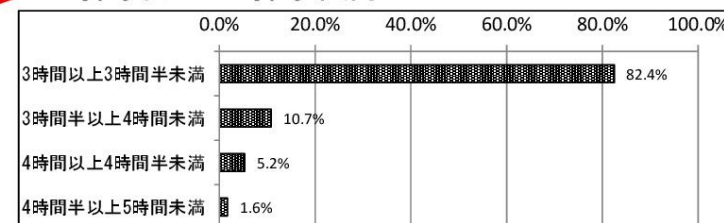
参考資料3 (抜粋)

- 事業所の実際のサービス提供時間を見ると、7時間以上9時間未満は「7時間以上7時間半未満」にピークがあり、5時間以上7時間未満は「6時間以上6時間半未満」に、3時間以上5時間未満は「3時間以上3時間半未満」にピークがある。

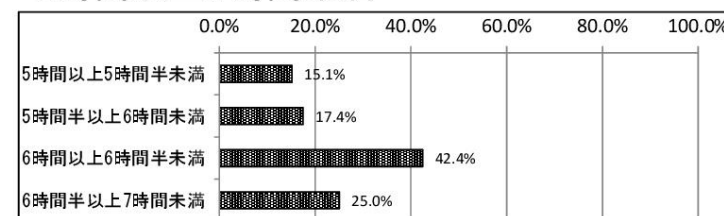
サービス提供時間(平日)



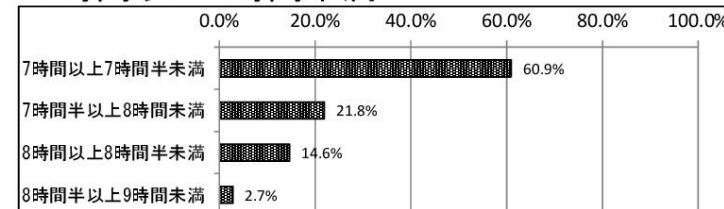
3時間以上5時間未満



5時間以上7時間未満



7時間以上9時間未満



サービス提供開始・終了時間(平日)

	開始時間	終了時間
全体	9:33	16:01
3時間以上5時間未満:午前開始	9:03	13:08
3時間以上5時間未満:午後開始	13:28	16:38
5時間以上7時間未満	9:33	15:48
7時間以上9時間未満	9:09	16:32

【出典】平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「通所介護等の今後のあり方に関する調査研究事業」(平成29年3月)

現状の提供時間ごとのピーク時間

「3時間以上5時間未満」

3時間以上3時間半未満・・・・・・82.4%

「5時間以上7時間未満」

6時間以上6時間半未満・・・・・・42.4%

「7時間以上9時間未満」

7時間以上7時間半未満・・・・・・60.9%

5時間以上7時間未満以外では、各区分の最短時間が半数以上を占めている。
現状に応じた報酬を設定するために1時間区分で報酬が見直される。

通所介護の経営状況とサービス提供1人当たりの管理的経費

- 通所介護の経営状況について、規模別に比較すると、規模が大きくなるほど収支差率も大きくなっている。
- 管理的経費の実績を見ると、大規模型におけるサービス提供1人当たりのコストは、通常規模型と比較して、大規模型（Ⅰ）は約11%、大規模型（Ⅱ）は約12%低い結果となっている。

（出典）厚生労働省「平成29年度介護事業経営実態調査」

＜収支差率＞

	地域密着型通所介護 (定員18人以下)	通所介護 (定員19人以上)		
1月当たり延べ利用者数 (報酬上の区分)	— (小規模型)	750人以下 (通常規模型)	751～900人 (大規模型(Ⅰ))	901人以上 (大規模型(Ⅱ))
収支差率 ※ 収支差率＝税引前利益(収入－支出)／収入。括弧内は税引後収支差率。	2.0%(1.6%)	3.4%(3.2%)	7.9%(7.7%)	10.0%(9.5%)
		4.9%(4.7%)		
		4.2%(3.9%)		

＜大規模型と通常規模型の管理的経費＞ (サービス提供1人当たりの比較)

通常規模型	大規模型(Ⅰ)	大規模型(Ⅱ)
2,715円	2,405円	2,400円

※ サービス提供1人当たりに要する管理的経費を事業所規模別で比較すると大規模型(Ⅰ)が11.4%、大規模型(Ⅱ)が11.6%低い(≡スケールメリットが働いている)。

17

一般企業の平均利益率が2.6%に対して、通所介護では下記のようにになっている。

地域密着型通所介護

2.0%(1.6%)

通常規模

3.4%(3.2%)

大規模Ⅰ

7.9%(7.7%)

大規模Ⅱ

10.0%(9.5%)

※()内は税引き後

通常規模以上は一般企業の平均を上回っていることもあり、基本報酬が減額される事が予想されます。

延長加算の単価の引き上げについて

論点 4

- 延長加算（50単位／時間。9時間以上～14時間未満まで）の単価を引き上げることに
ついては、6月21日の本分科会において、以下の意見があった。
 - 介護職員と、働きながら介護をする家族介護者の両方について、働き方改革に逆行する可能性があること
 - 夜間帯に対応できる介護人材の確保が困難であること
 - 保育と介護では利用の様態が異なっているため、同列に議論すべきではないこと
※保育は週5日である一方、通所介護は週2～3日
※高齢者は子どもと違い、一人で家にいることも可能
- また、調査研究によると、利用者家族の延長サービスのニーズは比較的低い。
- このことを踏まえ、仕事と介護の両立の観点からの通所介護の長時間化のニーズに対応するため、延長加算の単価を引き上げることにについて、どう考えるか。

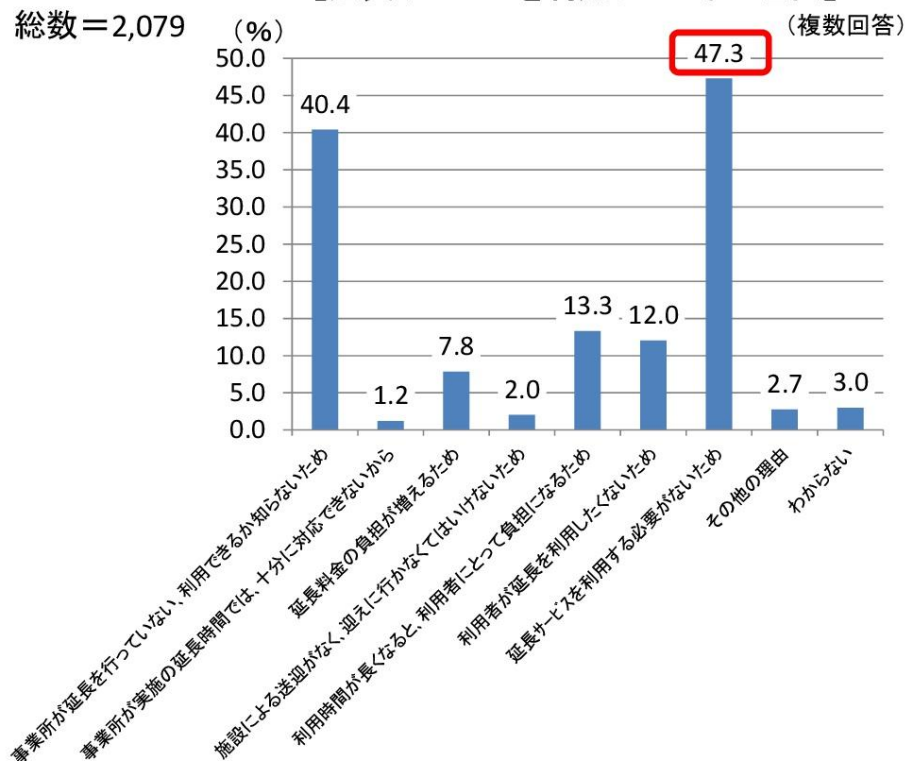
対応案

- 単純に延長加算を引き上げることによる長時間サービスへのインセンティブ付けには懸念を示す意見が多数出たことや、延長ニーズが比較的低いことを踏まえ、慎重に検討すべきではないか。

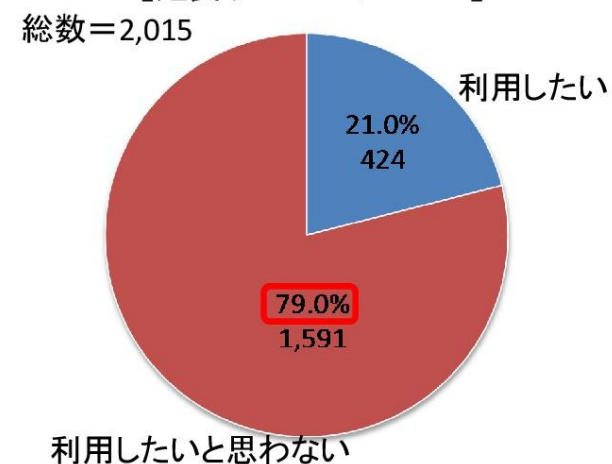
通所介護の延長サービスの利用ニーズ等

- 通所介護利用者のうち、延長サービスを利用していない家族に対し、延長サービスを利用していない理由を尋ねたところ、「延長サービスを利用する必要がないため」が47.3%。
- また、延長サービスを利用したいか尋ねたところ、「利用したいと思わない」が79.0%。家族の就労状況別に見ても傾向は変わらない。

【延長サービスを利用していない理由】



【延長サービスのニーズ】



【就労状況別の延長サービスのニーズ】

家族の就労状況	利用したい	利用したいと思わない
フルタイム就労	22.6%	77.4%
パートタイム就労	19.9%	80.1%
自営、個人経営	21.4%	78.6%
仕事には就いていない	20.6%	79.4%

【出典】平成29年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「通所介護に関する調査研究事業」(中間集計値) ※3つのグラフ・表とも無回答を除く。

新設される共生型サービスの指定基準と報酬体系が審議される。共生型サービスとは、介護保険サービスと障害福祉サービスの同一事業所における一体的な提供を可能とすることをいう。介護保健サービス分野の指定基準と報酬体系は介護給付費分科会で、障害福祉サービス部分の報酬体系は障害者部会で、それぞれ審議される。