

訪問介護・訪問入浴介護

訪問介護

訪問介護の概要

定義

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

※「訪問介護員等」

介護福祉士、実務者研修修了者（450h）、介護職員初任者研修修了者（130h）、生活援助従事者研修修了者（59h・生活援助中心型のみ提供可能）、居宅介護又は重度訪問介護を提供している者（共生型サービスのみ提供可能）、旧介護職員基礎研修修了者（500h）、旧訪問介護員1級課程修了者（230h）、又は旧訪問介護員2級課程修了者（130h）をいう

訪問介護のサービス類型

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の3類型に区分される。

- ① 身体介護 >> 利用者の身体に直接接触して行われるサービス等
 （例：入浴介助、排せつ介助、食事介助 等）
- ② 生活援助 >> 身体介護以外で、利用者が日常生活を営むことを支援するサービス
 （例：調理、洗濯、掃除 等）
- ③ 通院等乗降介助 >> 通院等のための乗車又は降車の介助（乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む）

訪問介護のサービス内容

身体介護（例）

- 1-0 サービス準備・記録等：サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック（利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック）／環境整備（換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等）／相談援助、情報収集・提供／サービス提供後の記録等
- 1-1 排泄・食事介助：排泄介助（トイレ利用・ポータブルトイレ利用・おむつ交換）／食事介助／特段の専門的配慮をもって行う調理
- 1-2 清拭・入浴、身体整容：清拭（全身清拭）／部分浴（手浴及び足浴・洗髪）／全身浴／洗面等／身体整容（日常的な行為としての身体整容）／更衣介助
- 1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- 1-4 起床及び就寝介助
- 1-5 服薬介助
- 1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

生活援助（例）

- 2-0 サービス準備等：サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック（利用者の安否確認、顔色等のチェック）／環境整備（換気、室温・日あたりの調整等）／相談援助、情報収集・提供／サービスの提供後の記録等
- 2-1 掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃／ゴミ出し／準備・後片づけ
- 2-2 洗濯：洗濯機または手洗いによる洗濯／洗濯物の乾燥（物干し）／洗濯物の取り入れと収納／アイロンがけ
- 2-3 ベッドメイク：利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 2-4 衣類の整理・被服の補修：衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）／被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
- 2-5 一般的な調理、配下膳：配膳、後片づけのみ／一般的な調理
- 2-6 買い物・薬の受け取り：日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）／薬の受け取り

※上記は「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）抜粋

通院等乗降介助（イメージ）



介護保険	・乗車の介助 ・屋内外における移動等の介助		・降車の介助 ・屋内外における移動等の介助 ・受診等の手続		・乗車の介助 ・屋内外における移動等の介助 ・薬等の受取等		・降車の介助 ・屋内外における移動等の介助	
	98単位（片道につき算定）				98単位（片道につき算定）			
それ以外	輸送サービス(※)		医療サービス等		輸送サービス(※)			

※輸送サービスの実施には、道路運送法上の許可・登録が必要。移送に係る経費（運賃）は、介護保険の対象ではない。

訪問介護の基準

必要となる人員・設備等

○訪問介護サービスを提供するために必要な職員は次のとおり

訪問介護員等	常勤換算方法で2.5以上
サービス提供責任者 (※)	介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧1級課程修了者 ・訪問介護員等のうち、利用者の数40人に対して1人以上 (原則として常勤専従の者であるが、一部非常勤職員でも可) ・以下の要件を全て満たす場合には、利用者50人につき1人 ○常勤のサービス提供責任者を3人以上配置 ○サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置 ○サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている場合 ※ 共生型訪問介護事業所においては、特例がある。
※サービス提供責任者の業務 ①訪問介護計画の作成、②利用申込みの調整、③利用者の状態変化やサービスへの意向の定期的な把握、④居宅介護支援事業者等に対する利用者情報の提供（服薬状況や口腔機能等）、⑤居宅介護支援事業者との連携（サービス担当者会議出席等）、⑥訪問介護員に対しての具体的援助方法の指示及び情報伝達、⑦訪問介護員の業務の実施状況の把握、⑧訪問介護員の業務管理、⑨訪問介護員に対する研修、技術指導等	
管理者	常勤で専ら管理業務に従事するもの

○訪問介護事業所の設備及び備品等は次のとおり

- ・事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画（利用申込の受付、相談等に対応できるもの）を有していること
- ・訪問介護の提供に必要な設備及び備品を備え付けていること

訪問介護の報酬

指定訪問介護の介護報酬のイメージ（1回あたり）

※加算・減算は主なものを記載

サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費

20分未満
166単位

20分以上30分未満
249単位

30分以上1時間未満
395単位

1時間以上
577単位に30分を増すごとに
83単位

〔**身体介護**：排せつ介助、食事介助、入浴介助、
外出介助等〕

20分以上
45分未満
182単位

45分以上
224単位

〔**生活援助**：掃除、洗濯、
一般的な調理等〕

通院等乗降介助 98単位

利用者の状態に応じたサービス提供や 事業所の体制に対する加算・減算

初回時等のサービス提供責任者による対応（200単位/月）

緊急時の対応※身体介護のみ
（100単位）

身体介護に引き続いた生活援助の提供
（20分以上で66単位、45分以上で132単位、70分以上で198単位）

夜間(18:00～22:00)又は早朝(6:00～8:00)のサービス提供（25%）
深夜(22:00～6:00)のサービス提供（50%）

リハビリテーション職等との連携
（100単位・200単位/月）

中山間地域等でのサービス提供
（5%・10%・15%）

特定事業所加算
（5%・10%・20%）

①研修等の実施
②介護福祉士等の一定割合以上の配置
③重度要介護者等の一定割合以上の利用

介護職員処遇改善加算
(Ⅰ)13.7% (Ⅱ)10.0%
(Ⅲ)5.5% (Ⅳ)加算Ⅲ×0.9
(Ⅴ)加算Ⅲ×0.8

介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ)6.3% (Ⅱ)4.2%

同一敷地内建物等に対するサービス提供
（▲10%・▲15%）

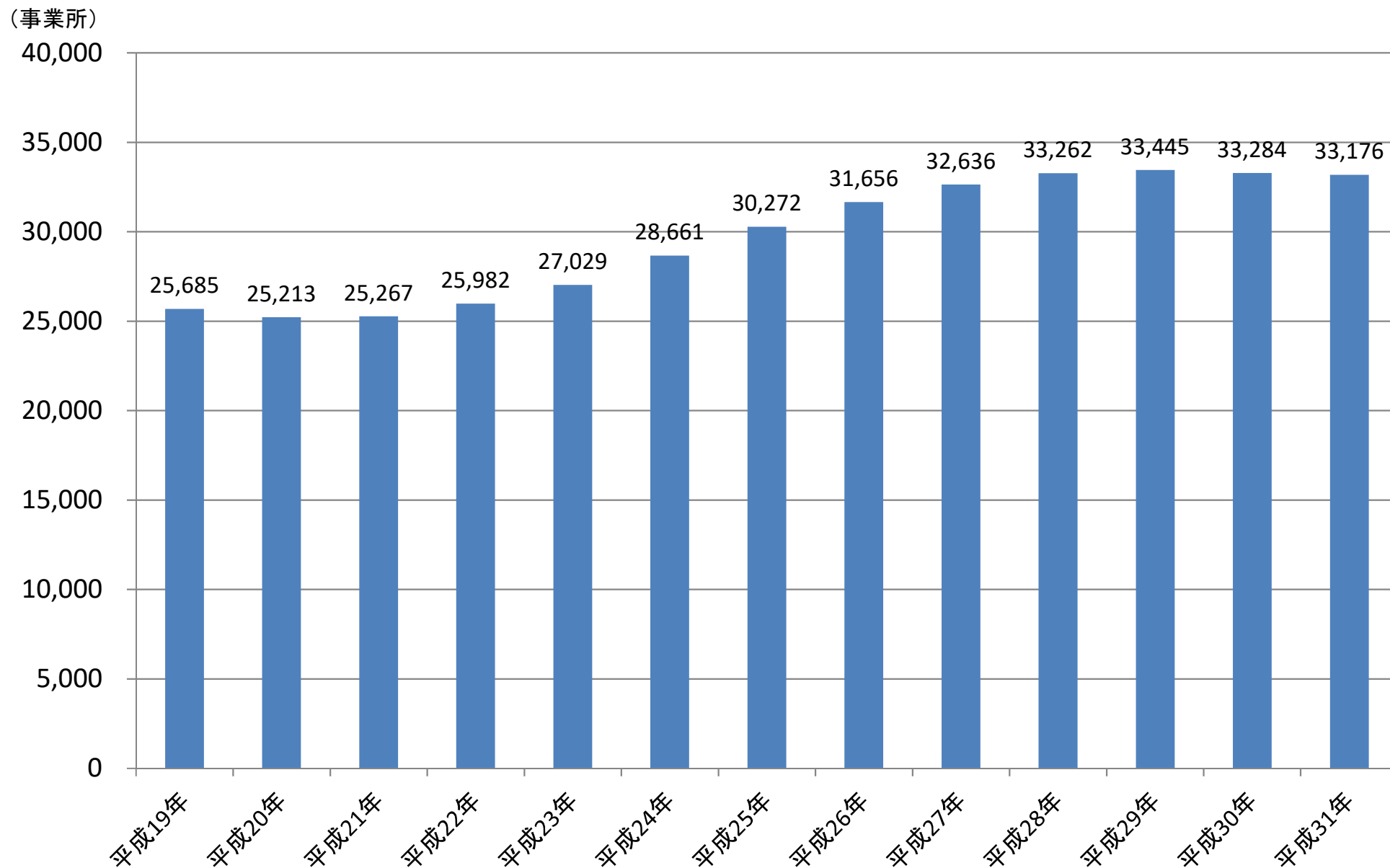
※点線枠の加算は区分支給限度額の枠外

訪問介護における各加算の算定状況

	単位数 (令和元年10月改定後)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)	回数 (単位:千回)	算定率 (回数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
		総数	7,313,162	総数	23 897.7	総数	33,082
訪問介護		7,313,162	100.00%	23,897.7	100.00%	-	-
身体介護	166単位～577単位 (1時間以上は30分を増すごとに+83単位)	4,444,625	60.78%	15,683.3	65.63%	-	-
身体介護・生活援助	上記に加えて+66・132・198単位	1,390,537	19.01%	3,586.0	15.01%	-	-
生活援助	182・224単位	904,237	12.36%	4,112.5	17.21%	-	-
通院等乗降介助	98単位	50,546	0.69%	498.7	2.09%	-	-
2人訪問介護加算	×200/100	49,371	0.68%	75.1	0.31%	6982	21.11%
夜間・早朝加算	+25/100	783,318	10.71%	2,962.0	12.39%	21076	63.71%
深夜加算	+50/100	218,011	2.98%	775.4	3.24%	4656	14.07%
特定事業所加算(Ⅰ)	+20/100	85,876	1.17%	1,610.9	6.74%	1344	4.10%
特定事業所加算(Ⅱ)	+10/100	147,322	2.01%	5,341.4	22.35%	7124	21.50%
特定事業所加算(Ⅲ)	+10/100	26,461	0.36%	1,010.6	4.23%	727	2.20%
特定事業所加算(Ⅳ)	+5/100	294	0.00%	21.9	0.09%	17	0.10%
共生型サービス居宅介護減算	×93/100	△ 2	0.00%	0.0	0.00%	1	0.00%
共生型サービス重度訪問介護減算	×93/100	△ 4	0.00%	0.0	0.00%	2	0.01%
同一建物減算(10%)	×90/100	△ 225,498	-3.08%	184.6	0.77%	8037	24.29%
同一建物減算(15%)	×85/100	△ 51,806	-0.71%	26.7	0.11%	464	1.40%
特別地域訪問介護加算	+15/100	26,006	0.36%	29.8	0.12%	1179	3.56%
中山間地域等における小規模事業所加算	+10/100	414	0.01%	1.3	0.01%	128	0.39%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5/100	310	0.00%	1.4	0.01%	265	0.80%
緊急時訪問介護加算	+100単位	432	0.01%	4.3	0.02%	1421	4.30%
初回加算	+200単位/月	10,052	0.14%	50.3	0.21%	17189	51.96%
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	+100単位/月	24	0.00%	0.2	0.00%	48	0.15%
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	+200単位/月	93	0.00%	0.5	0.00%	112	0.34%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	×137/1000	665,313	9.10%	800.0	3.35%	21362	64.57%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	×100/1000	74,903	1.02%	128.9	0.54%	3994	12.07%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	×55/1000(※)	25,213	0.34%	84.9	0.36%	3305	9.99%
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	×(※)×90/100	1,535	0.02%	5.2	0.02%	210	0.63%
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	×(※)×80/100	1,467	0.02%	5.4	0.02%	210	0.63%

- (注1)「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。
(注2)「算定率(回数ベース)」は、各加算の回数÷総回数により求めたもの。
(注3)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
(注4) 介護予防・日常生活支援総合事業は含まない。

訪問介護の請求事業所数

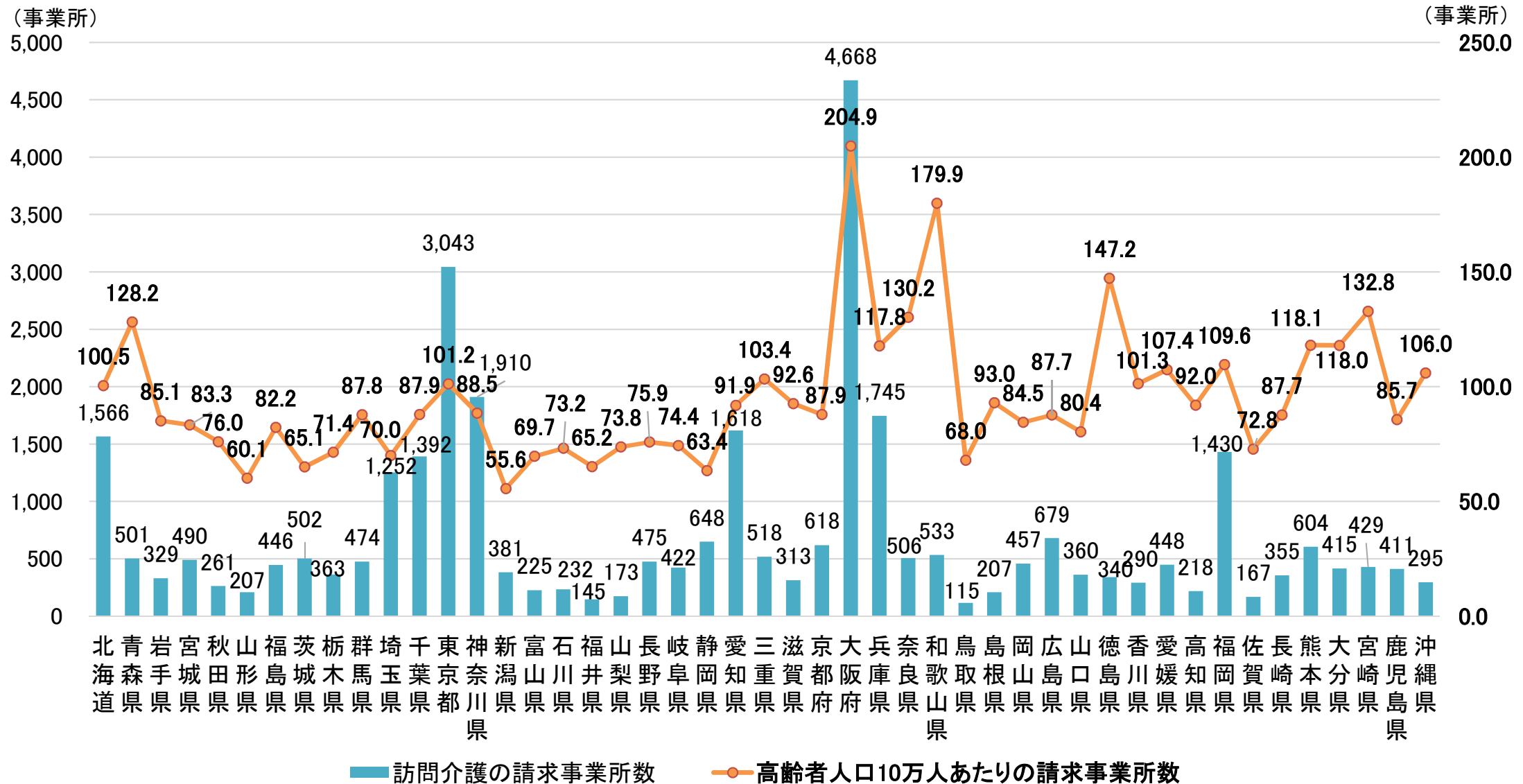


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業は含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」（各年4月審査分）

訪問介護の請求事業所数(都道府県別)



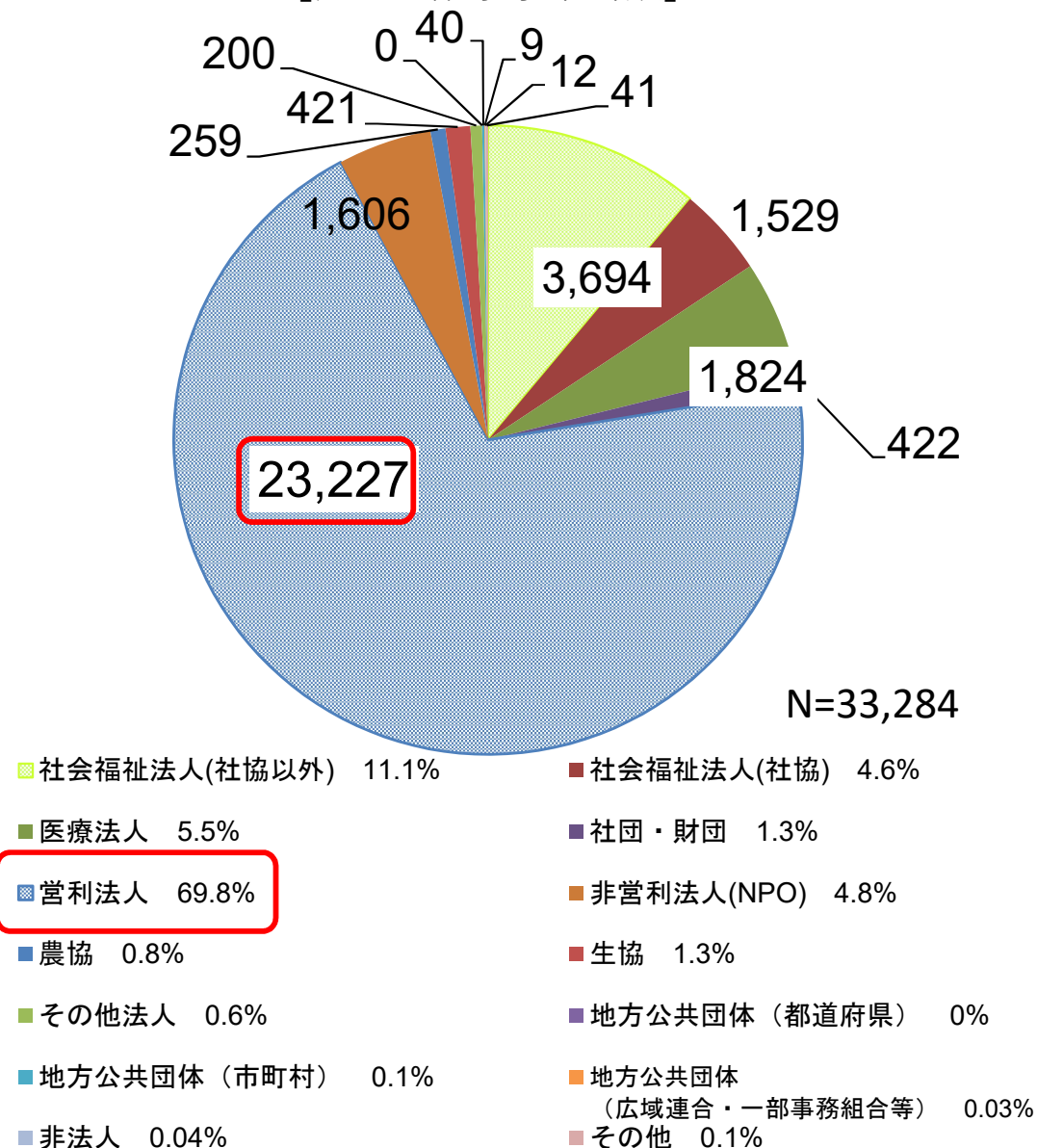
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

【出典】請求事業所数:厚生労働省「介護給付費等実態統計」(平成31年4月審査分)
高齢者(65歳以上)人口:平成27年国勢調査

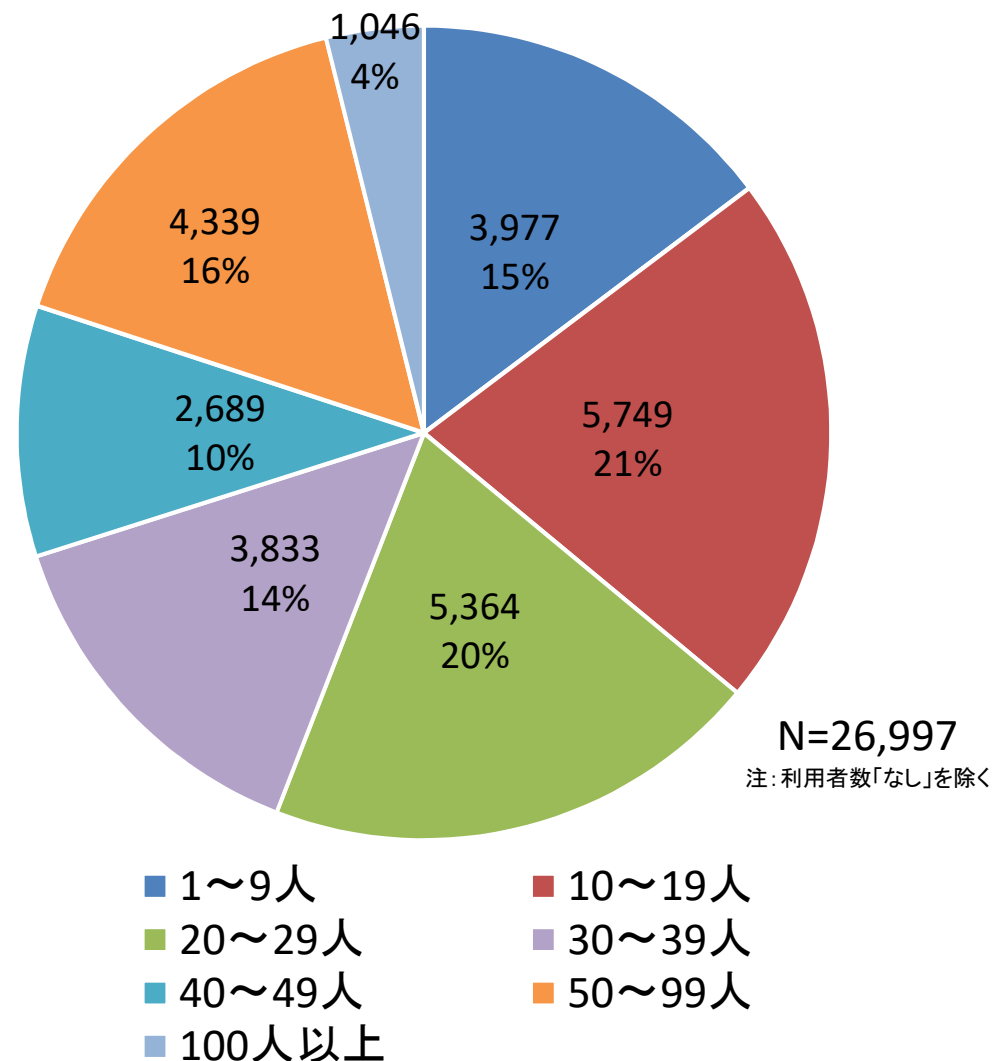
訪問介護の法人別請求事業所数、利用者数別事業所数

- 法人別の請求事業所数では、営利法人が全体の約7割を占めている。次いで社会福祉法人（社協以外）が多い。
- 利用者数別事業所数では、実利用者数49人以下の事業所が全体の8割を占めている。

[法人別請求事業所数]



[利用者数別事業所数]



訪問介護の要介護度別受給者数

(千人)

1,100

1,000

900

800

700

600

500

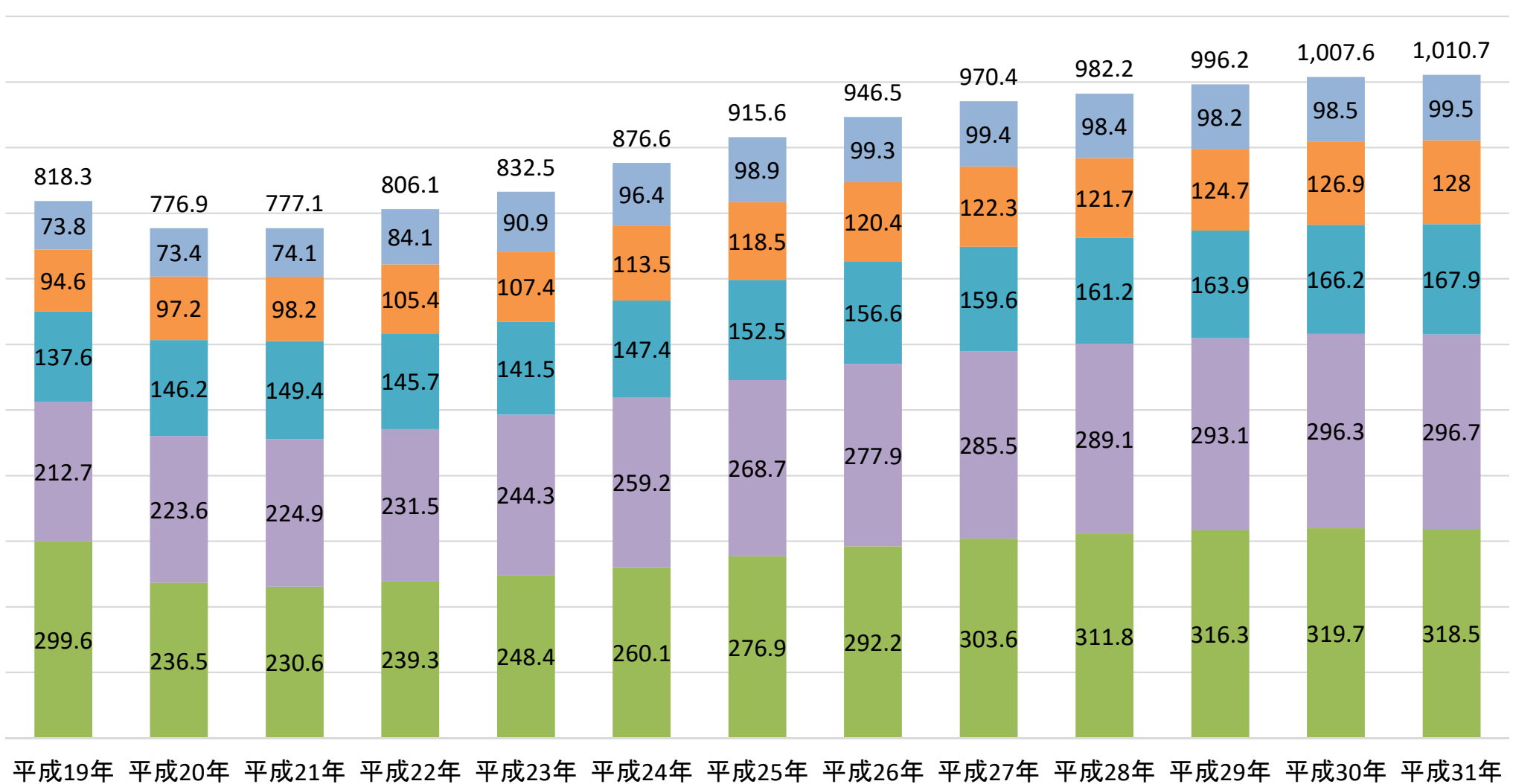
400

300

200

100

0



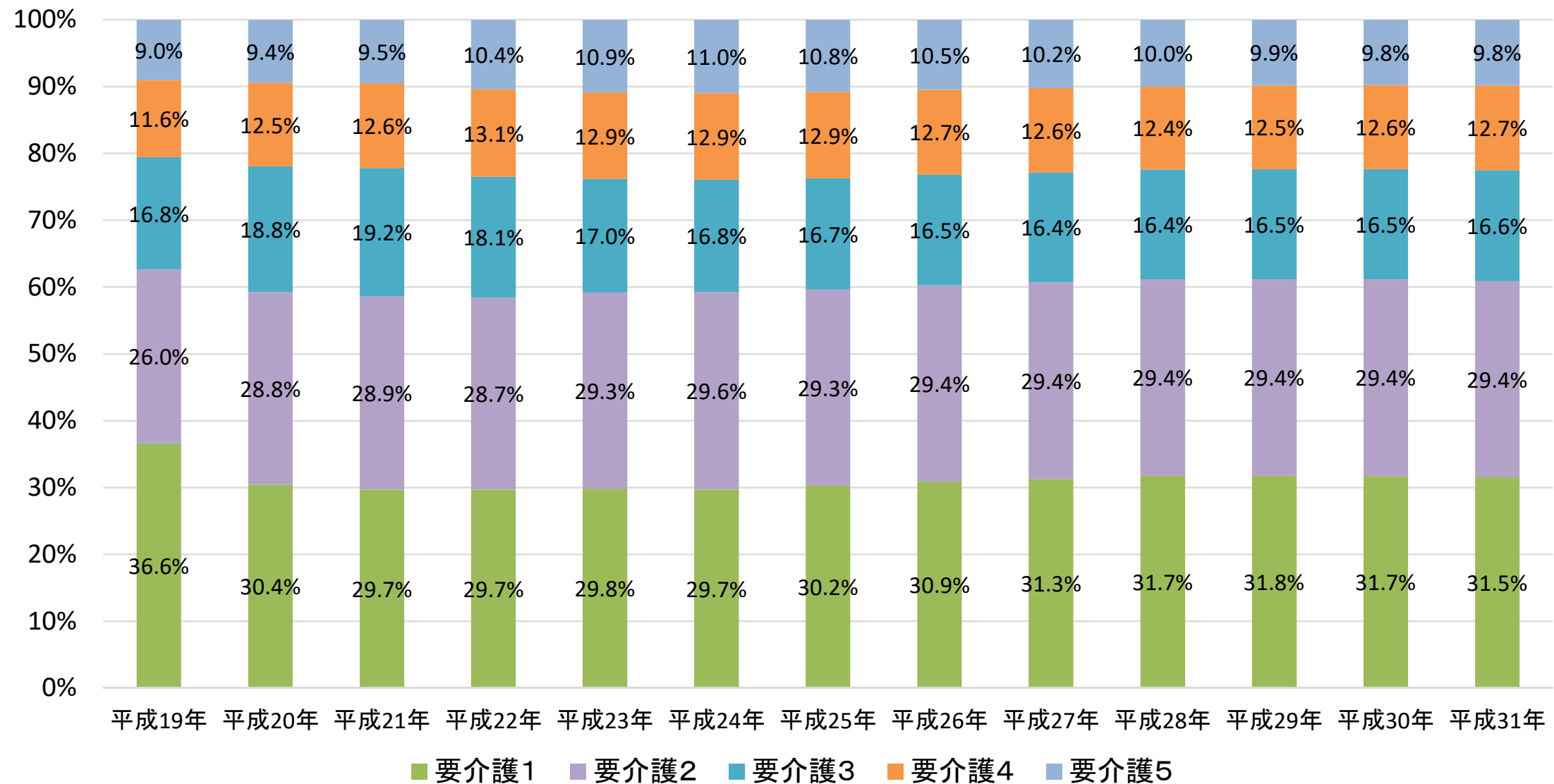
■ 要介護1 ■ 要介護2 ■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護、介護予防サービス、介護予防・日常生活支援総合事業は含まない。

※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

訪問介護の要介護度別受給者割合

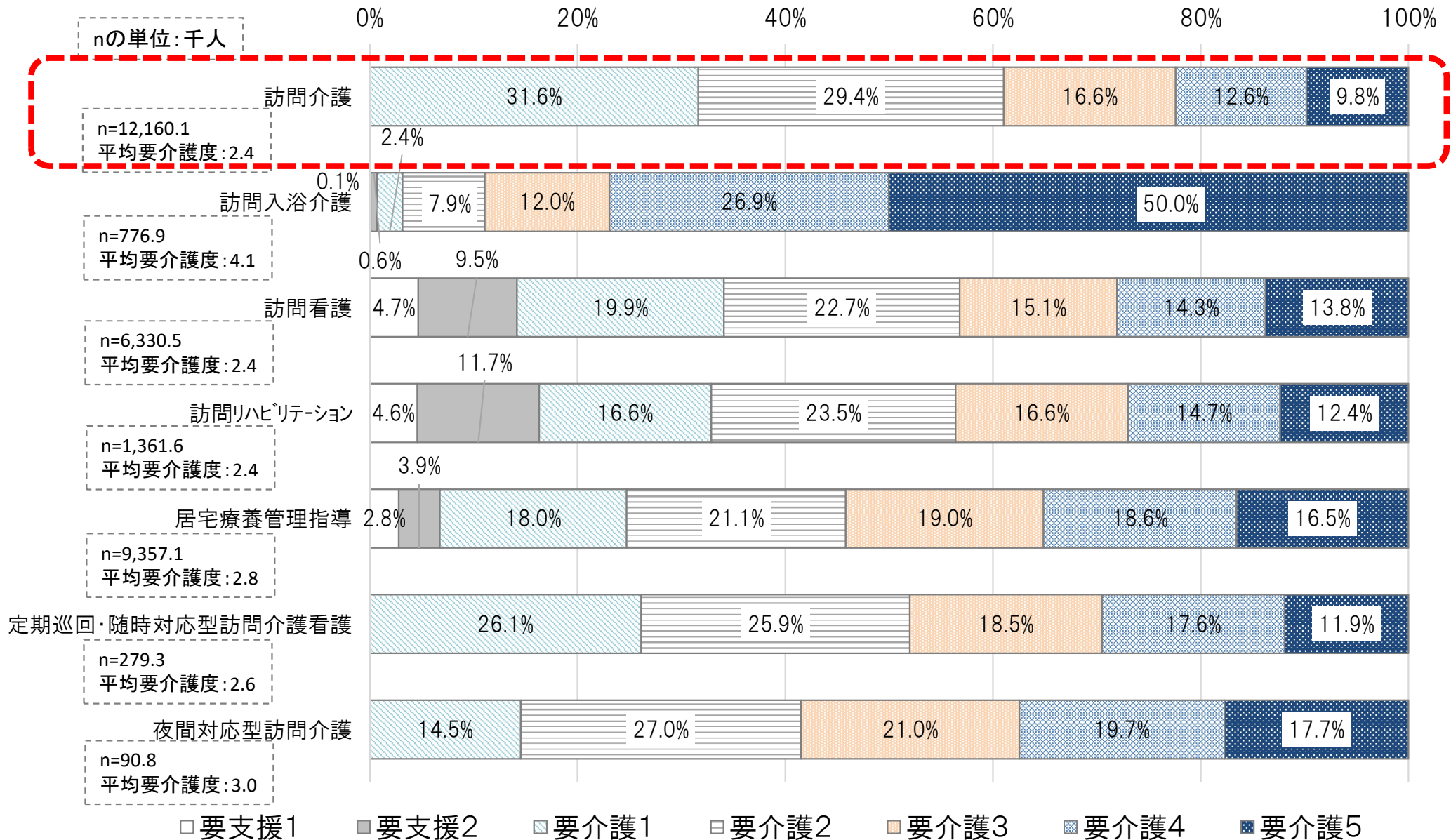


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護、介護予防サービス、介護予防・日常生活支援総合事業は含まない。

※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

訪問系サービスの要介護度割合



(注) 平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告（平成30年5月審査分～平成31年4月審査分）

訪問介護の費用額

(百万円)

1,000,000

900,000

800,000

700,000

600,000

500,000

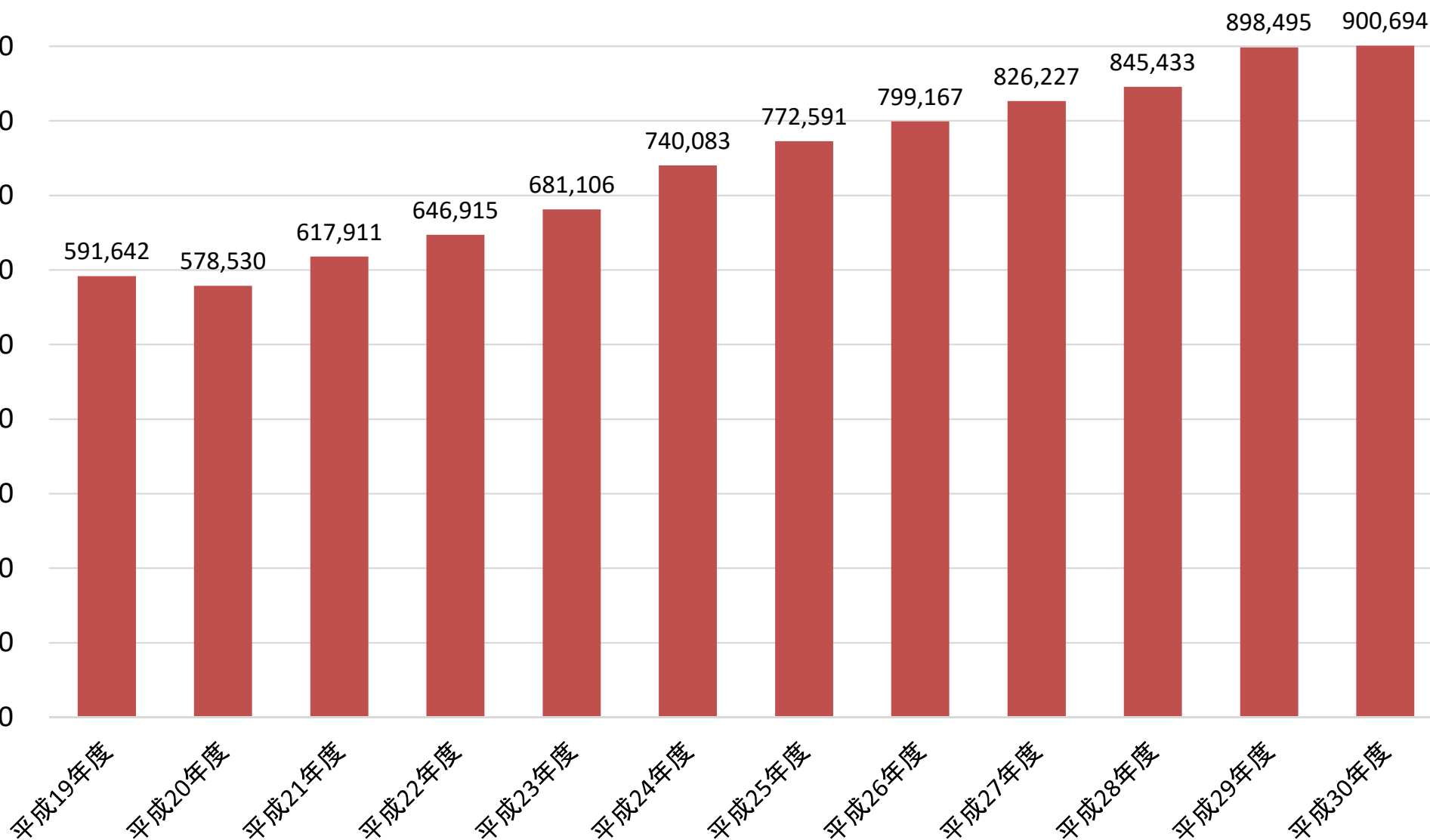
400,000

300,000

200,000

100,000

0



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※介護予防サービス、介護予防・日常生活支援総合事業は含まない。

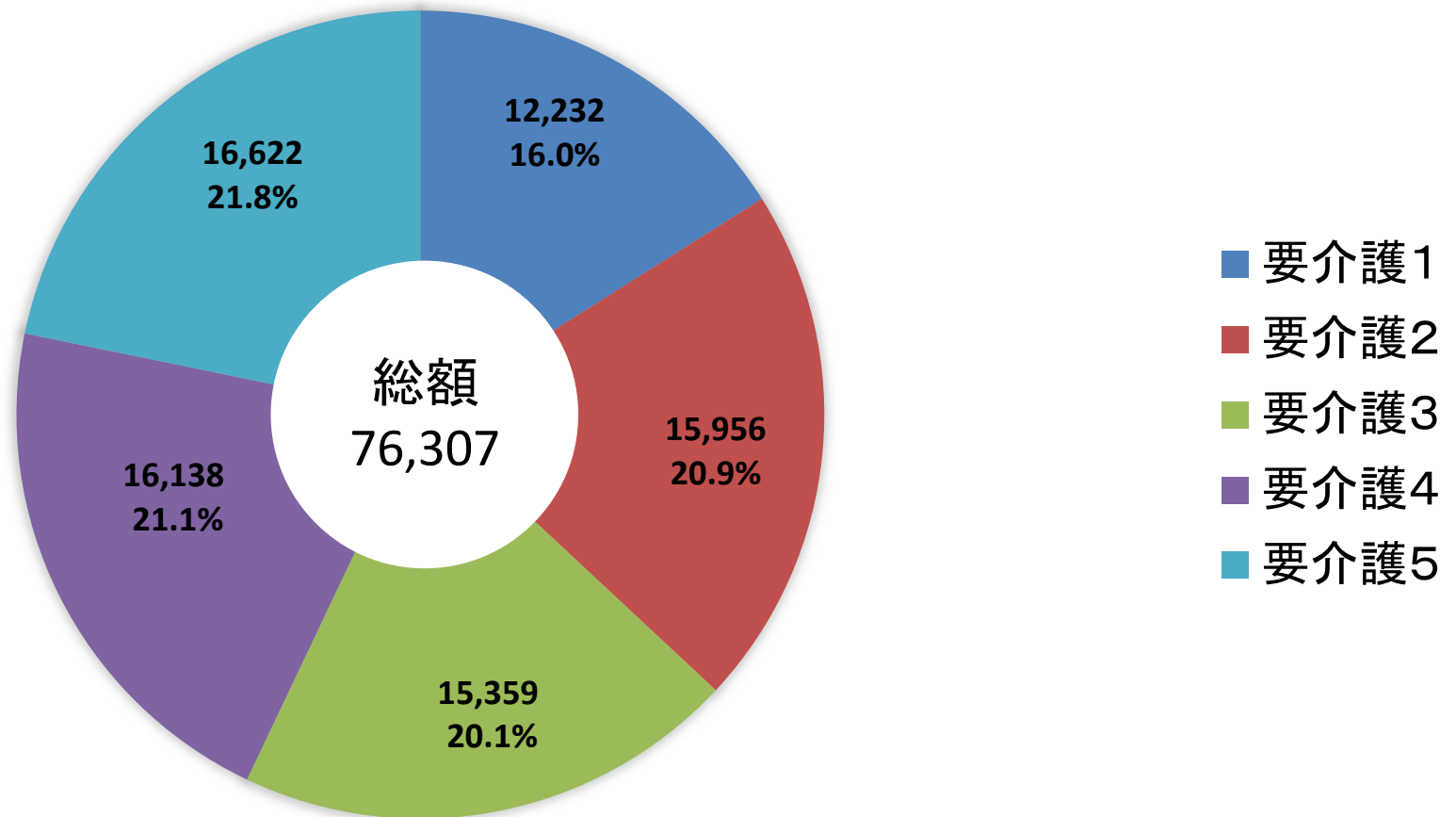
出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年5月審査分～翌年4月審査分)

訪問介護の要介護度別費用額

- 平成31年3月末現在、訪問介護の要介護度別費用額については、要介護5の割合が21.8%と最も高く、要介護4が21.1%、要介護2が20.9%と続く。

要介護度別費用額(1月当たり)

(単位:百万円)

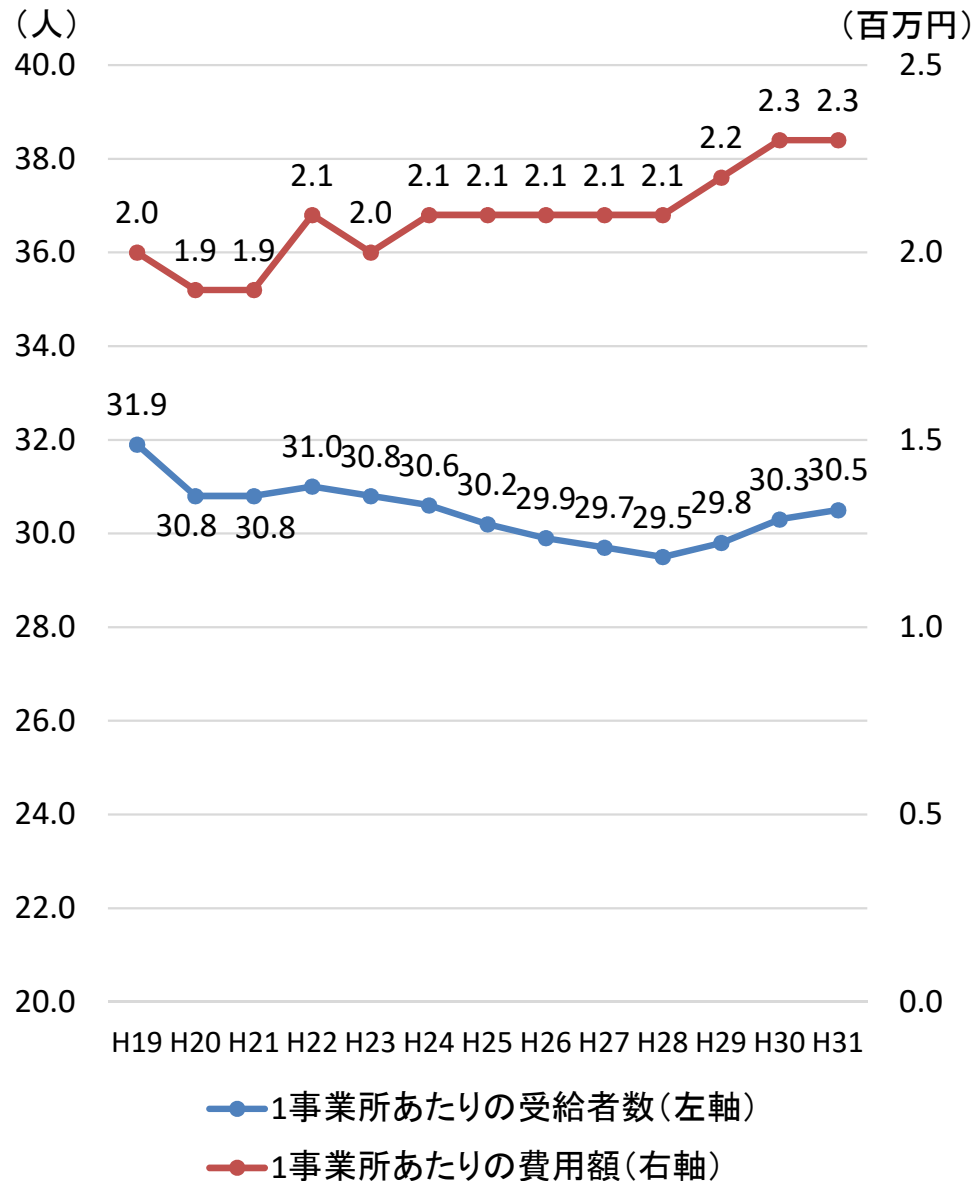


注1) 介護給付費実態統計月報の平成31年4月審査(3月サービス提供)分の状況。

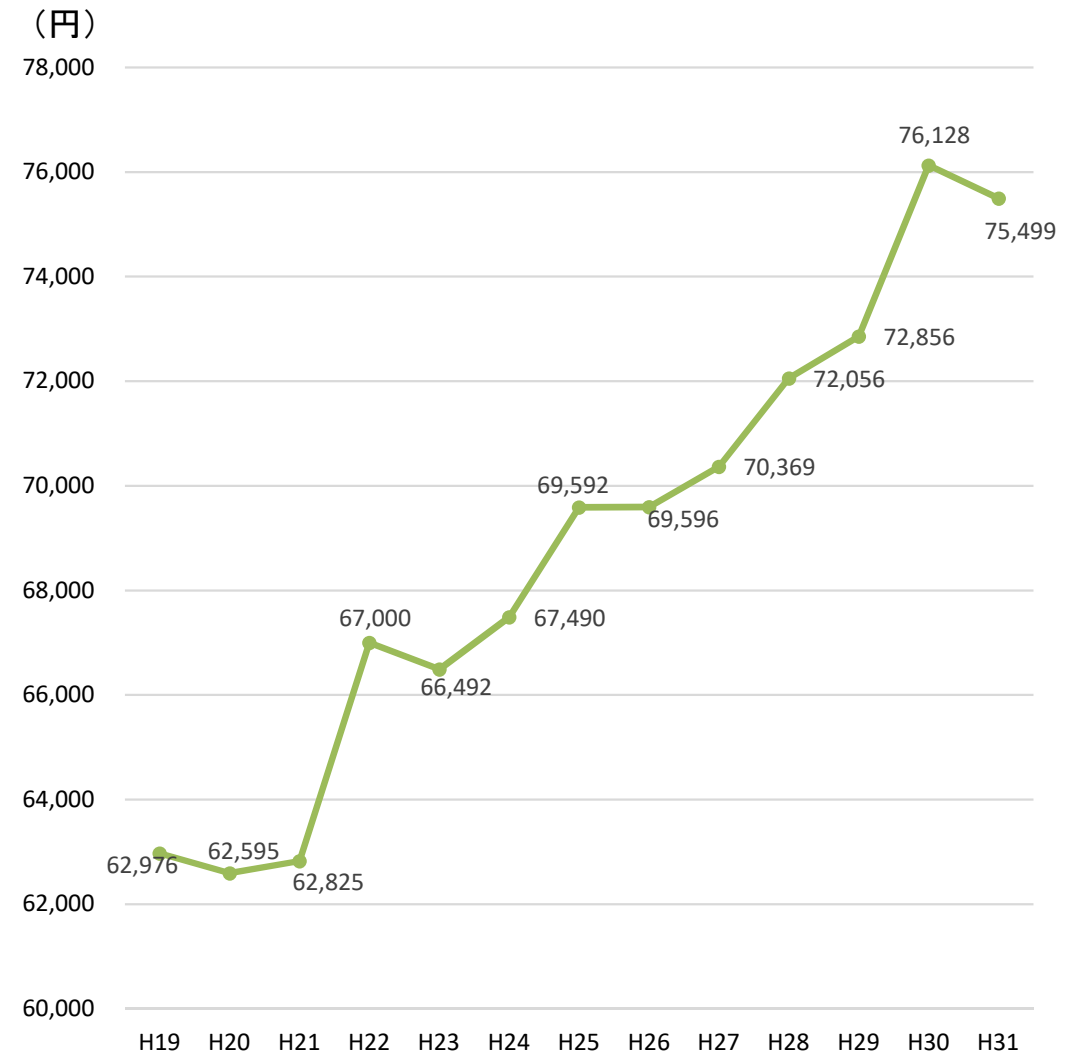
注2) 四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

訪問介護 1事業所1月あたりの受給者数・費用額、1人1月あたりの費用額

[1事業所1月あたりの受給者数・費用額]



[1人1月あたりの費用額]



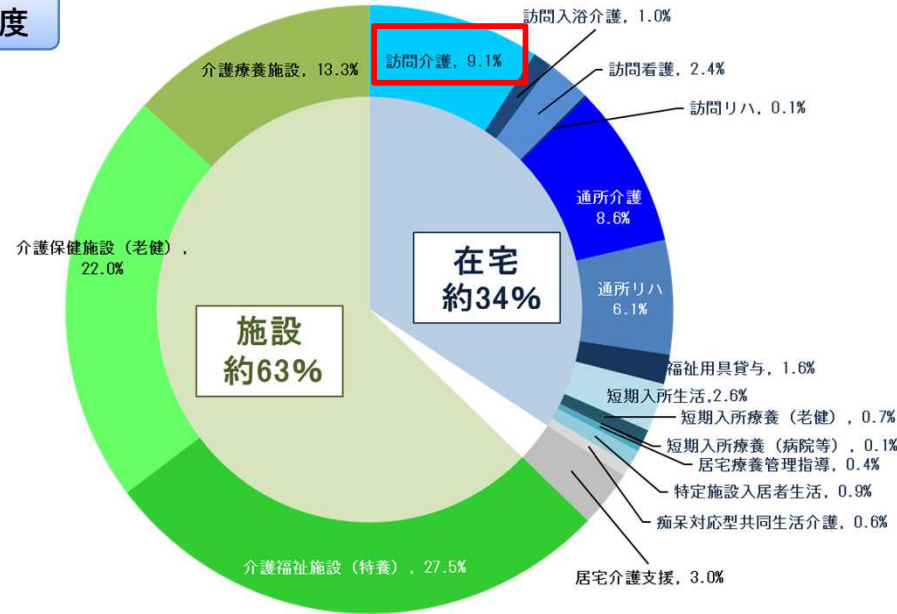
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※経過的要介護、介護予防サービス、介護予防・日常生活支援総合事業は含まない。

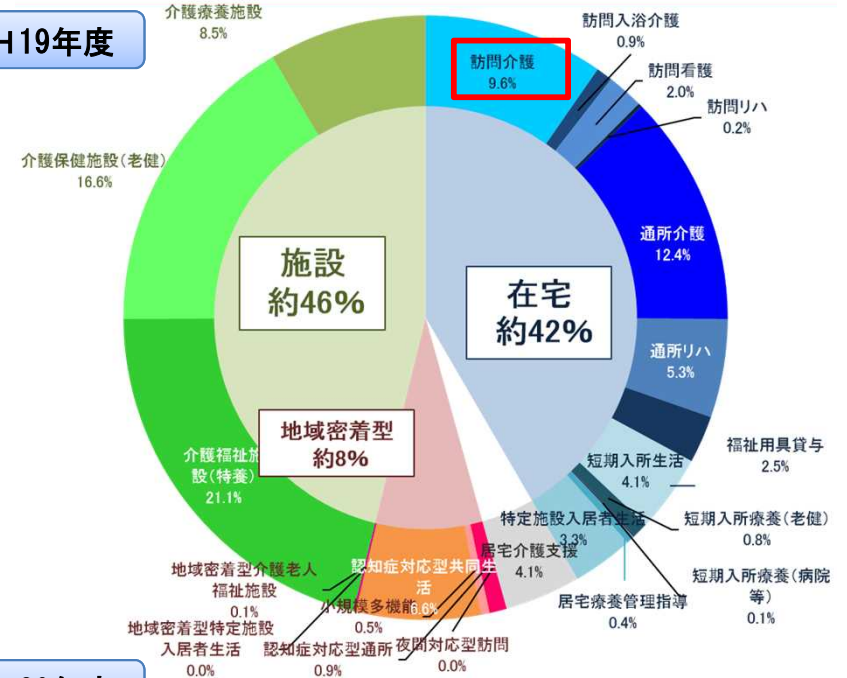
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

サービス種類別介護費用額割合の推移

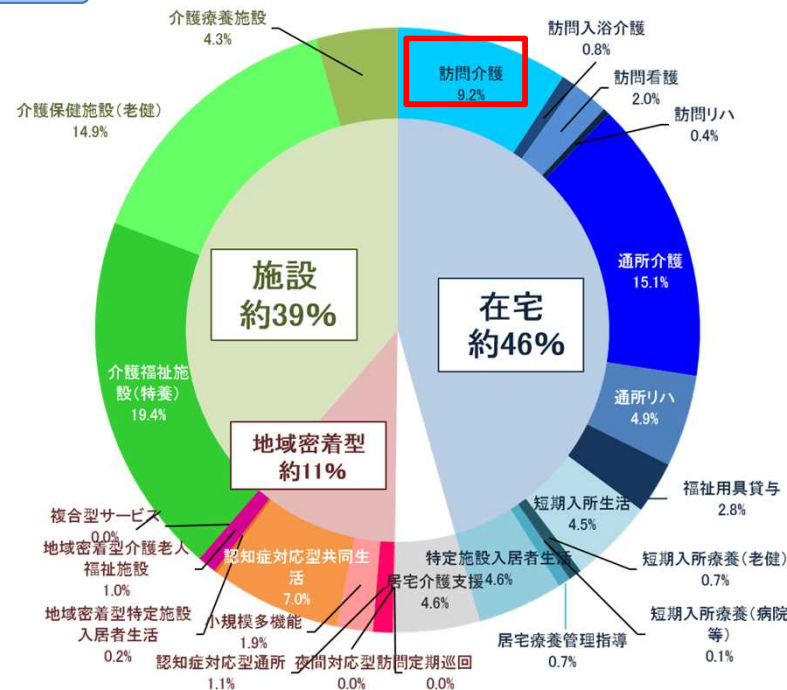
H13年度



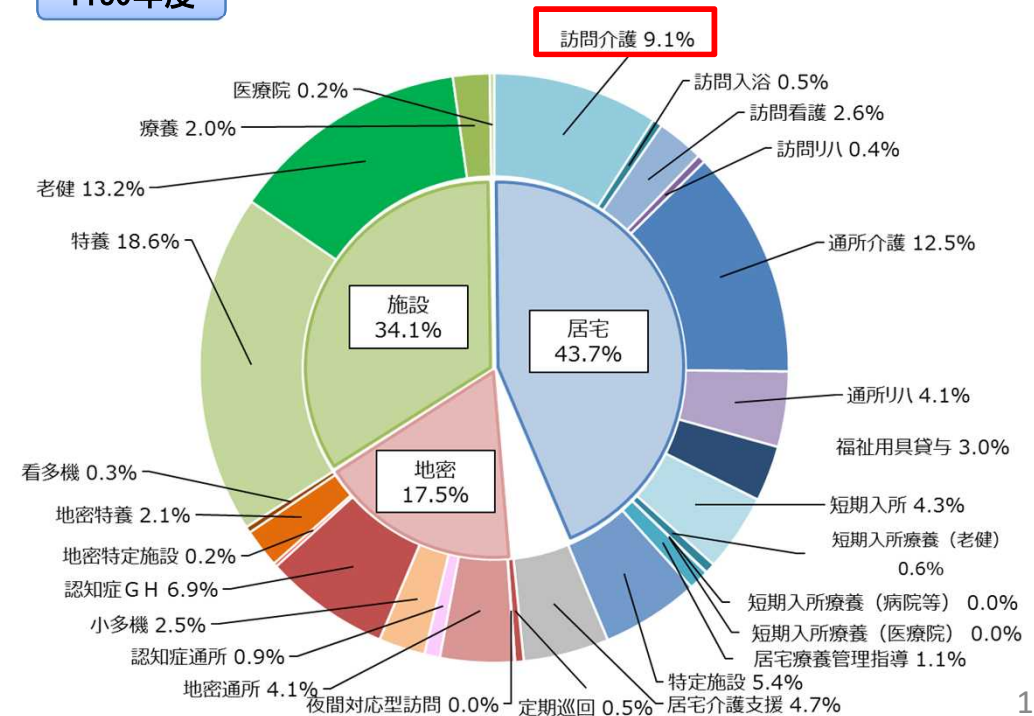
H19年度



H24年度



H30年度



総費用等における提供サービスの内訳(平成30年度)金額

		費用額(百万円)	利用者数(千人)	事業所数
居宅	訪問介護	900,694	1,456.7	33,176
	訪問入浴介護	52,495	123.0	1,770
	訪問看護	257,052	701.0	11,795
	訪問リハビリテーション	42,823	153.6	4,614
	通所介護	1,243,519	1,604.5	23,881
	通所リハビリテーション	409,205	621.8	7,920
	福祉用具貸与	302,033	2,413.1	7,113
	短期入所生活介護	422,572	739.1	10,615
	短期入所療養介護	57,484	152.9	3,781
	居宅療養管理指導	111,247	1,053.5	39,123
	特定施設入居者生活介護	532,291	280.6	5,550
	計	4,331,418	3,930.2	149,338
	居宅介護支援	465,401	3,581.1	39,685
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	46,295	36.8	946
	夜間対応型訪問介護	3,416	12.6	172
	地域密着型通所介護	402,188	596.8	19,452
	認知症対応型通所介護	85,213	82.7	3,439
	小規模多機能型居宅介護	252,000	143.2	5,648
	看護小規模多機能型居宅介護	33,730	18.1	627
	認知症対応型共同生活介護	682,789	257.4	13,904
	地域密着型特定施設入居者生活介護	19,718	10.4	350
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	211,289	75.7	2,344
	計	1,736,638	1,182.6	46,882
施設	介護老人福祉施設	1,847,256	690.7	8,057
	介護老人保健施設	1,306,490	566.2	4,285
	介護療養型医療施設	199,799	73.0	912
	介護医療院	23,724	12.4	145
	計	3,377,270	1,284.6	13,399
合計		9,910,728	5,179.2	244,054

※事業所数は短期利用等を含む延べ数である。

【出典】厚生労働省「平成30年度介護給付費等実態統計」

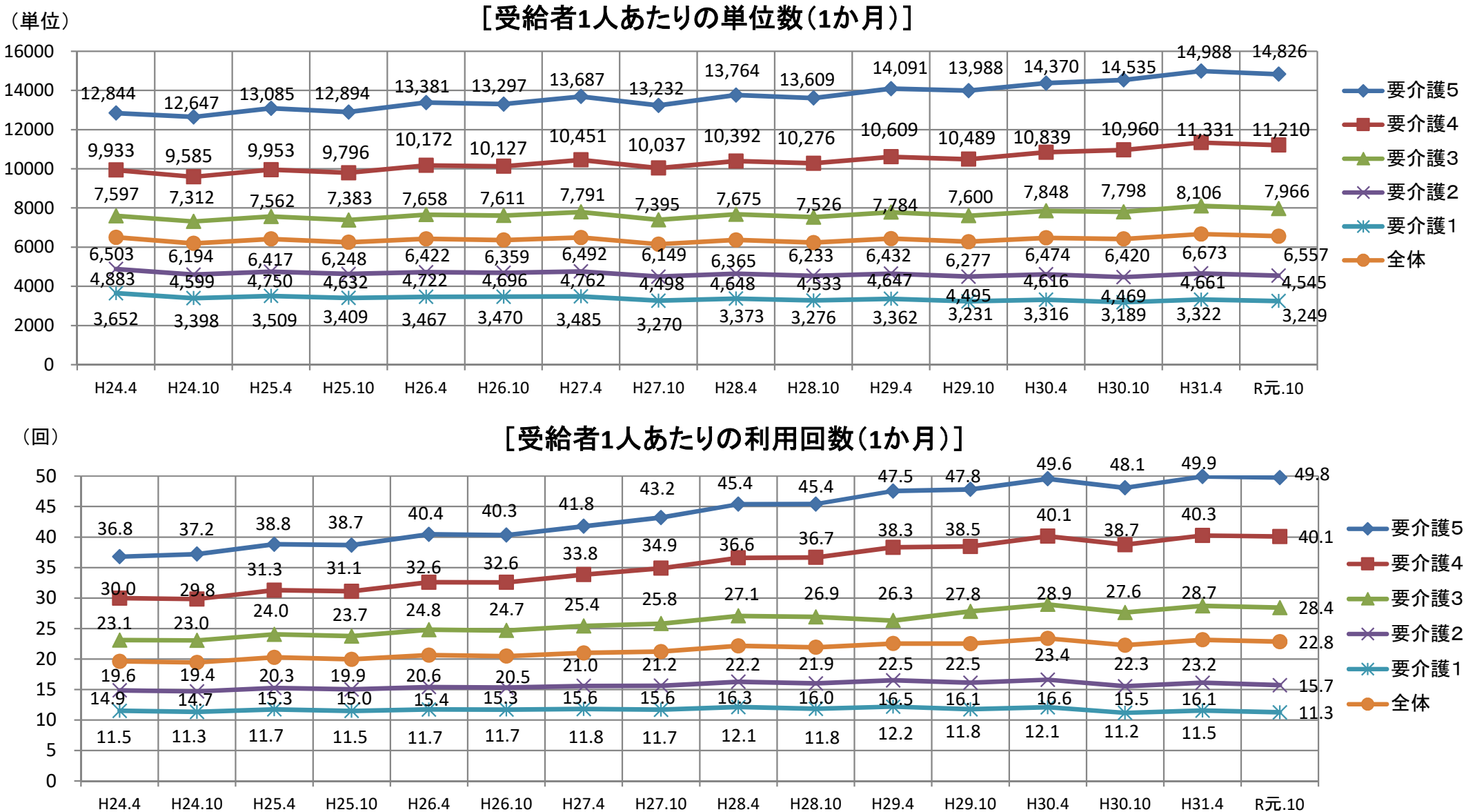
(注1) 介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(注2) 介護費は、平成30年度(平成30年5月～平成31年4月審査分(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分)、請求事業所数は、平成31年4月審査分である。

(注3) 利用者数は、平成30年4月から平成31年3月の1年間に於いて一度でも介護サービスを受給したことのある者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。

訪問介護の受給者1人1月あたりの単位数・利用回数

- 受給者1人あたりの単位数は全体では横ばいであるが、高い介護度では微増の傾向にある。
- 受給者1人あたりの利用回数は全体として増加傾向にあるが、高い介護度の増加が大きい。



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)(各年4, 10月審査分)」

訪問介護の内容類型別受給者数の推移(介護予防訪問介護を除く)

- 生活援助中心型は、平成29年度まで増加していたが、平成30年度では減少。
- 身体介護中心型は、平成19年度より増加し続けている。

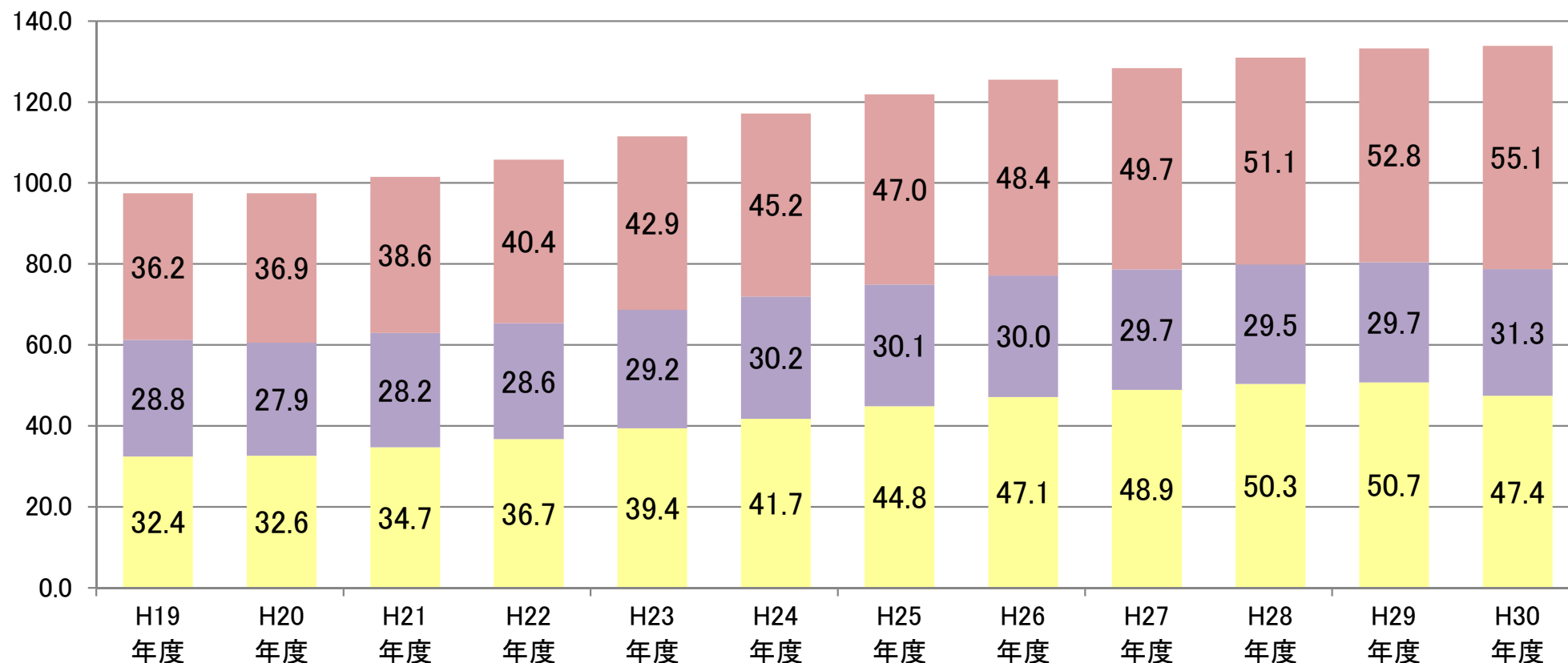
生活援助中心型

身体介護中心型 + 生活援助加算

身体介護中心型

(単位: 万人)

受給者数

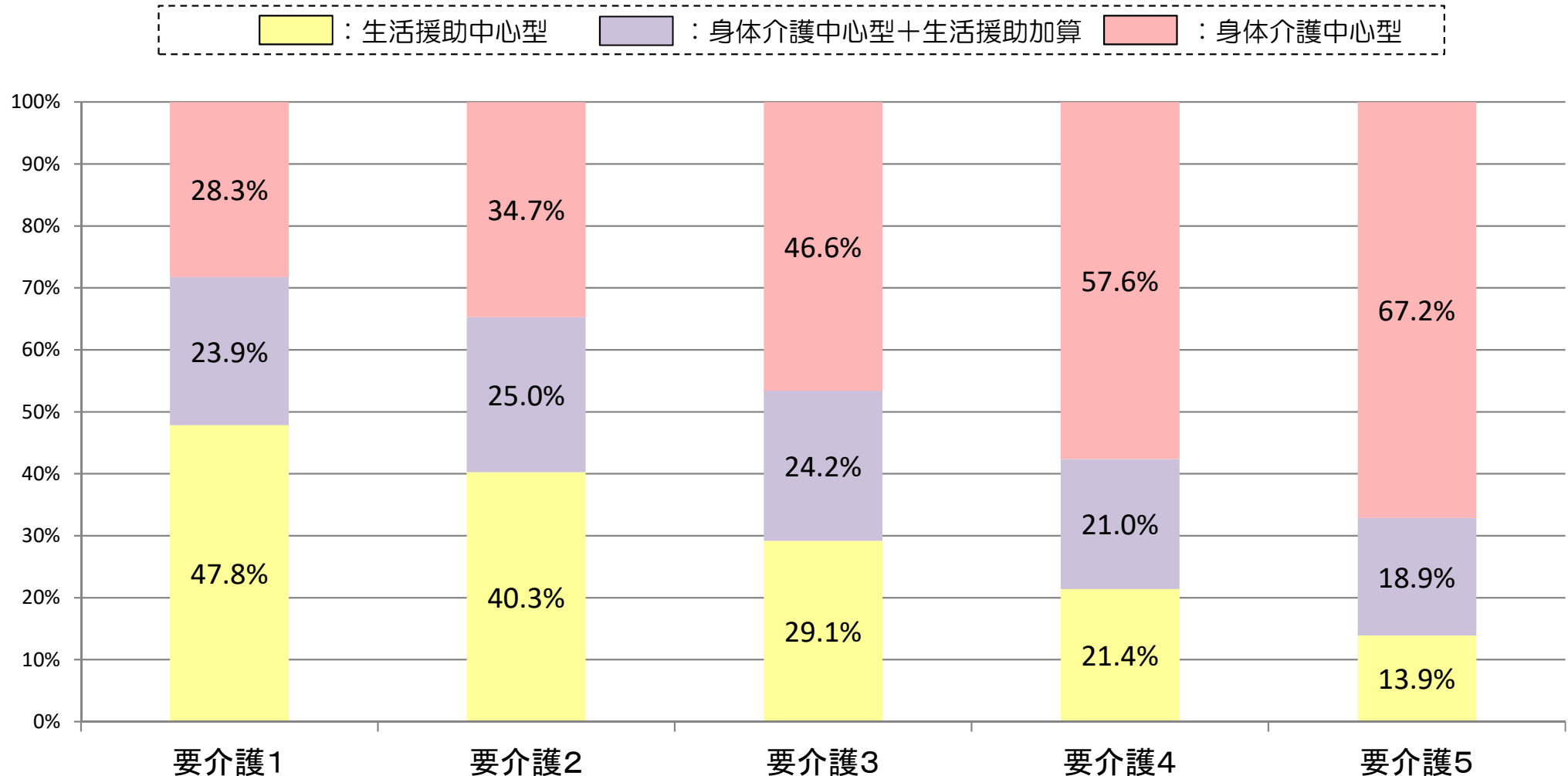


注1) 受給者数の値は、介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

注2) 内容類型別受給者数は、同月内に異なる種類のサービスを受けた場合、それぞれの区分に1人と計上されるが、同一の種類のサービスを受けた場合は、該当の区分に1人と計上される。

訪問介護 要介護度別の内容類型別受給者数の構成割合

○ 要介護度別の構成割合を比較すると、要介護度が高くなるにつれて、身体介護中心型の比率が高くなっている。



注1) 平成31年3月サービス分(4月審査分)の受給者について、要介護度別に構成割合を算出したもの。なお、同月内に異なる類型のサービスを受けた場合、それぞれの区分に1人と計上されるが、同一類型のサービスを受けた場合は、該当の区分に1人と計上されている。

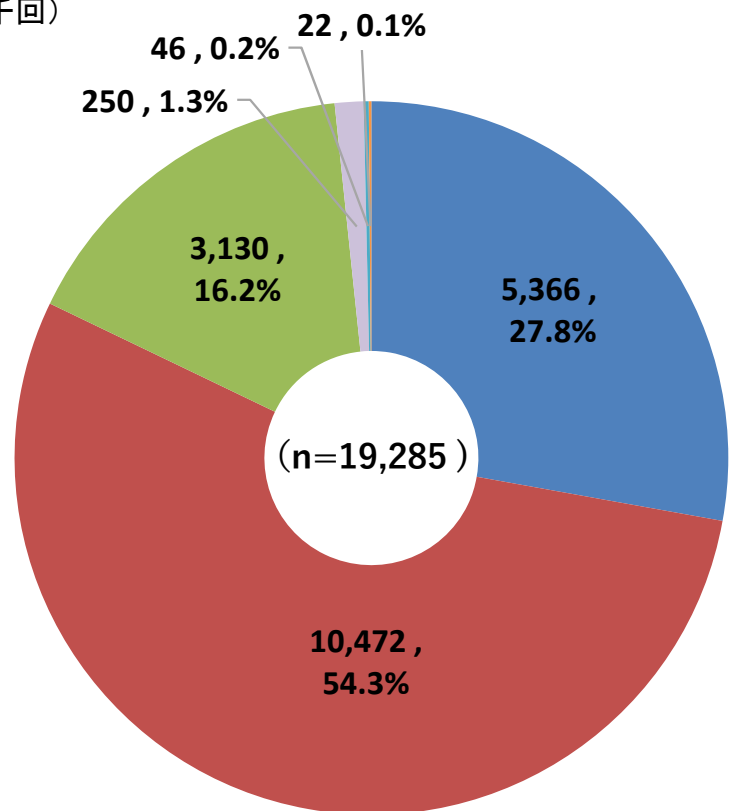
注2) 「生活援助中心型」及び「身体介護中心型」とは報酬上の区分であり、1回の訪問において「身体介護」と「生活援助」が組み合わせて提供されている場合も含んでいる。

身体介護・生活援助 時間区分別請求回数の割合

- 生活援助よりも身体介護の方が総利用回数が多い。
- 身体介護は約 8 割が30分未満となっている。生活援助は20分以上～45分未満も45分以上も約 5 割程度となっている。

[身体介護]

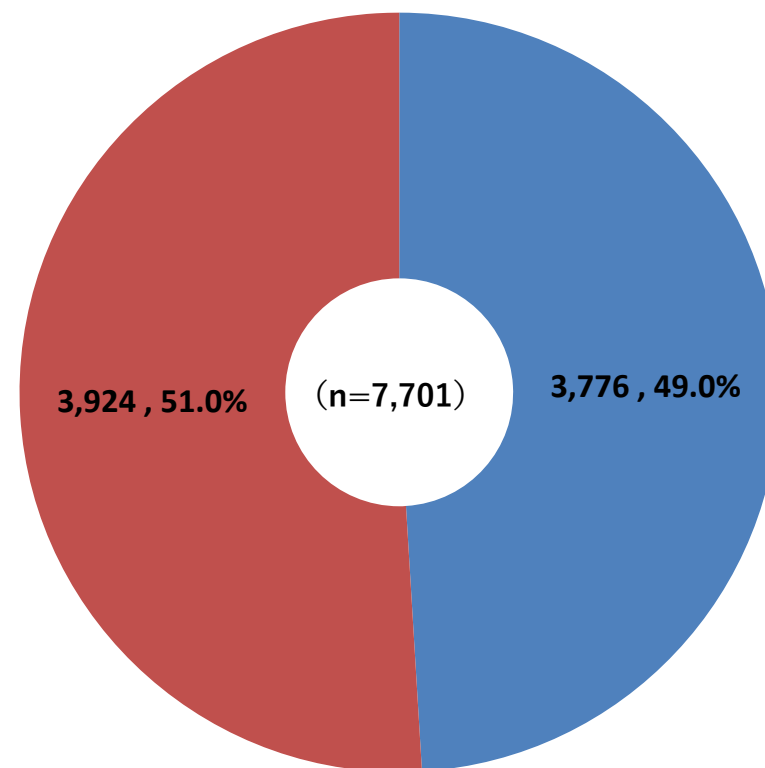
(単位:千回)



- 20分未満
- 30分～1時間
- 1時間30分～2時間
- 20分以上～30分未満
- 1時間～1時間30分
- 2時間以上

[生活援助]

(単位:千回)



- 20分以上～45分未満
- 45分以上

※ 介護報酬請求上の時間で分類し、集計。そのうち「身体介護＋生活援助」での請求は、集計上、その中で請求されるそれぞれの時間を分離し、「身体介護」「生活援助」に加える形とした。

※ 四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」（平成31年4月審査分）

訪問介護(平成30年度介護報酬改定)

改定事項

- ①生活機能向上連携加算の見直し
- ②「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化
- ③身体介護と生活援助の報酬
- ④生活援助中心型の担い手の拡大
- ⑤同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬
- ⑥訪問回数の多い利用者への対応
- ⑦サービス提供責任者の役割や任用要件等の明確化
- ⑧共生型訪問介護
- ⑨介護職員処遇改善加算の見直し

訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価(平成30年度介護報酬改定)

①身体介護・生活援助の報酬にメリハリ

	現行		改定後
身体介護中心型			
20分未満	165単位	⇒	165単位
20分以上30分未満	245単位	⇒	248単位
30分以上1時間未満	388単位	⇒	394単位
1時間以上1時間30分未満	564単位	⇒	575単位
以降30分を増すごとに算定	80単位	⇒	83単位
生活援助加算	67単位	⇒	66単位
生活援助中心型			
20分以上45分未満	183単位	⇒	181単位
45分以上	225単位	⇒	223単位

②生活機能向上連携加算の見直し

- 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月(新設:理学療法士等の自宅訪問は不要)
- 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月(現行の生活機能向上連携加算(100単位)の充実)
 - ⇒ 連携対象として、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師を追加
 - ⇒ (Ⅰ)は以下の取組を定期的(原則3月毎)に行うことを評価(初回月のみ算定)
 - ・ 理学療法士等(範囲は(Ⅱ)と同じ)からの助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)すること
 - ・ なお、当該理学療法士等は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと

③「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化

- ⇒ 訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知(老計第10号(訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について))について、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化する。

④訪問回数の多い利用者への対応(H30.10施行)

- ⇒ 利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。
- ⇒ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の再検討を促す。

自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価

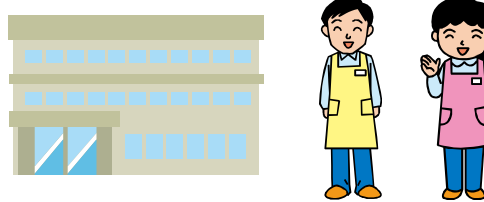
自宅・介護現場

(利用者・ヘルパー)



自立支援・
重度化防止
に資する
訪問介護

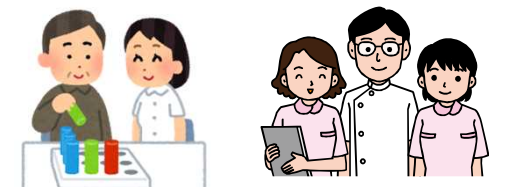
訪問介護事業所



(管理者・サ責・ヘルパー)

連携
(必要に応じて)

訪問リハ・通所リハ事業所・ リハを実施する医療提供施設



(PT・OT・ST・Dr)

訪問介護 ①生活機能向上連携加算の見直し (平成30年度介護報酬改定)

概要

生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、見直しを行う。

単位数

< 現行 >

生活機能向上連携加算 100単位／月

< 改定後 >

⇒ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月 (新設)
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月

算定要件等

○生活機能向上連携加算(Ⅱ)

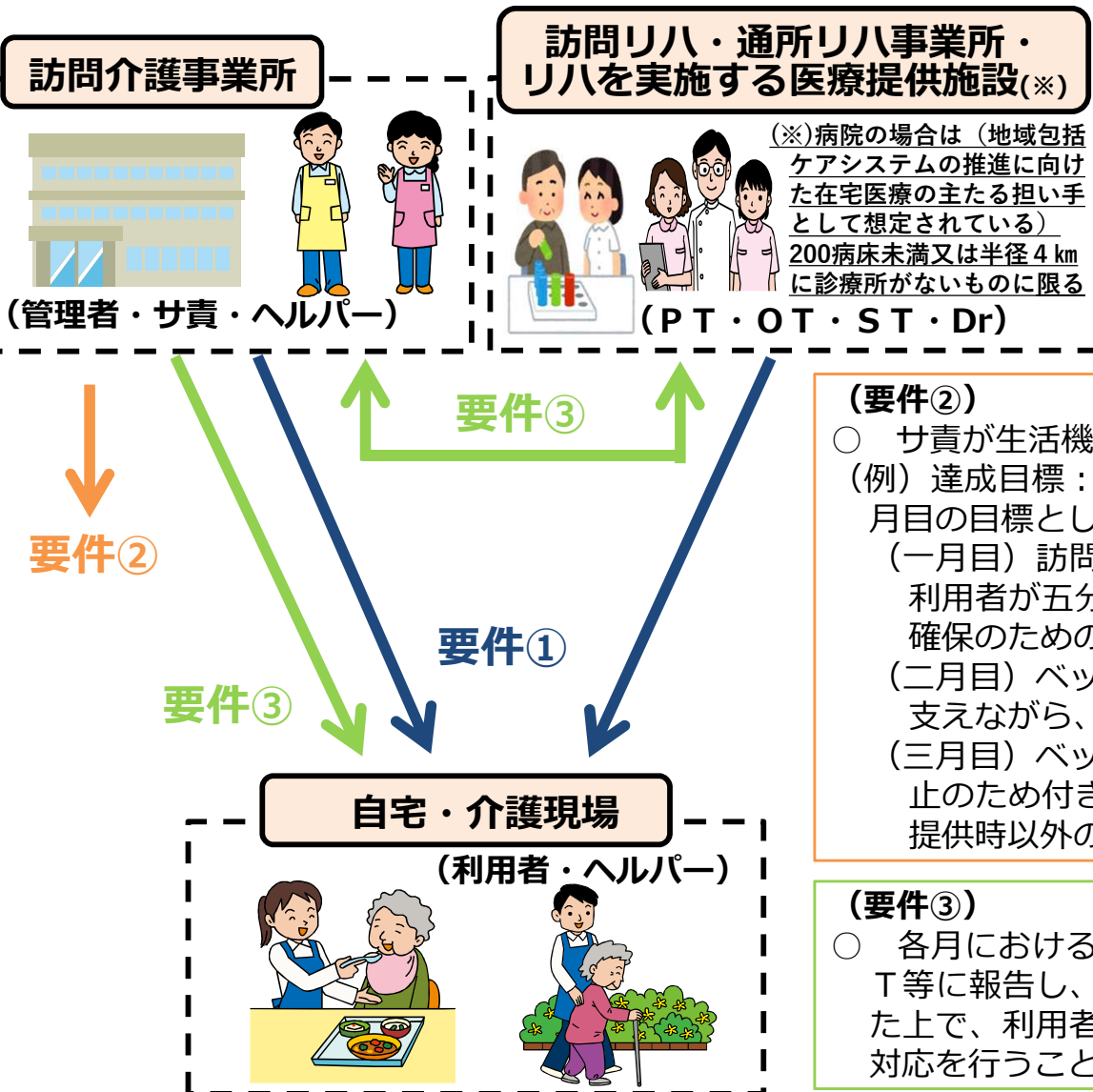
現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合

○生活機能向上連携加算(Ⅰ)

- ・ 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること
- ・ 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと

生活機能向上連携加算の概要

- 自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、以下のとおり評価。
 - (Ⅰ) ICTの活用等により通所リハビリテーション事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護
 - (Ⅱ) 通所リハビリテーション事業所等が利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により共同して作成した計画に基づく介護



(要件①)

- 身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を共同で行うこと
 - (Ⅰ) ICTの活用等によりPT等が自宅を訪問せずに利用者の状況を適切に把握する
 - (Ⅱ) サ責とPT等と一緒に自宅を訪問する」又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンス(サービス担当者会議を除く)を行う」

(要件②)

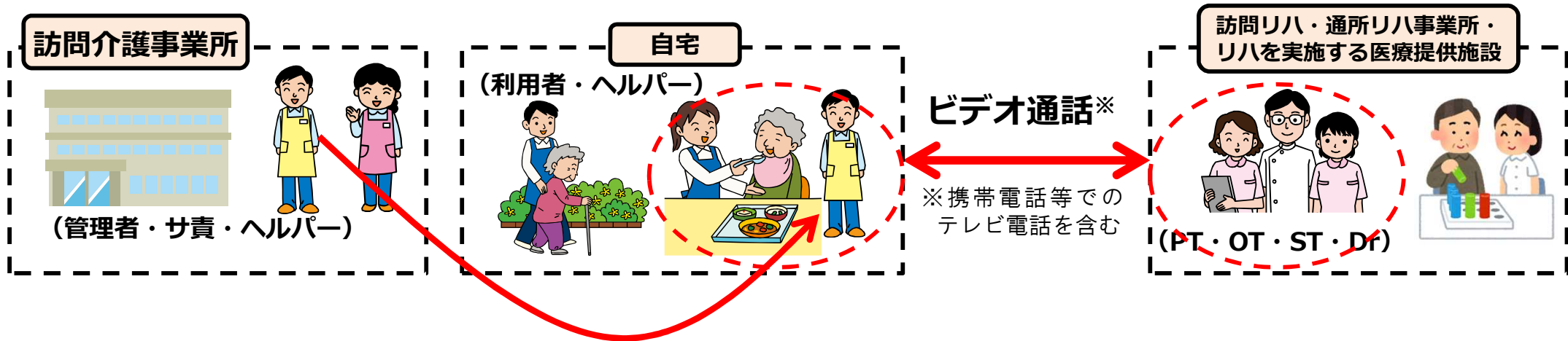
- サ責が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること
(例) 達成目標: 「自宅のポータブルトイレを一日一回以上利用する(一月目、二月目の目標として座位の保持時間)」
 - (一月目) 訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
 - (二月目) ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
 - (三月目) ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う(訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う。)

(要件③)

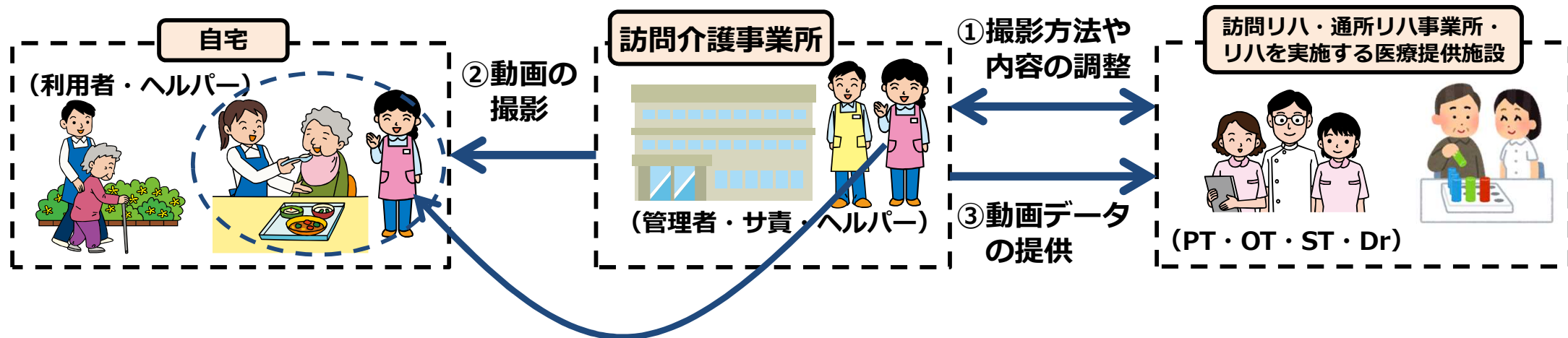
- 各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問リハ又は通所リハのPT等へ報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、PT等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと

ICTを活用した動画やテレビ電話を活用する事例：生活機能向上連携加算(Ⅰ)

(1) リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を活用する場合

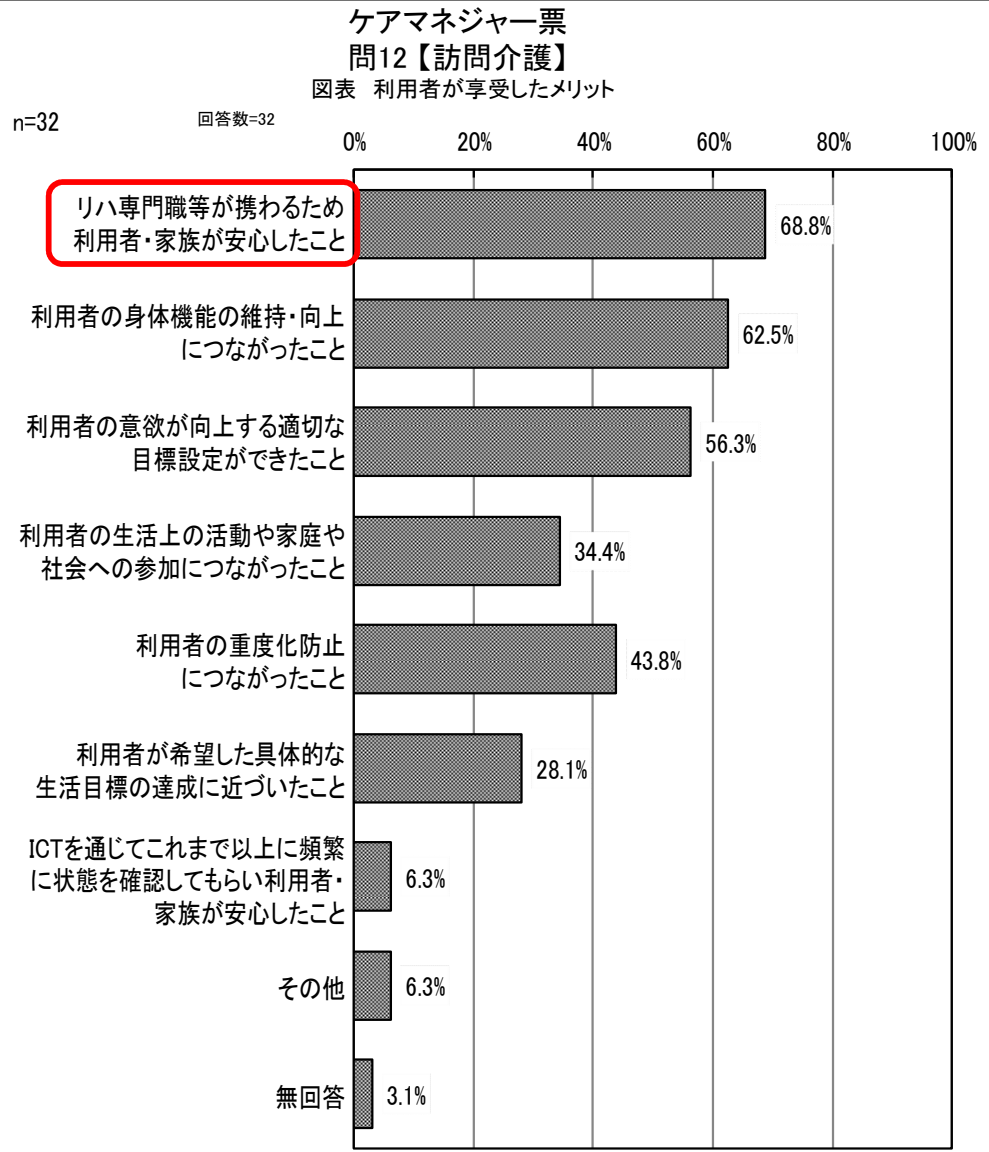
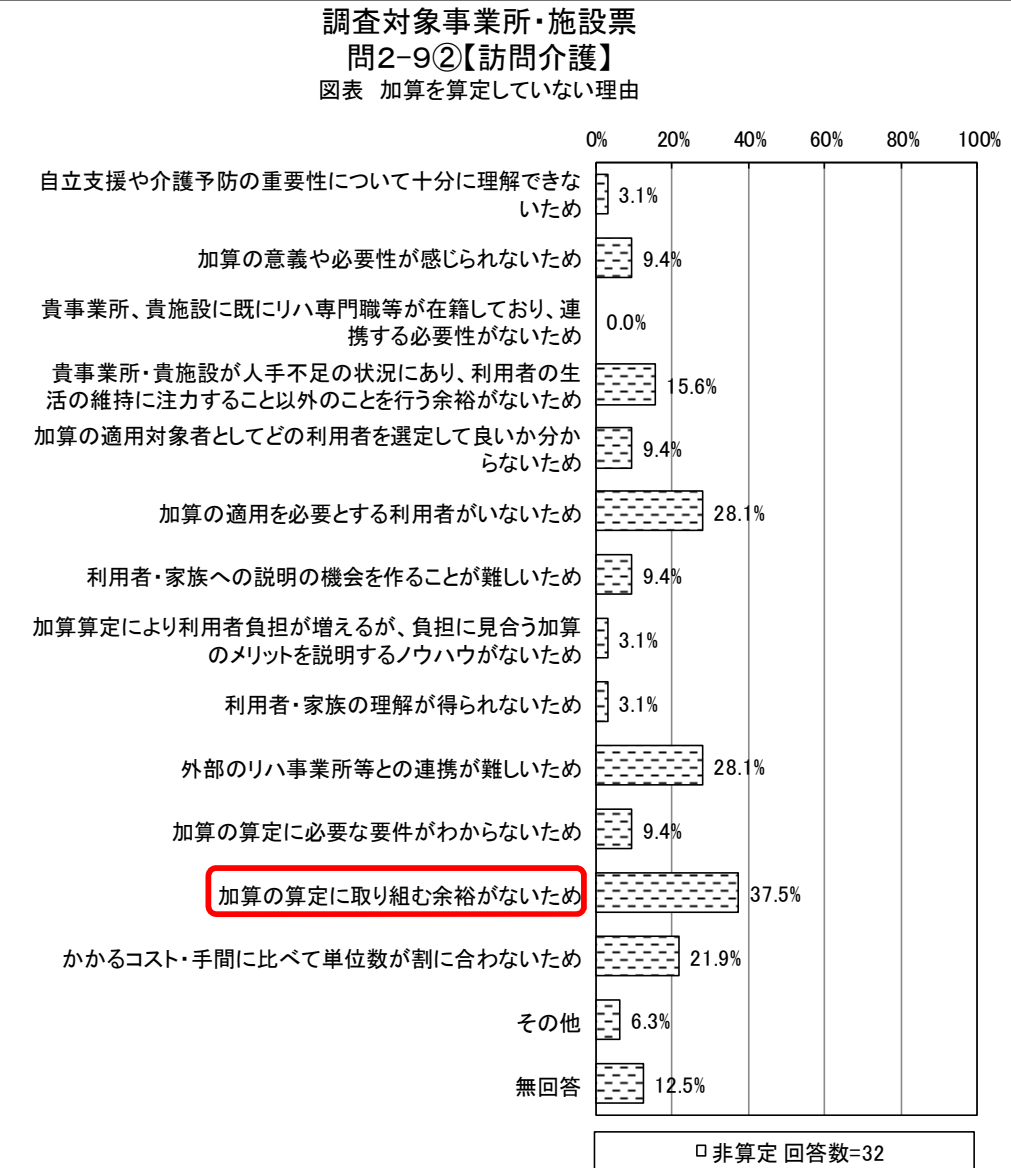


(2) 撮影方法及び撮影内容を調整した上で動画を撮影し、動画データを外部の理学療法士等に提供する場合



訪問介護の生活機能向上連携加算を算定していない理由、算定による利用者への効果

- 加算を算定していない理由は、訪問介護では「加算の算定に取り組む余裕がないため」との回答が最も多く、約4割。
- 利用者が享受したメリットとしては、ケアマネジャーからみると、訪問介護では、「リハ専門職等が携わるため利用者・家族が安心したこと」との回答が最も多く、約7割。



※ 生活機能向上連携加算算定率(令和元年10月サービス提供分)
事業所ベース:0.4%(総事業所数:33,053 加算算定事業所数:130)

出典:平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査
「介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究事業」報告書

訪問介護 ②「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化 (平成30年度介護報酬改定)

概要

- 訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知（老計第10号（訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について））について、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化する。【通知改正】

※「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）

身体介護（抜粋）

- 1－6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）
 - 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
 - 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
 - ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助）
 - 移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
 - 車イスでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選ぶよう援助
 - 洗濯物をいっしょに干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
 - 認知症の高齢者の方といっしょに冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

生活援助（抜粋）

- 2－0 サービス準備等
 - サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。
 - 2－0－1 健康チェック
 - 利用者の安否確認、顔色等のチェック
 - 2－0－2 環境整備
 - 換気、室温・日あたりの調整等
 - 2－0－3 相談援助、情報収集・提供
 - 2－0－4 サービスの提供後の記録等
 - 2－1 掃除
 - 居室内やトイレ、卓上等の清掃
 - ゴミ出し
 - 準備・後片づけ
 - 2－2 洗濯
 - 洗濯機または手洗いによる洗濯
 - 洗濯物の乾燥（物干し）
 - 洗濯物の取り入れと収納
 - アイロンがけ
 - 2－3 ベッドメイク
 - 利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
 - 2－4 衣類の整理・被服の補修
 - 衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）
 - 被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
 - 2－5 一般的な調理、配下膳
 - 配膳、後片づけのみ
 - 一般的な調理
 - 2－6 買い物・薬の受け取り
 - 日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）
 - 薬の受け取り

- 生活援助のうち、訪問介護員等が代行するのではなく、安全を確保しつつ常時介助できる状態で見守りながら行うものであって、日常生活動作向上の観点から、利用者の自立支援に資するものは身体介護に該当するが、身体介護として明記されていないものがあり、取扱いが明確でないため、明確化する。
具体的には、利用者と一緒に手助けしながら行う掃除（安全確認の声かけ疲労の確認を含む）その他利用者の自立支援に資するものとして身体介護に該当するものについて、身体介護に該当することを明確にする。

「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(いわゆる「老計10号」)の見直し (平成30年度介護報酬改定)

○ 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成12年3月17日老計第10号厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知）（抄）【改正後】

1－6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

○ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。

○認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。

○認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。

○入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）

○移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）

○ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助）

○本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）

○ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助

○認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

○洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）

○車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助

○上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

訪問介護 ③身体介護と生活援助の報酬 (平成30年度介護報酬改定)

概要

- 自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、訪問介護事業所の経営実態を踏まえた上で、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。

単位数

		<現行>		<改定後>
身体介護中心型	20分未満	165単位		165単位
	20分以上30分未満	245単位		248単位
	30分以上 1 時間未満	388単位		394単位
	1 時間以上 1 時間30分未満	564単位		575単位
	以降30分を増すごとに算定	80単位		83単位
	生活援助加算※	67単位		66単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位		181単位
	45分以上	225単位		223単位
通院等乗降介助		97単位		98単位

※ 引き続き生活援助を行った場合の加算（20分から起算して25分ごとに加算、70分以上を限度）

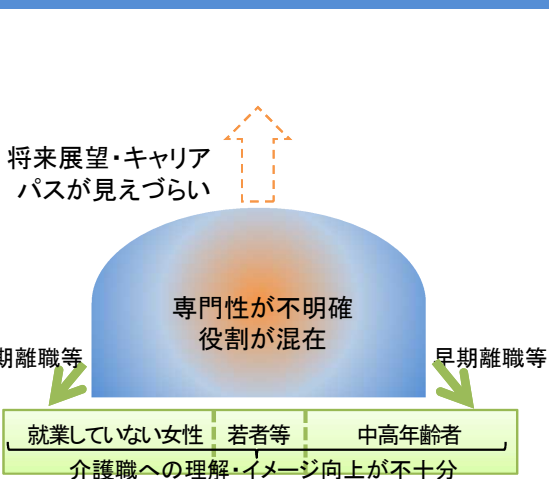
訪問介護 ④生活援助中心型の担い手の拡大 (平成30年度介護報酬改定)

概要

- 訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ、質を確保するため、現在の訪問介護員の要件である130時間以上の研修は求めないが、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担うこととする。
- このため、新たに生活援助中心型のサービスに従事する者に必要な知識等に対応した研修課程を創設することとする。その際、研修のカリキュラムについては、初任者研修のカリキュラムも参考に、観察の視点や認知症高齢者に関する知識の習得を重点とする。【省令改正、告示改正、通知改正】
- また、訪問介護事業所ごとに訪問介護員を常勤換算方法で2.5以上置くこととされているが、上記の新しい研修修了者もこれに含めることとする。
- この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場合と新研修修了者が提供する場合とが生じるが、両者の報酬は同様とする。
- なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。

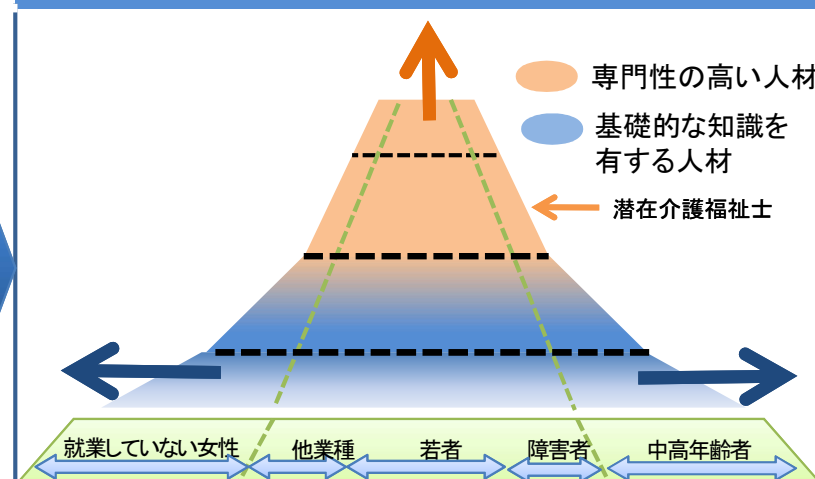
(参考)介護人材確保の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～

現状



転換

目指すべき姿



参入促進

1. すそ野を拡げる

人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る

労働環境・処遇の改善

2. 道を作る

本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する

3. 長く歩み続ける

いったん介護の仕事についた者の定着促進を図る

資質の向上

4. 山を高くする

専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す

5. 標高を定める

限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

国・地域の基盤整備

生活援助従事者研修課程

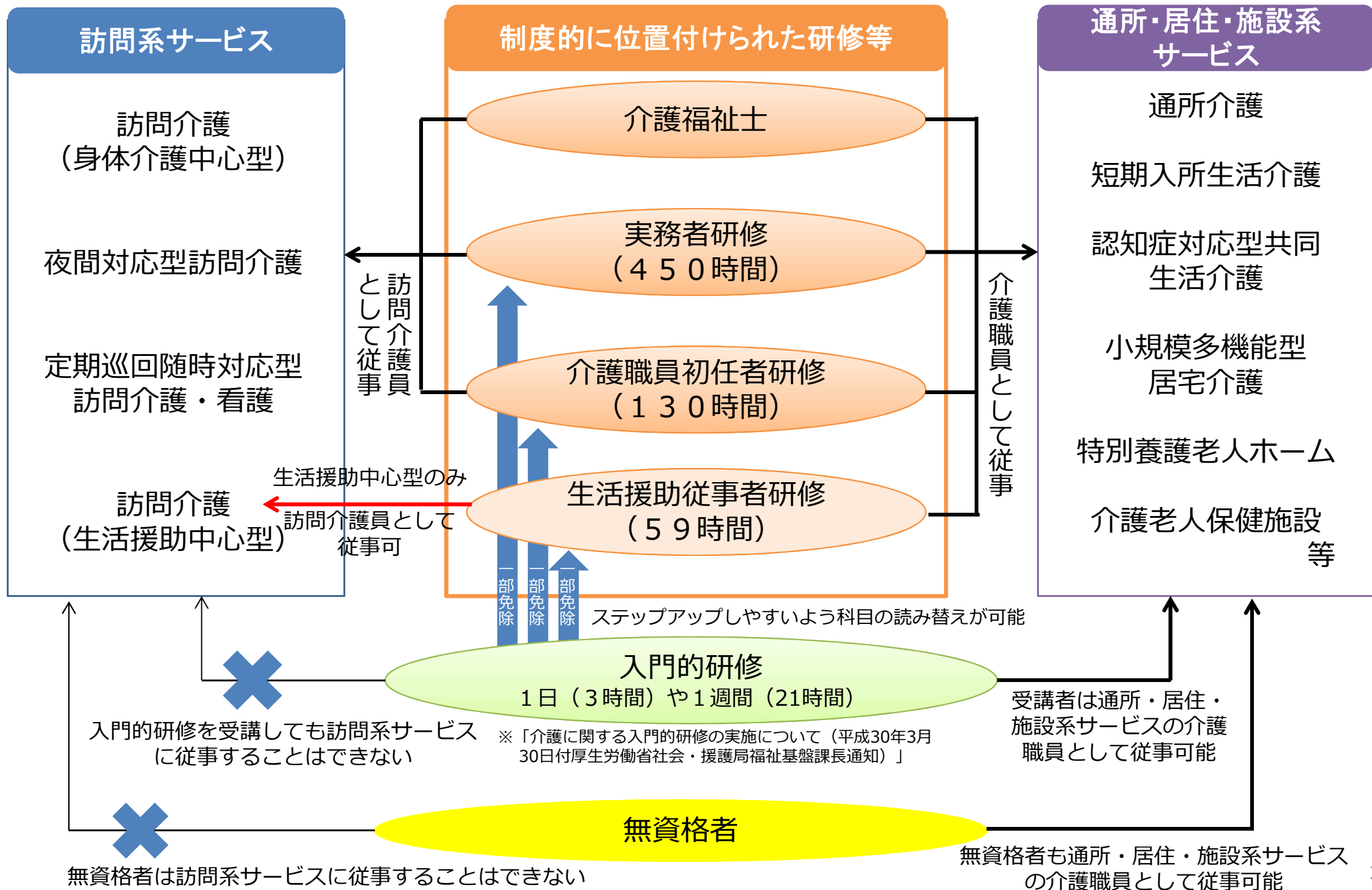
区分	科目	時間数	備考
講義及び 演習	職務の理解	2	研修修了者が行う職務の範囲及び緊急時の対応について理解するために必要な内容を含めること。 必要に応じて、施設の見学等の実習を活用すること。
	介護における尊厳の保持・自立支援	6	介護職が、利用者の尊厳と自立を支える専門職であることを自覚し、介護・福祉サービスを提供するに当たっての基本的視点等を理解することを目的とすること。
	介護の基本	4	利用者の介護に当たり、介護職としての倫理及び生じるリスクを十分に理解した上で介護を行うことの必要性を理解することを目的とすること。
	介護・福祉サービスの理解と医療との連携	3	介護保険制度や障害者福祉制度を担う一員として最低限知っておくべき制度の目標、サービス利用の流れ及び各専門職の役割と責務について、その概要を理解することを目的とすること。
	介護におけるコミュニケーション技術	6	サービス提供の際に必要な観察、記録及び報告を含めたチームでのコミュニケーションの方法を理解することを目的とすること。
	老化と認知症の理解	9	加齢・老化に伴う心身の変化及び疾病並びに認知症の利用者を支援する際の基本的な視点を理解することを目的とすること。
	障害の理解	3	障害の概念及び国際生活機能分類並びに障害者福祉の基本的な考え方について理解することを目的とすること。
	こころとからだのしくみと生活支援技術	24	介護技術の根拠となる人体の構造及び機能に関する知識を習得し、生活援助が中心である指定訪問介護の安全な提供方法等を理解することを目的とするとともに、その習得状況を確認すること。
	振り返り	2	必要に応じて、施設の見学等の実習を活用すること。
合計		59	

(注) 上記とは別に、筆記試験による修了評価(30分程度)を実施すること。

(注) 各科目については、講義と演習を一体で実施すること。

特に「こころとからだのしくみと生活支援技術」においては、移動・移乗に関連した実習を2時間実施すること。

入門的研修と各種研修等との関係



訪問介護 ⑤集合住宅居住者にサービス提供する場合の報酬 (平成30年度介護報酬改定)

概要

同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬について以下の見直しを行う。

- ア 訪問介護のサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直し、いずれの場合も有料老人ホーム等（※）以外の建物も対象とする。
- i 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（有料老人ホーム等（※）に限る）に居住する者
 - ii 上記以外の範囲に所在する建物（有料老人ホーム等（※）に限る）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）
- イ また i について、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合は、減算幅を見直す。
- ※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅
- ウ 上記ア又はイによる減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記ア又はイによる減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

単位数・算定要件等

<現行>

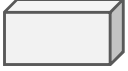
減算等の内容	算定要件
10%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（ <u>養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る</u> ）に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物（ <u>建物の定義は同上</u> ）に居住する者 （当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

<改定後>

減算等の内容	算定要件
①・③10%減算 ②15%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（ <u>②に該当する場合を除く。</u> ） ② <u>上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合</u> ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者 （当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

集合住宅居住者へのサービス提供に係る評価のイメージ図(訪問介護の場合) (平成30年度介護報酬改定)

(平成24年度より導入)

脚注 :  減算となるもの  減算とならないもの

訪問介護事業所と住宅が幅員の広い道路に隔てられている場合

当該住宅に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合(建物毎で計算) ⇒ 15%減算

集合住宅に、当該訪問介護事業所の利用者が20人以上いる場合 ⇒ 10%減算

訪問介護事業所と住宅が同一建物に併設している場合 ⇒ 10%減算

住宅

訪問介護事業所

住宅

住宅

訪問介護事業所と住宅が隣接する敷地に併設している場合 ⇒ 10%減算

訪問介護事業所と住宅が公道を隔てた敷地に併設している場合 ⇒ 10%減算

同一敷地内にある複数の集合住宅の利用者数を合計すると20人以上になる場合

集合住宅
(利用者20人以上)

集合住宅
(利用者15人)

集合住宅
(利用者10人)

集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度額の計算方法の見直し等 (平成30年度介護報酬改定)

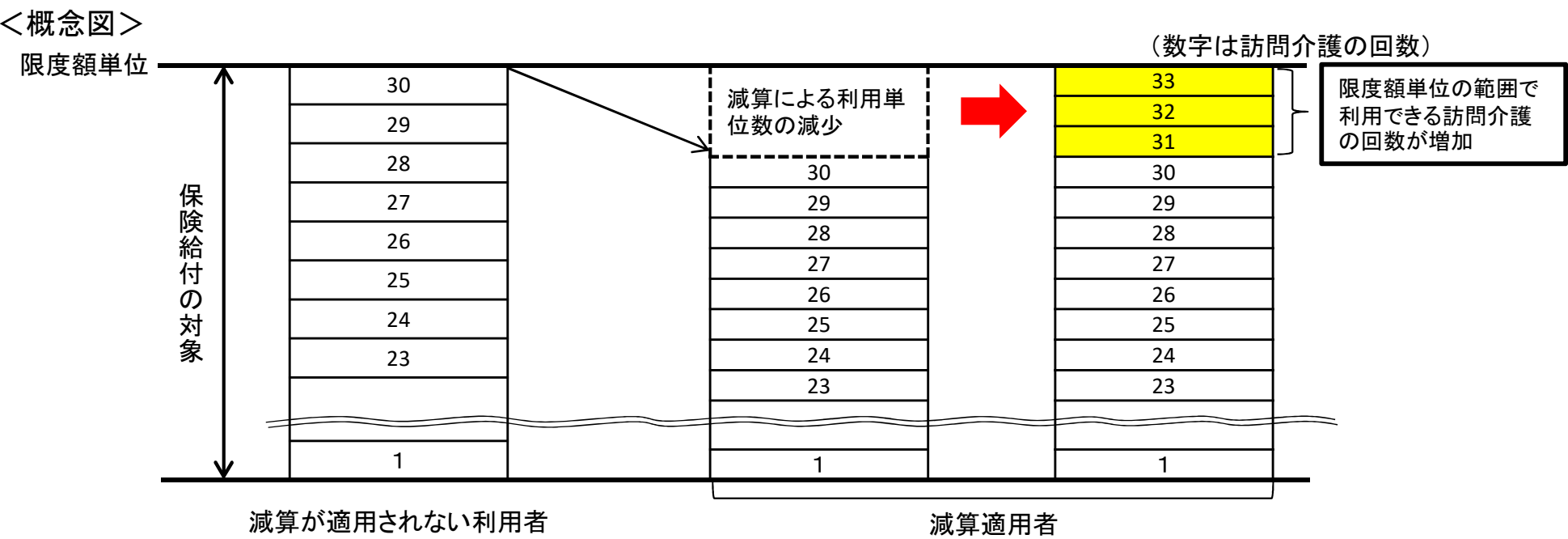
○ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

各種の訪問系サービス

○ 訪問系サービスにおける同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算について区分支給限度基準額の対象外に位置付けることとし、当該減算の適用を受ける者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

(参考) 有料老人ホーム等の入居者が利用する訪問介護に係る介護給付費の算定について (抜粋)
(平成29年10月19日付 会計検査院による意見表示)

<会計検査院が表示する意見(抜粋)>
○ 介護給付費の算定に当たり、限度額の設定方法及び同一建物減算の趣旨を踏まえて保険給付の公平性が確保されるようにするために、同一建物減算の適用の有無により介護保険として利用できる訪問介護の回数に差違が生ずることのないようにするための措置を講ずるよう意見を表示する。



訪問介護 ⑥訪問回数の多い利用者への対応 (平成30年度介護報酬改定)

概要

※ 平成30年10月1日施行

ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数(※)以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。【省令改正】

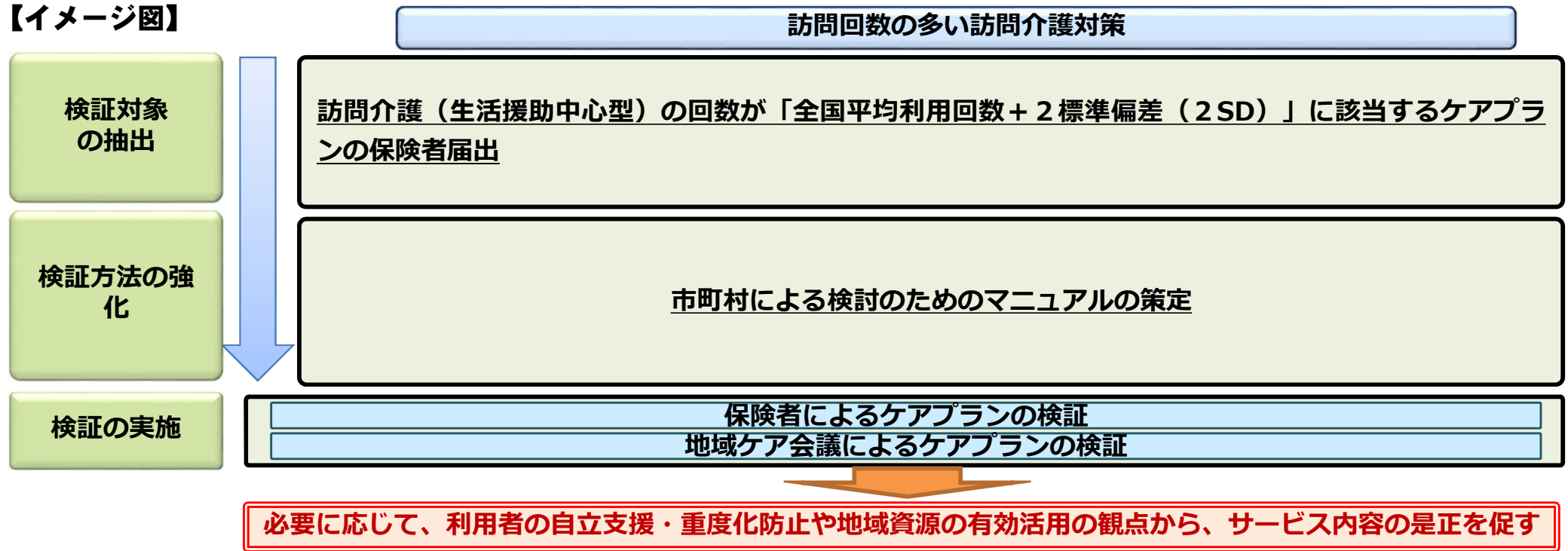
(※) 厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護(平成30年5月2日厚生労働省告示第218号)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

「全国平均利用回数＋2標準偏差」を基準として設定

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の再検討を促す。【省令改正】

【イメージ図】



多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き(概要)

「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について（平成30年10月9日厚生労働省老健局振興課事務連絡）抜粋

今回の見直しは、利用者は様々な事情を抱えていることを踏まえ、利用者の自立支援・重度化防止によってより良いサービスを提供することを目的とするものであり、介護支援専門員の視点だけではなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の再検討を促すものです。生活援助中心型サービスが一定回数以上となったことをもってサービスの利用制限を行うものではありません。

また、ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得ることが必要であることから、市町村は介護支援専門員や本人に丁寧かつ十分に説明をする必要があります。

多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き（抜粋） ～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～

平成30年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

この手引きのねらいと特徴

- ・ 市町村の介護保険担当職員を読者として想定し、ケアマネジメント支援における保険者の役割や、ケアプランに係る議論の基本的な考え方を紹介しています。
- ・ 市町村におけるケアマネジメント支援の場において、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点で、多職種の視点からケアプランについて議論を行う際の手引きとして活用されることを期待しています。
- ・ 回数の多い訪問介護（生活援助中心型）が位置づけられたケアプランについて検討を行う際の参考となるよう、事例を用いて議論のポイントを解説しています。

手引きの構成と内容

1. この手引きについて	➤ 手引きのねらいの説明 ➤ ケアマネジメント支援の説明 ➤ 訪問回数の多いケアプランの取り扱いの説明 ➤ 手引きの構成と活用方法
2. 地域ケア個別会議等における多職種の視点	➤ 多職種によるケアプランに係る議論についての解説 保険者の役割とかかわり方 自立に向けたケアプランの理解 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み 地域ケア個別会議によるケアプランに係る議論の方法 ➤ 資料確認の視点の解説 ➤ 地域ケア個別会議における司会者の役割の説明 ➤ 地域ケア個別会議における事例提供者の役割の説明 ➤ 地域ケア個別会議における専門職の役割と職種別の助言のポイントの説明
3. 事例紹介	➤ 訪問回数の多い訪問介護サービスの事例による、ケアプランに係る議論の視点と考え方の解説
4. 資料編	➤ 参考資料の紹介

多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き(抜粋)①

～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～

手引きのねらいの説明	● この「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」は、<u>市町村の職員が、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、ケアマネジメント支援を目的として、地域ケア個別会議等を活用して、多職種の視点から居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）について議論を行う際の参考として作成されました。</u> ● ケアマネジメント支援を目的としたケアプランに係る議論における市町村の役割や基本的な考え方や視点を解説するとともに、多職種の視点からケアプランについて検討を行うために、地域ケア個別会議やその他の仕組みの活用の考え方、多職種の専門性に基づくケアプランに係る議論、助言の視点を整理したものです。 ● 市町村においては、必然的に多職種が参集する地域ケア個別会議を通じてケアプランについて議論を行うことが基本となりますが、地域ケア個別会議以外の方法（具体的な方法は市町村で検討します）で行う場合についても、この手引きが参考となります。 ● また、平成30年10月より、訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランについて、市町村が地域ケア個別会議等で検討することとされています。これは、自立支援・重度化防止の観点から行うものであり、対象とするケアプランを否定することを前提に行うものではありません。この手引きでは、訪問回数の多いケアプランに係る議論の際の視点を紹介しています。ただし、このようなケースに限らず、要介護者のケアプランを自立支援・重度化防止の観点から検討する場合に広く活用することが可能です。 この手引きのねらいと特徴 ・ <u>市町村の介護保険担当職員</u>を読者として想定し、<u>ケアマネジメント支援における保険者の役割や、ケアプランに係る議論の基本的な考え方</u>を紹介しています。 ・ 市町村におけるケアマネジメント支援の場において、<u>利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点で、多職種の視点からケアプランについて議論を行う際の手引きとして活用されることを期待しています。</u> ・ 回数の多い訪問介護（生活援助中心型）が位置づけられたケアプランについて検討を行う際の参考となるよう、事例を用いて議論のポイントを解説しています。
ケアマネジメント支援の説明	● ケアプランに係る議論を通して、自立に資するケアマネジメントとなるよう支援することが必要です。 ● ケアマネジメント支援とは、介護保険法や地域包括ケアの理念である「尊厳の保持」や「自立」を目指した包括的で継続的なケアマネジメントとなるよう支援することです。そのためには利用者本人の意思が十分に反映されていることが重要となります。また、地域を基盤とした支援となっているか、利用者から見て一体的支援になっているかなどの視点も重要になります。ケアプランについて議論する際にも、介護支援専門員を中心として行われるケアマネジメントにこれらの視点が反映されるよう支援することが必要です。

多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き(抜粋)②

～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～

訪問回数の多いケアプランの取り扱いの説明

【趣旨について】

- 訪問介護における生活援助中心型サービスについては、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検討を行うこととされています。
- 平成30年度介護報酬改定において、生活援助中心型サービスの利用回数（所要時間20分以上45分未満、45分以上のサービスの合計回数）が合計90回以上の被保険者のいる保険者に対し、具体的な利用状況とサービスの必要性の検証の有無について調査を実施したところ、その対象となる事例について、保険者の意見としては、大多数が適切なサービス利用であると回答されました。
生活援助中心型サービスについては、利用者において様々な事情を抱える場合もあることを踏まえて、利用者の自立支援にとって、より良いサービスとするため、介護支援専門員の視点だけではなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の再検討を促すこととなりました。
- 今回の見直しは、一定回数以上となったことをもって利用制限を行うものではありません。ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要があり、ケアプランの変更を強制することはできないため、介護支援専門員や市町村は本人に十分説明をする必要があります。
- また、ケアプランに係る議論を行った後も、引き続き、当該利用者の定期的な状況把握を行うなど、介護支援専門員への継続的な支援が求められます。
- さらに、地域包括ケアシステムの構築の観点からも、保険者が在宅の要介護者のサービス利用状況を正確に把握することは重要であり、そのことが保険者機能の強化につながるものと考えられます。なお、平成30年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標においては、指標の一つとして、「生活援助の訪問回数の多いケアプラン（生活援助ケアプラン）の地域ケア会議等での検証について、実施体制を確保しているか。」が設けられており、保険者においては、多職種の確保等に努めることが期待されています。
- なお、平成30年度介護報酬改定では、訪問介護について、上記の取り組みのほか、身体介護に重点を置いて報酬を引き上げるとともに、外部のリハビリテーション専門職等と連携した取り組みの評価、身体介護として行う自立支援に資するような見守り援助の明確化により、自立支援・重度化防止に資するサービスを推進・評価することとされています。
- 訪問介護における自立支援・重度化防止については、利用者のADL向上に限られるものでなく、IADL等の向上によりQOLの向上を目指すものでもあることに留意が必要です。

【届出対象について】

- 上記のケアプランの届出については、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第18号の2において、介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。）を位置付ける場合に、当該居宅サービス計画を市町村に届け出ることとされています。
- 届出の対象となる訪問介護の種類は生活援助中心型サービス（生活援助加算は対象外である。）とし、届出の要否の基準となる回数は、要介護度別の「全国平均利用回数＋2標準偏差（2SD）※1」が基準とされています。
（※1）全国での利用回数の標準偏差に2を乗じた回数
- 具体的には、直近の1年間（平成28年10月～平成29年9月分）の給付実績（全国）を基に、各月における要介護度別の「全国平均利用回数＋2標準偏差（2SD）」の回数を算出した上で、要介護度別に最大値となる月の回数をを用いることとし、要介護状態区分に応じてそれぞれ1月あたり下表の回数以上※2とされています。

表 届出の要否の基準となる生活援助中心型サービスの回数

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

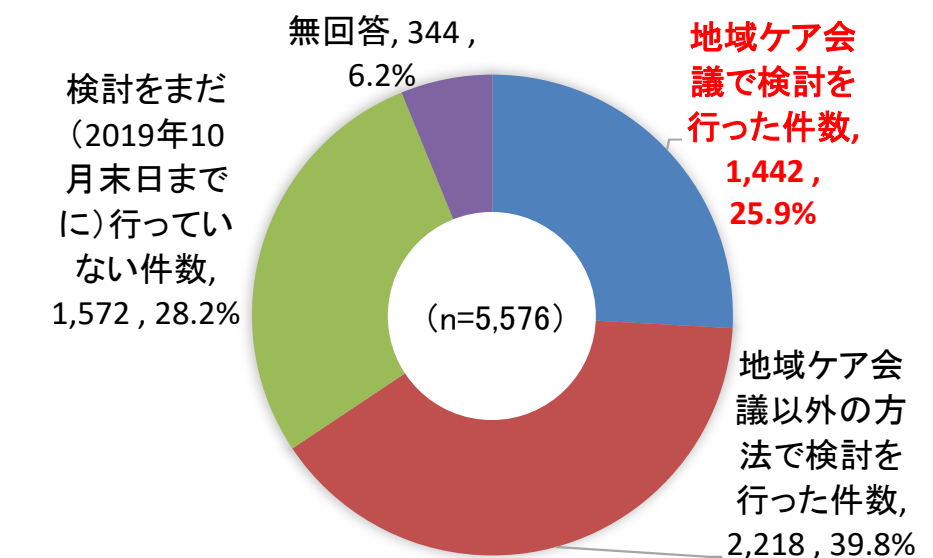
（※2）要介護度ごとに上記の回数以上の生活援助中心型サービスを位置づける場合は届出が必要となる。

（※3）月変更で要介護度が変わる場合には、より多い回数を基準とする。

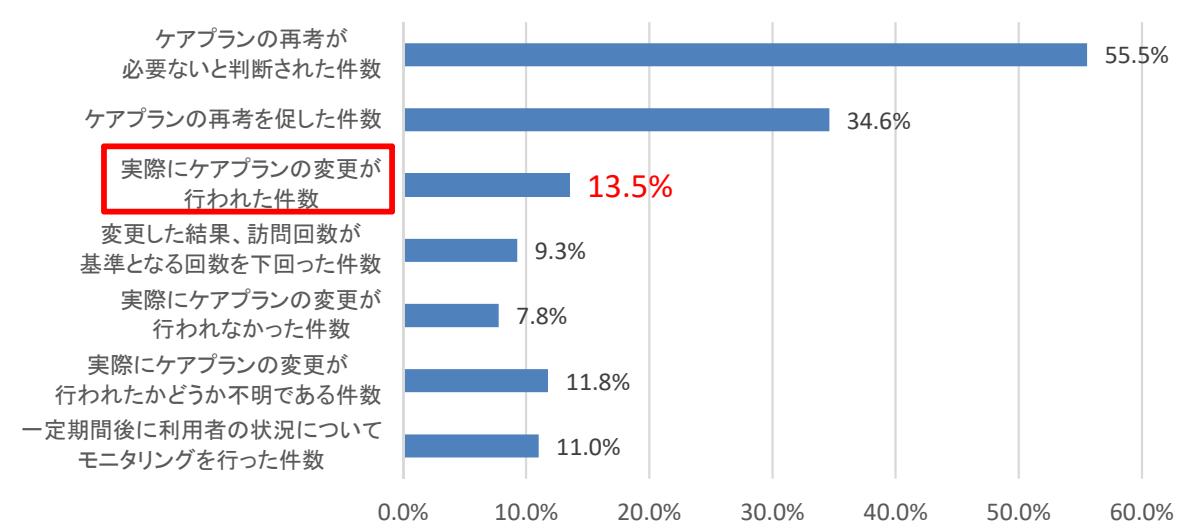
訪問介護 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの件数(平成30年10月～令和元年9月)

- 平成30年10月から令和元年9月の間に、市町村へ届け出のあった訪問回数の多いケアプランのうち、「地域ケア会議で検討を行った件数」は1,442件で、全体の25.9%。
- 地域ケア会議で検討を行った件数の内訳では「実際にケアプランの変更が行われた件数」が13.5%。

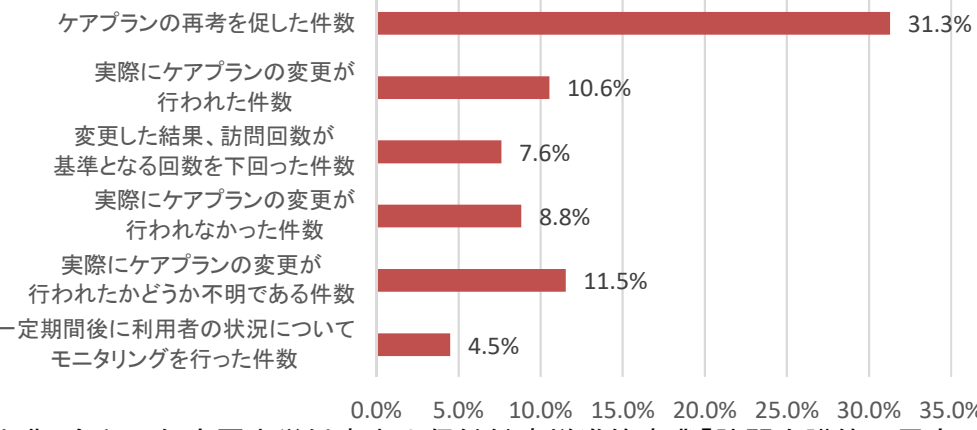
[届出のあった訪問回数が多いケアプランの内訳]



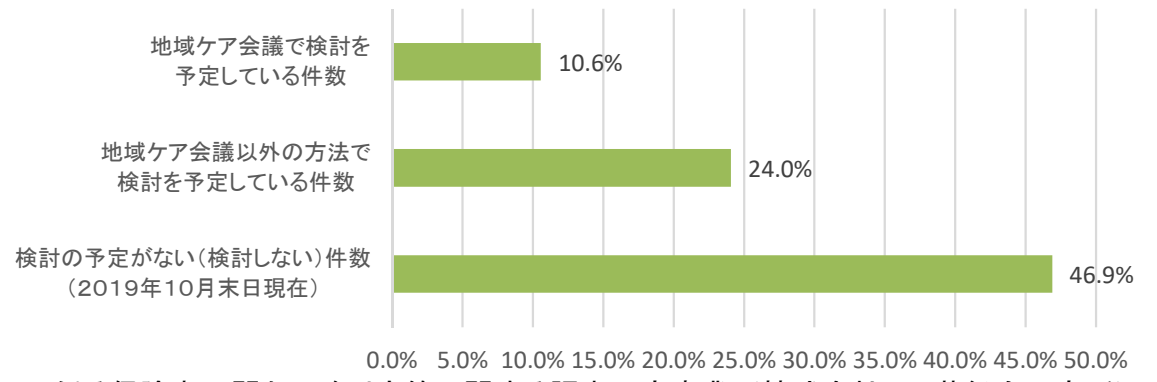
[地域ケア会議で検討を行った件数の内訳(複数回答)] (n=1,442)



[地域ケア会議以外の方法で検討を行った件数の内訳] (n=2,218)



[検討をまだ(2019年10月末日)までに行っていない件数の内訳] (n=1,572)



出典：令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業」(株式会社 三菱総合研究所)
※ 調査票回収率63.2%(1,572の保険者(市区町村、広域連合))を対象とした調査を行い、回答数が994件だった。
※ 件数の内訳には無回答を含むため、合計が100%にならない場合がある。

訪問介護 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの検証の目的に即した検討事例等
(保険者への調査)

[訪問回数が多いケアプランの届出を受けて、地域ケア会議等で検討された事例]

	要介護度 認知症の有無 (認知症高齢者の 日常生活自立度) 独居・同居	サービスの 利用状況	生活援助理由	サービス担当者会議で再考後のケアプラン	結果の概要
1	要介護3 有(Ⅱa) 独居	生活援助 43回/月 通所リハビリ テーション 3回/週	誤嚥性肺炎を繰り返していた。体重減少がみられ食事を支援するために生活援助を利用。その結果、身体状況が改善したにもかかわらず、利用者の希望で、ケアプランがそのまま維持されていた。	・ケアプラン指導研修の専門職からの助言をもとに、再度アセスメントを行い、現状を把握。 ・嚥下機能について、ケアプラン指導研修のSTからの助言をもとに本人の状態を再アセスメント。その結果を主治医に報告。主治医から本人に、食べたいものを食べられるようにするためにも嚥下機能訓練が必要だということを再度説明し理解を求めた。 ・本人は寝たきりになりたくないというリハビリに対して意欲的だったことから、身体機能全体の維持・向上が嚥下機能の向上にもつながり、むせたり詰まらせたりせずに自分の好きなものを食べるという目標が達成できるのではないかと介護支援専門員が本人に話した。 ・あらためてケアプランを作成。通所リハビリテーションにSTの評価と訓練を位置付け、リハビリを開始した。同時に、訪問介護からは、本人が自分で出来る調理の工夫の提案等を行っていくこととなった。	経験の浅い介護支援専門員が保険者の助力を得て、医療的評価をもとに生活援助が見直され、ケアプランの質の向上を果たした事例
2	要介護2 若年性認知症 独居	生活援助 34～35回/月 訪問看護 4回/月	認知機能の低下によりゴミ捨てができず生活環境の衛生管理が必要。糖尿病治療のため食事や服薬の支援、毎日の生活支援が必要な状態。両親は他界しており、県内他市にそれぞれ在住する弟2人(次男、三男)の支援も受けられない。地域でも孤立し、就労継続が困難になってきているため。	・就労を前提とした服薬支援を検討したところ、出勤中は会社による支援、週末や早朝夜間は三男からの連絡で服薬を促すこととなった。そこで、服薬管理は薬剤師による居宅療養管理指導によって行うこととし、訪問看護の利用を中止した。 ・本人との関係が良好である三男が就労支援に意欲をもっており、買い物支援と通院同行の一部を申し出たため、サービス利用回数を減らした。	若年性認知症支援コーディネーターの助言を得て、家族や地域との関係を再構築し、孤立の予防につなげることで適正なサービスに改善した事例
3	要介護3 無 同居	生活援助 10回/週 訪問看護 3回/週 福祉用具貸与 5品目	・本人は、すくみ足で転倒しやすく、事前に妻が用意した昼食を冷蔵庫から取り出し温めることができなかった。夕食時に利用している配食サービスの弁当を玄関のある2階に取りに行くこともできなかった。さらに、食事前のポータブルトイレ処理ができない。 ・そのため、月～土、昼食と夕食の時間帯に生活援助を行っていた。	・本人にリハビリ等での外出を促す訪問看護を加えることにより、外出の機会ができた。 ・就業している妻に認知面での不安があることを、娘家族と意識合わせをしたところ、娘家族が接点を増やすことに賛同してくれた。同居の妻や娘家族が、本人の自立への意欲向上にもつながるよう、食事の配膳やポータブルトイレの処理を行うこととなった。その結果として、生活援助の回数が減った。 ・就業している妻に認知面での不安があることも分かったため、モニタリングを続けながらチームでの課題対応に取り組むことを確認した。	家族の負担に配慮しつつも、本人が既に持っていた「自分でできることを増やしたい」という思いを叶えるべく可能な範囲で家事を分担しあうことで家族のつながりを強め、本人の意欲向上がみられた事例
4	要介護1 無 独居	生活援助 月～金に 2回/日 訪問看護 1回/週	・平成17年9月悪性関節リウマチと診断。ステロイド治療開始し、改善傾向となったが、骨破壊は進行し、両手指足趾ともに変形、拘縮が見られる。 ・ステロイド骨粗鬆症による腰椎圧迫骨折のため、介助にて起立はできるが、ADLはほぼ介助が必要となっており、生活援助が毎日2回入っている状況。 ・当初訪問リハビリがサービスに入っていたが、本人が負荷を感じてサービスを拒否することが多かったため、届出時点では中断していた。 ・娘は近隣に暮らしているが、利用者との関係性が希薄で、頼ることができない状況であった。	・これまで不定期の訪問であった娘と話し合いを行い、本人が車いすでの外出(旅行)の意向があることがわかった。旅行の実現のために、まずは食事や移乗の際に自分でできることを増やしていくことになった。 ・また、旅行という目標ができたことで、身体機能の可動域向上を目的とした訪問看護(訪問リハビリ)を新たに開始した。毎週1回40分。 ・平日の朝食の一部は娘が訪問して、一緒に調理・食事をしてコミュニケーションを増やす工夫をすることとなった。結果として、朝の訪問介護の回数が減少した。	生活援助の目的を再点検し、身体機能の改善意欲向上や孤独感の軽減などを目的としたプラン・サービスに見直したことにより、生活援助が減少した事例

[訪問回数の多いケアプランの検証についての問題点や懸念(抜粋)]

検証制度自体に関する内容	○ 回数を減らすことはできなかったが、多職種からの意見で、生活の質を見直す機会になった。訪問介護の現実を知ることでもできた。
--------------	--

訪問介護 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの検証についての問題点や懸念 (保険者への調査)

検証制度自体に関する内容	○ 回数を制限するものではないとしながらも、(ケアマネの資質にもよるが)結果的に必要なサービスが受けられなかったり、施設に入所することに繋がること等が懸念される。 ○ 本制度はケアプランを否定するものでも利用制限を行うものでもない旨を保険者として説明しているところではあるが、本制度開始以降、プランの届出を避ける目的と思われるケアプランの変更が見られた。結果として、不要なサービスの増加(給付費も増加)につながるのであれば、適正化の動きと逆行しているように感じる。
基準や手法に関する内容	○ 同一理由によりケアプランの変更がないものについても、毎回提出を促すのは保険者やケアマネの業務量の増大につながるため、一定の基準を設けてほしい。 ○ 回数によって抽出されているが、独居の方がほとんどであり、認知症や末期がんの方も多く、生活するうえでやむをえないかと考えられるものが多い。状況的に再抽出が必要と考えられる方も多く、回数が多いから不適切といった状態ではないので、現在の手法では適正な支援につながらないのではないかと。
プロセス、フローに関する内容	○ 介護支援専門員自身もケアマネジメントに苦悩しているケースに対し、多くの職員が専門職ではない中で、どのように再考を促せば良いか、検証後の対応方法の構築に苦慮している。
検証の体制に関する内容	○ 検証の手続きが煩雑(多職種のため、ケアプラン作成者、薬剤師、作業療法士など多くの職種の参加が必要) ○ 本件に係わらず他職種連携は効果的と考えるが、医師や薬剤師、リハ専門職の会議参加は、時間の設定、報酬等、さまざまな制約がありハードルが高い。
関係者の負担の増加に関する内容	○ 検証しても意味がないので検証不要として欲しい(必要であるからケアプランに位置付けられているのであり、検証してもケアプランの再考につながるとは思えない。市町村の負担が増えただけと考える) ○ 事務が多い(事務局としての日程調整・提出させた資料に記載された個人情報(黒塗り)・ケアプラン点検・専門職との打ち合わせ・地域ケア会議等にかかる資料作成・会議内容のとりまとめ・各種書類発送ととりまとめ)
介護支援専門員(ケアマネジャー)の認識等に関する内容	○ 地域ケア会議で多職種から様々な助言を受けても、本人からの合意が得られず、ケアプランの変更にもつながらない等、ケア会議後の介護支援専門員のフォローについて考える必要がある。
事業者に関する内容	○ 届出を提出してこない事業者が散見され、毎月該当の疑いがある事業者を抽出し、1件ずつ電話で確認しており、非常に事務負担が大きい。
地域性に関する内容	○ 本町では生活援助中心型の訪問介護に代替する機能を果たす、サービスが地域住民の任意の助け合いやシルバー人材センターのサービスなど極めて限られている状態である。今後事例が出てきた際に検討を行うが、代替サービスの提案など改善手法が見出せないまま議論が終結してしまう可能性がある。 ○ 人員の関係からすべてのケアプランについて検証を行うのは難しい。また、地域要因(買い物困難等)により出る差を考慮した回数なのかが疑問。
生活援助と身体介護に関する内容	○ 生活援助の給付費は減となっても身体介護に振り替えられ、身体介護の給付額が増となっていないかの検証が必要と思われる。またケアプランの内容とサービス提供実態の整合性の確認が必要となっていると感じている。 ○ 提出を逃れるために、適切に検討されることなく生活援助から身体介護に置き換えられたケアプランが多数あることが予想されており、本制度による介護報酬の増加が懸念される。
対象ケースと見直しに関する内容	○ 訪問介護の生活援助回数が多い事例については、他の障害(精神障害等)を有しており、生活援助回数の削減を図ることが困難な状況がある。 ○ 一定回数に満たないようにサービス調整をするケースがある。
上記以外の内容	○ 訪問回数が多いケアプランを地域ケア会議の提出事例対象となつてからは、同ケアプランは見られなくなった。ケアマネジメントの再考なしに介護度に合わせた回数基準未満にしたのであれば、自立支援及び重度化防止に向けたケアプランではないと思われる。 ○ 訪問介護の現場では、頻回に訪問が必要な利用者は現在の利用回数でも本当は足りないが切り詰めて現在の訪問回数としている場合がほとんどであるという声を聴いている。代替の地域支援事業もないのが現状で、保険者で再検討を促すに至っていない。

訪問介護 ⑦サービス提供責任者の役割や任用要件等の明確化 (平成30年度介護報酬改定)

概要

- サービス提供責任者の役割や任用要件等について以下の見直しを行う。
- ア サービス提供責任者のうち、初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者は任用要件から廃止する。ただし、現に従事している者については1年間の経過措置を設ける。【告示改正】
また、初任者研修課程修了者又は旧2級課程修了者であるサービス提供責任者を配置している場合に係る減算についても、上記に合わせて、平成30年度は現に従事している者に限定し、平成31年度以降は廃止する。
- イ 訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気付きをサービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有することについて、サービス提供責任者の責務として明確化する。【省令改正】
- ウ 訪問介護の所要時間については、実際の提供時間ではなく、標準的な時間を基準としてケアプランが作成される。一方で、標準時間と実際の提供時間が著しく乖離している場合には、実際の提供時間に応じた時間にプランを見直すべきであることから、サービス提供責任者は、提供時間を記録するとともに、著しくプラン上の標準時間と乖離している場合にはケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーは必要に応じたプランの見直しをすることを明確化する。【通知改正】
- エ 訪問介護事業者は、居宅介護支援事業所のケアマネジャー（セルフケアプランの場合には当該被保険者）に対して、自身の事業所のサービス利用に係る不当な働きかけを行ってはならない旨を明確化する。【省令改正】

サービス提供責任者の役割について

(ポイント)

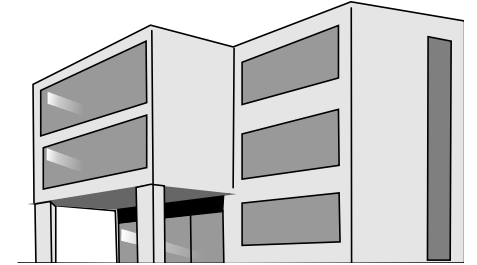
- ヘルパーが利用者の在宅での状況（服薬状況を含む）を誰よりも把握しているがその状況が関係者間で共有されていない。
- ヘルパー⇒サ責⇒ケアマネとヘルパーが介護現場で把握した状況が関係者（主治医・薬剤師を含む）に情報共有され、ケアマネジメントに活かすことが必要 ⇒ 利用者の自立支援・重度化防止に寄与

- 連絡・調整
- サービス担当者会議での情報共有（サ責）
- ケアプラン変更の援助

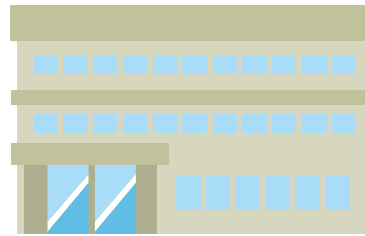
居宅介護支援事業所



(ケアマネ)



訪問介護事業所



(管理者⇒サ責⇒ヘルパー)



- 訪問介護計画の作成（サ責）
- 訪問介護サービスの提供

自宅（生活の場・介護現場）

(利用者・ヘルパー)



- アセスメント
- ケアプラン作成
- サービス事業者との連絡・調整
- モニタリング
- 給付管理業務

サービス提供責任者の役割の明確化①

○ 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（抄）（平成11年9月17日老企第25号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）【改正後】

（16） 管理者及びサービス提供責任者の責務 （中略）

また、同条第3項第2号の2において、サービス提供責任者は居宅介護支援事業者等に対して、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況や口腔機能等の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこととされているが、情報の提供は、サービス担当者会議等を通じて行うことも差し支えない。必要な情報の内容については、例えば、

- ・ 薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・ 薬の服用を拒絶している
- ・ 使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・ 口臭や口腔内出血がある
- ・ 体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・ 食事量や食事回数に変化がある
- ・ 下痢や便秘が続いている
- ・ 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・ リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報が考えられるが、居宅介護支援事業者等に対して情報提供する内容は、サービス提供責任者が適切に判断することとする。なお、必要な情報の提供については、あらかじめ、サービス担当者会議等で居宅介護支援事業者等と調整しておくことが望ましい。

○ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）【改正後】

（4） 訪問介護の所要時間

- ③ 指定訪問介護事業者は、訪問介護員等に、指定訪問介護を実際に行った時間を記録させるとともに、当該時間が①により算出された指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間に比べ著しく短時間となっている状態が続く場合には、サービス提供責任者に、介護支援専門員と調整の上、訪問介護計画の見直しを行わせるものとする。具体的には、介護報酬の算定に当たっての時間区分を下回る状態（例えば、身体介護中心型において、標準的な時間は45分、実績は20分の場合）が1カ月以上継続する等、常態化している場合等が該当する。

サービス提供責任者の役割の明確化②

○ 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（抄）（平成11年9月17日老企第25号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）【改正後】

（17） サービス提供責任者による訪問介護員等に対する業務管理、研修、技術指導等

居宅基準第28条第3項第4号から第7号までにおいて、サービス提供責任者による訪問介護員等に対する業務管理や研修、技術指導等が規定されているところである。

平成30年度以降、生活援助中心型のみに従事することができる生活援助従事者研修修了者が従事するようになることから、当該研修修了者を含む訪問介護員等であって、指定訪問介護に従事したことがない者については、初回訪問時にサービス提供責任者が同行するなどのOJTを通じて支援を行うこととする。また、緊急時の対応等についてもあらかじめ当該訪問介護員等に指導しておくこととする。

さらに、生活援助従事者研修修了者である訪問介護員等が所属している指定訪問介護事業所のサービス提供責任者は、当該訪問介護員等が生活援助中心型しか提供できないことを踏まえ、利用者の状況を判断の上、適切な業務管理を行うこととする。具体的には、生活援助中心型のみ利用している利用者に対する指定訪問介護に従事させることなどが考えられる。

（23） 不当な働きかけの禁止

居宅基準第34条の2は、居宅介護支援事業者に対する利益供与に当たらない場合であっても、指定訪問介護事業者が、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、介護支援専門員又は被保険者に対して、利用者に必要のないサービスを位置付けるよう求めることなどの不当な働きかけを行ってはならないこととしたものである。具体的には、例えば、指定訪問介護事業者と居宅介護支援事業者が同一法人等である場合や同一の建物等に所在する場合において、当該利用者の状況を勘案することなく、自らが提供する訪問介護サービスを居宅サービス計画に位置付けるよう働きかけるような場合が該当する。

訪問介護の経営状況

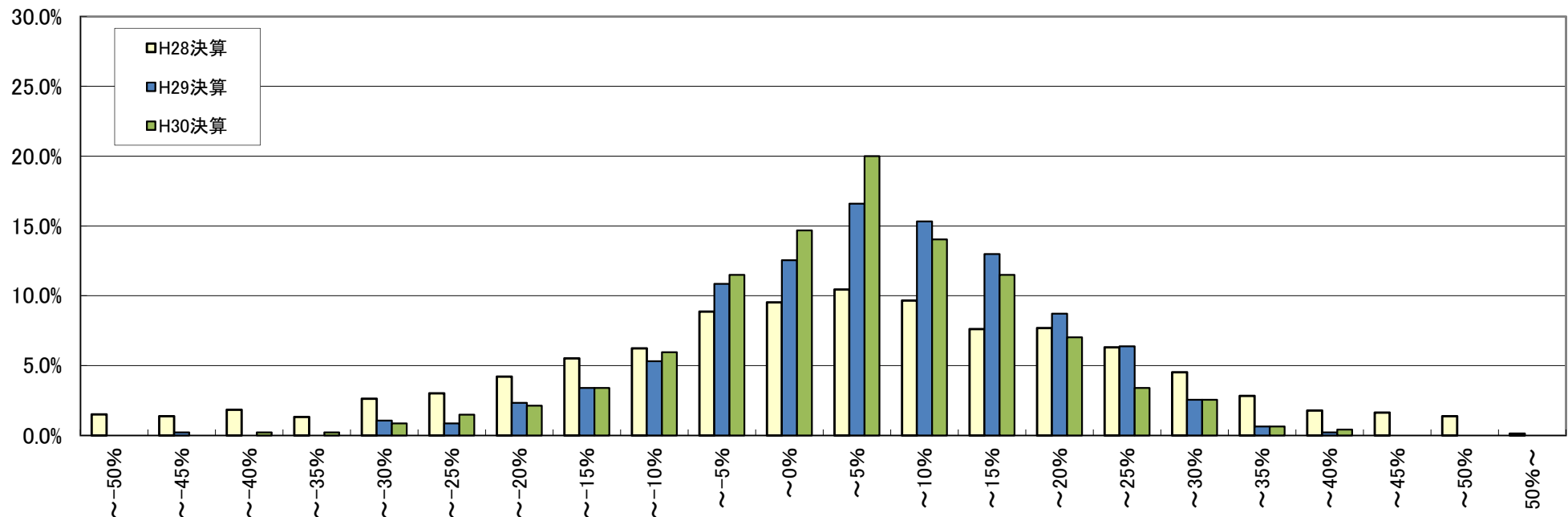
○ 訪問介護の収支差率は4.5%となっている。

■ 訪問介護サービスにおける収支差率 ()内は税引後収支差率

有効回答数 = 470

サービスの種類	令和元年度 概況調査		
	H29年度 決算	H30年度 決算	対29年度 増減
訪問介護	6.0% (5.6%)	4.5% (4.1%)	－1.5% (－1.5%)

訪問介護(予防を含む)収支差率分布



訪問介護における特定事業所加算取得有無別の収支差率等

		全事業所		算定事業所		非算定事業所		
		千円		千円		千円		
1	Ⅰ 介護事業収益	(1)介護料収入	2,549		2,927		2,314	
2		(2)保険外の利用料	31		43		23	
3		(3)補助金収入	1		1		0	
4		(4)介護報酬査定減	-1		-1		-1	
5	Ⅱ 介護事業費用	(1)給与費	1,994	77.2%	2,279	76.7%	1,816	77.7%
6		(2)減価償却費	24	0.9%	24	0.8%	25	1.1%
7		(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	-1		-1		-1	
8		(4)その他	370	14.3%	415	13.9%	343	14.7%
9		うち委託費	23	0.9%	32	1.1%	17	0.7%
10	Ⅲ 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	2		2		2	
11	Ⅳ 介護事業外費用	(1)借入金利息	6		8		5	
12	Ⅴ 特別損失	(1)本部費繰入	72		94		58	
13	収入 ①＝Ⅰ＋Ⅲ		2,581		2,973		2,337	
14	支出 ②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅴ		2,464		2,818		2,245	
15	差引 ③＝①－②		117	4.5%	155	5.2%	93	4.0%
16	法人税等		12	0.5%	13	0.4%	11	0.5%
17	法人税等差引 ④＝③－法人税等		105	4.1%	142	4.8%	82	3.5%
18	有効回答数		470		189		281	

※ 比率は収入に対する割合である。
※ 各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。
※ 各項目の数値は、それぞれ表章単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致しない場合等がある。

19	延べ訪問回数		726.3回		838.5回		656.5回	
20	常勤換算職員数(常勤率)		7.9人	52.2%	9.0人	50.5%	7.3人	53.5%
21	介護職員常勤換算数(常勤率)		6.9人	47.7%	7.8人	45.6%	6.3人	49.2%
22 23 24 25	常勤換算1人当たり給与費							
	常勤	介護福祉士	316,789円		316,343円		317,214円	
		介護職員	299,836円		305,517円		295,779円	
	非常勤	介護福祉士	282,503円		282,963円		282,012円	
		介護職員	262,319円		262,924円		261,820円	

26	訪問1回当たり収入	3,554円		3,546円		3,561円	
27	訪問1回当たり支出	3,393円		3,361円		3,419円	
28	常勤換算職員1人当たり給与費	289,786円		295,758円		285,194円	
29	介護職員(常勤換算)1人当たり給与費	280,205円		282,361円		278,544円	
30	常勤換算職員1人当たり訪問回数	91.8回		93.5回		90.4回	
31	訪問介護員常勤換算1人当たり訪問回数	105.0回		106.9回		103.6回	

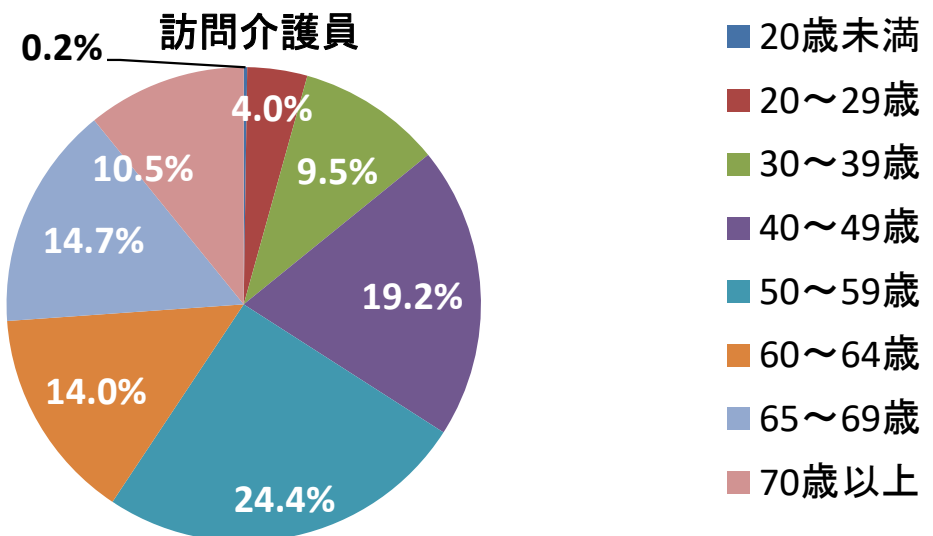
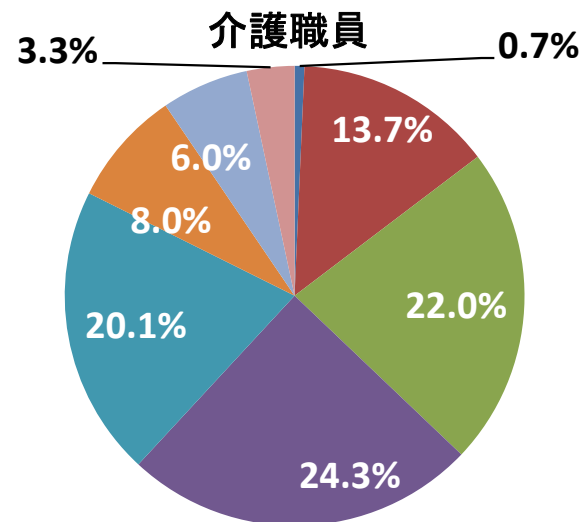
	収支差率
訪問介護 平均	4.5%
訪問介護(税引後)平均	4.1%

介護職員の現状(年齢構成)

○ 介護職員の年齢構成は、介護職員（施設等）については30～49歳、訪問介護員については40～59歳が主流となっている。訪問介護員においては、60歳以上が4割近くを占めている。

年齢構成(性別・職種別)

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70歳以上
介護職員(施設等)	0.7%	13.7%	22.0%	24.3%	20.1%	8.0%	6.0%	3.3%
男性 (24.7%)	0.7%	20.2%	32.5%	23.5%	11.1%	4.5%	3.8%	2.4%
女性 (73.6%)	0.7%	11.5%	18.5%	24.6%	23.0%	9.2%	6.8%	3.6%
訪問介護員	0.2%	4.0%	9.5%	19.2%	24.4%	14.0%	14.7%	10.5%
男性 (9.8%)	0.5%	13.6%	24.1%	21.4%	16.7%	8.0%	7.6%	5.5%
女性 (88.0%)	0.2%	2.9%	7.9%	18.9%	25.2%	14.7%	15.5%	11.0%

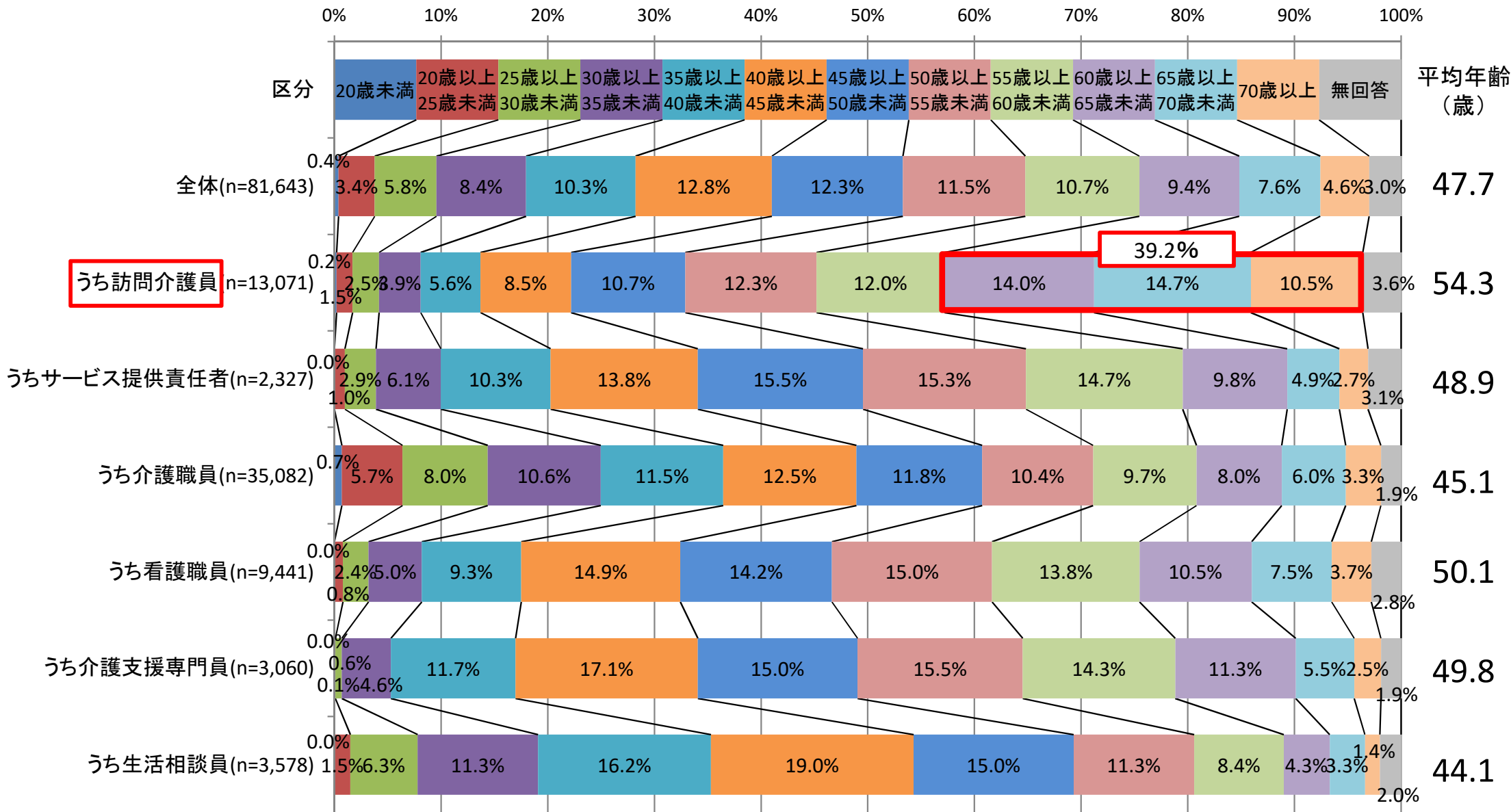


注)調査において無回答のものがあるため、合計しても100%とはならない。

【出典】平成30年度介護労働実態調査 ((財)介護労働安定センター)結果より、社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室において集計。

介護関係職種別の年齢階級別構成割合及び平均年齢

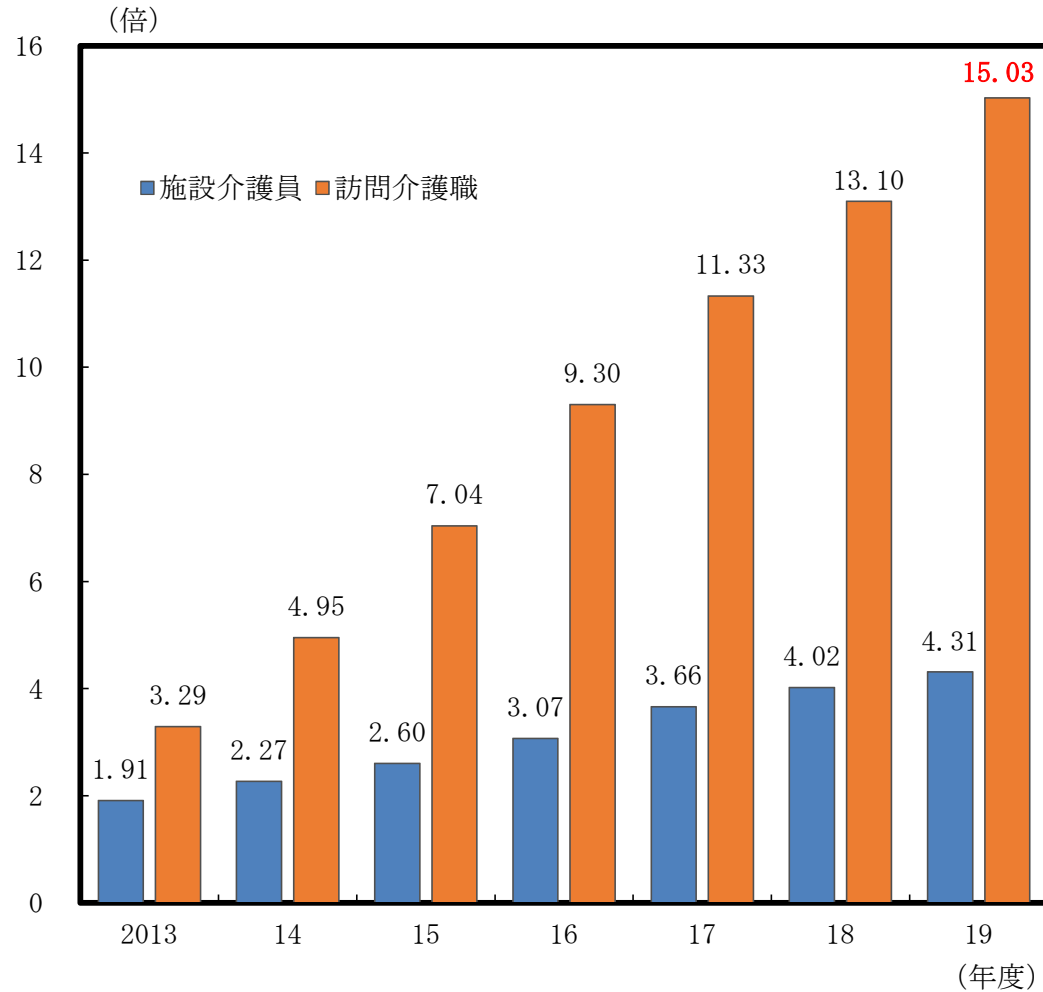
○ 訪問介護員の平均年齢は54.3歳、60歳以上の構成割合が約4割となっている。（平成30年10月1日時点）



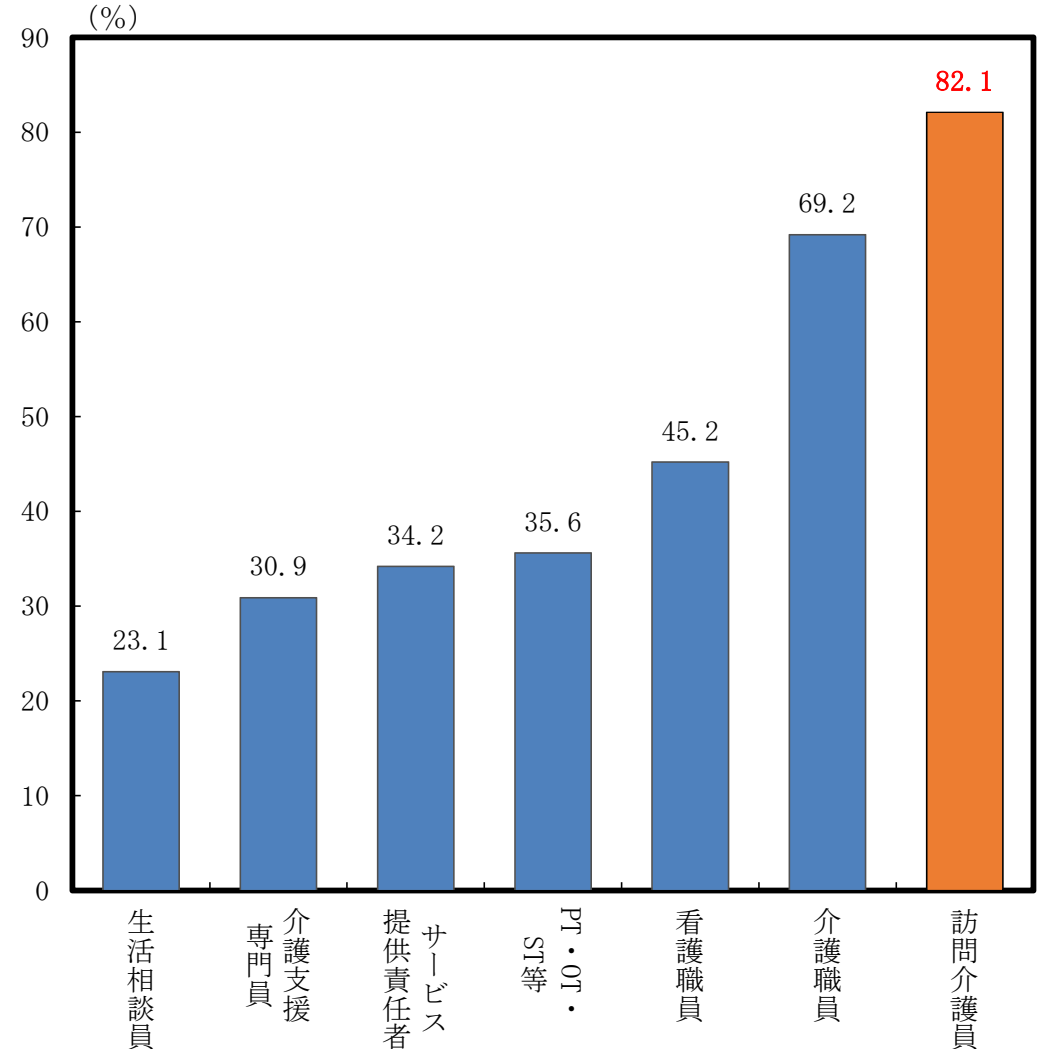
訪問介護員の人手不足の現状

- 介護サービス職員の有効求人倍率をみると、施設介護職員と比較して、訪問介護員の有効求人倍率が高くなっており、2019年度時点で15.03倍となっている。
- 職種別の介護労働者の人手不足感をみると、約8割の事業所が、訪問介護員の不足を感じている。

(1) 介護サービス職員の有効求人倍率



(2) 介護労働者の職種別の人手不足感
(人手が不足している事業所の割合)



- (備考) 1. (1) は、厚生労働省「職業安定業務統計」により作成。パートタイムを含む常用の値。平成23年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく、以下の職業分類区分の合計。
施設介護職員：「361 施設介護職員」、訪問介護職員：「362 訪問介護職員」。
2. (2) は、(公財)介護労働安定センター「平成30年度 介護労働実態調査」により作成。

訪問介護に関連する各種意見①

訪問介護の特定事業所加算の取得の条件整備について (令和2年1月10日一般社団法人日本在宅介護協会 訪問介護部会) 抜粋

- 住み慣れた自宅でできる限り自立した生活を営むという地域包括ケアシステムの構築において、訪問介護サービスは最も重要なサービスの1つと考えています。
しかし、近年、訪問介護員の確保が難しく、また訪問介護員の高齢化も進んでおり、必要な訪問介護サービスの提供ができていない懸念があります。訪問介護員の処遇改善のため、介護報酬（特に基本報酬）の向上をお願いしたいと思いますが、それが財政事情等により現実的ではない中、訪問介護事業所が特定事業所加算を算定することを促してまいりたいと考えています。
その際、特定事業所加算が区分支給限度基準額の管理対象となっていることが、弊害となっていると考えており、その一部の見直しをお願いしたいと存じます。

これまでの議論における主な意見について(特定事業所加算関係)

- 最後、区分支給限度額についてですが、以前から申し上げておりますが、加算による仕組みの場合に、利用者の負担が増すケースにおいて、実際には要件を満たしていても、事業者が加算をとれないということがままあります。こうしたときに、実際には処遇改善につながらないということにもなりかねません。今回の加算について、限度額に含まれないということについては非常に歓迎したいと思っておりますが、現在の既存の訪問介護の特定事業所加算なども限度額外とし、利用者にとって過度な負担につながらないように、ぜひ配慮をお願いしたいと思っております。
- 現実的には、質の向上に事業者が取り組んで、そのことに対する加算がついたとしても、利用者の負担増になることであるとか、区分支給限度額、このことをオーバーしてしまう等々の理由から、加算をとれるのにとらない事業者が多く存在をしています。
ぜひ、今回の報酬改定の論議では、利用者の負担のあり方であるとか、区分支給限度額の見直しも含めて、御検討をぜひいただきたいと考えております。
具体的には、処遇改善に向けた取組の一環として、サービス提供体制強化加算について、区分支給限度額の外ということで、提案が行われておりますが、訪問介護特定事業所加算の要件の中にも、この処遇改善に当たる体制、人員要件が含まれております。
この部分についても、区分支給限度額に含めない、そうした並列の同じ扱いにしていきたい、このことをぜひ求めたいと思っております。利用者の在宅生活、特に認知症の独居の方については、訪問介護サービスを最も利用している実態にあります。
こうしたことを考えて、ぜひこうした認知症の方々を支えるという観点からも、御検討をいただきたいと思っています。

※主な意見は第115回・第116回社会保障審議会介護給付費分科会議事録より抜粋

※太字下線については、事務局において加工したものである。

訪問介護に関連する各種意見②

経済財政運営と改革の基本方針2020について(令和2年7月17日 閣議決定) 抜粋

- ①「新たな日常」に対応した医療提供体制の構築等
(医療・介護分野におけるデータ利活用等の推進)

感染症の下、介護・障害福祉分野の人手不足に対応するとともに、対面以外の手段をできる限り活用する観点から、生産性向上に重点的に取り組む。(以下略)

令和3年度介護報酬改定への意見について(令和2年8月3日 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国ホームヘルパー協議会) 介護給付費分科会における関係団体ヒアリング資料の抜粋

- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い認められた特例を継続してください

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、訪問介護分野においても、たとえば特定事業所加算等(※)の算定要件のひとつである定期的な会議の開催が対面形式ではなく、文書やテレビ会議等の体面を伴わない代替手段での開催が可能になるなどの特例的な措置が行われています。新型コロナウイルスの収束が見通せない状況が続くなか、コロナ禍において、利用者の在宅生活を支えている訪問介護の重要性はさらに高まっています。今後も訪問介護事業者が利用者のニーズに柔軟に対応・運営できるよう、コロナ禍で認められたさまざまな特例の継続をお願いします。

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第9報) (令和2年4月15日 総務課認知症施策推進室他連名事務連絡) 抜粋

問4 訪問介護の特定事業所加算等(※)の算定要件のひとつである「定期的な会議の開催やサービス提供前の文書による指示・サービス提供後の報告」について、新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から、電話、文書、メール、テレビ会議等の対面を伴わない代替手段をもって開催の扱いとすることは可能か。

(答)

可能である。

「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」(令和2年2月17日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡)において、「特定事業所加算の算定要件である定期的な会議の開催やサービス提供前の文書による指示・サービス提供後の報告について、今般の被災等により、やむを得ず当該要件を満たすことができなくなった場合についても、当該加算の算定は可能である。」としている。

これには、感染拡大防止の観点からやむを得ない理由がある場合について、電話、文書、メール、テレビ会議等を活用するなどにより、柔軟に対応することも含まれるものである。

※ サービス提供体制強化加算や居宅介護支援の特定事業所加算の算定要件である定期的な会議の開催についても同様の取扱いとする。

※太字下線については、事務局において加工したものである。

訪問介護の特定事業所加算の算定要件

	算定要件	区分 加算率 (事業所の算定率)	I +20/100 (4.1%)	II +10/100 (21.5%)	III +10/100 (2.2%)	IV +5/100 (0.5%)
体制要件	(1) 訪問介護員等ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施		○	○	○	
	(2) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的な開催		○	○	○	○
	(3) 利用者情報の文書等による伝達(※)、訪問介護員等からの報告 (※) 直接面接しながら文書を手交する方法のほか、FAX、メール等によることも可能		○	○	○	○
	(4) 健康診断の定期的な実施		○	○	○	○
	(5) 緊急時等における対応方法の明示		○	○	○	○
	(6) サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施					○
人材要件	(7) 訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上		○	○		
	(8) 全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者		○	○		
	(9) サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、同項に規定する基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。					○
重度者対応要件	(10) 利用者のうち、要介護4、5である者、日常生活自立度(Ⅲ、Ⅳ、M)である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の20以上		○		○	
	(11) 利用者のうち、要介護3～5である者、日常生活自立度(Ⅲ、Ⅳ、M)である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の60以上					○

各サービスにおけるサービス提供体制強化加算

- 介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士が一定割合配置されている事業所について評価するとともに、職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている事業所について評価を行っている。

	計画的な 研修実施	定期的な 会議開催	健康診断 等の実施	資格・勤続年数要件		定員超過 人員欠如	単位数
				(Ⅰ) イ・ロ	(Ⅱ) ・ (Ⅲ)		
訪問入浴	○	○	○	イ 介護福祉士40%以上 ロ 介護福祉士30%以上	—		Ⅰ イ 36単位/回 Ⅰ ロ 24単位/回
訪問看護	○	○	○	—	勤続3年以上30%以上		6単位/回
訪問リハビリ				—	勤続3年以上1人以上		6単位/回
通所介護、 通りハ、認デイ				イ 介護福祉士50%以上 ロ 介護福祉士40%以上	Ⅱ 勤続3年以上30%以上	○	Ⅰ イ 18単位/回 Ⅰ ロ 12単位/回 Ⅱ 6単位/回
短期入所、特定 施設、認知症GH、 特養、老健、療 養型、医療院				イ 介護福祉士60%以上 ロ 介護福祉士50%以上	Ⅱ 常勤職員75%以上 Ⅲ 勤続3年以上30%以上	○	Ⅰ イ 18単位/回 Ⅰ ロ 12単位/回 Ⅱ 6単位/回 Ⅲ 6単位/回
夜間訪問	○	○	○	イ 介護福祉士40%以上 ロ 介護福祉士30%以上	—		Ⅰ イ 18単位/回 Ⅰ ロ 12単位/回
定期巡回	○	○	○	イ 介護福祉士40%以上 ロ 介護福祉士30%以上	Ⅱ 常勤職員60%以上 Ⅲ 勤続3年以上30%以上		Ⅰ イ 640単位/月 Ⅰ ロ 500単位/月 Ⅱ 350単位/月 Ⅲ 350単位/月
小多機、看多機	○	○		イ 介護福祉士50%以上 ロ 介護福祉士40%以上	Ⅱ 常勤職員60%以上 Ⅲ 勤続3年以上30%以上		Ⅰ イ 640単位/月 Ⅰ ロ 500単位/月 Ⅱ 350単位/月 Ⅲ 350単位/月

※1 訪問介護及び居宅介護支援は、特定事業所加算において、同趣旨の算定要件が設けられている。なお、居宅療養管理指導、福祉用具貸与には本加算の設定がない。

※2 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ・ロ、(Ⅱ)、(Ⅲ)のいずれか1つのみを算定することができる。

※3 介護福祉士に係る要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者にサービス提供する職員の総数に占める3年以上勤続職員の割合」である。なお、介護福祉士に係る要件のうち、実務者研修、介護職員基礎研修に関する配置割合は、本表では省略している。

居宅サービス及び地域密着型サービスの内、 区分支給限度基準額に含まれない費用、適用されないサービス

限度額(単位： 円(注2))	限度額が適用されるサービスの種類 (下欄の※については、短期利用に限る)	【限度額に含まれない費用】(青字は平成30年度改定、緑字は令和元年度改定で追加したもの)
要支援1 50,320	①訪問介護	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／介護職員処遇改善加算／ 介護職員等特定処遇改善加算／同一建物減算
	②訪問入浴介護	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／サービス提供体制強化加算／ 介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算／同一建物減算
要支援2 105,310	③訪問看護	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／緊急時訪問看護加算／特別管理加算／ ターミナルケア加算／サービス提供体制強化加算／同一建物減算
	④訪問リハビリテーション	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／サービス提供体制強化加算／同一建物減算
	⑤通所介護	中山間地域等提供加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
要介護1 167,650	⑥通所リハビリテーション	
	⑦短期入所生活介護	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
	⑧短期入所療養介護	介護老人保健施設の緊急時施設療養費(緊急時治療管理・特定治療)と特別療養費／病院・診療所の特定診療費／ サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
要介護2 197,050	⑨特定施設入居者生活介護※(注1)	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
	⑩福祉用具貸与	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算
	⑪定期巡回・随時対応サービス	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／緊急時訪問看護加算／特別管理加算／ ターミナルケア加算／総合マネジメント体制強化加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／ 介護職員等特定処遇改善加算／同一建物減算
要介護3 270,480	⑫夜間対応型訪問介護	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算／同一建物減算
	⑬地域密着型通所介護	中山間地域等提供加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
	⑬認知症対応型通所介護	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
要介護4 309,380	⑭小規模多機能型居宅介護	中山間地域等提供加算／訪問体制強化加算／総合マネジメント体制強化加算／サービス提供体制強化加算／ 介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
	⑮認知症対応型共同生活介護※	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
要介護5 362,170	⑯地域密着型特定施設入居者生活介護※	
	⑰看護小規模多機能型居宅介護	中山間地域等提供加算／緊急時訪問看護加算／特別管理加算／ターミナルケア加算／看護体制強化加算／訪問体制強化加算 ／総合マネジメント体制強化加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
限度額が適用されないサービス	①居宅療養管理指導、②特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型を除く)(短期利用を除く)、③認知症対応型共同生活介護(短期利用を除く)、④地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用を除く)、⑤地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	

注1) 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護については、要介護度に応じた限度単位数を別に設定。 注2) 額は介護報酬の1単位を10円として計算。

訪問介護に関連する各種意見③

令和3年度介護報酬改定への意見について(令和2年8月3日 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国ホームヘルパー協議会) 第181回介護給付費分科会における関係団体ヒアリング資料の抜粋

3. 介護給付費分科会での論点への意見について

① 自立支援・重度化防止の推進

●認知症専門ケア加算や看取り加算を訪問介護でも算定できるようにしてください

介護老人福祉施設等では、平成30年度介護報酬改定によって、認知症介護に一定程度の経験があり、国や自治体等が行う認知症介護指導者研修の修了者がサービス提供をすることへの評価として認知症専門ケア加算が創設されています。訪問介護においても、認知症高齢者のサービス利用も増え、専門的な支援を行っている実態があり、訪問介護においても認知症専門ケア加算が算定できるようにすることが必要です。ただし、研修を受講したくても、人材不足等の理由により受講できない実態もあることから、WEB等でも認知症指導者研修等を受講できるような体制や環境を整備してください。

また、在宅での看取りのケースに関わることも増えていることから、訪問介護においても看取り加算を算定できるようにし、適切に訪問介護の取り組みを評価できるような制度の運用を求めます。

② 介護人材の確保・介護現場の革新、制度の安定性・持続可能性

●サービス提供責任者の業務を評価する加算をお願いします

サービス提供責任者は、ホームヘルパーの勤務管理や訪問介護計画書の作成に加え、自ら訪問しサービスを提供するなど多くの業務を行っています。また、利用者の状態等について介護支援専門員への情報共有や報告が義務化され、さらに担う役割や機能が増大している一方、業務量の多さやそれに見合わない処遇によりバーンアウトしてしまうサービス提供責任者もいます。つきましては、サービス提供責任者の業務を適切に評価する加算等の創設について検討ください。

訪問介護に関連する各種意見④

令和3年度介護報酬改定に伴う意見について(令和2年8月3日 日本ホームヘルパー協会) 第181回介護給付費分科会における関係団体ヒアリング資料の抜粋

(2) サービス提供責任者が法で定められた業務を全うできるよう加算を創設してください

サービス提供責任者の業務は、「訪問介護計画の作成や変更、訪問介護の利用申し込みの調整、利用者の状態の変化や意向の定期的な把握、サービス担当者会議への出席、介護支援専門員との連携、訪問介護員への指導や業務管理」等、運営基準〔『指定居宅サービス等の事業の運営、設備及び運営に関する基準』(厚生省令第37号)第24条及び28条)に定められています。

しかし、当協会の調査(2010年)によれば、サービス提供責任者の全体業務時間のうち、訪問業務に占める割合は41.1%であり、このうち、人材不足を補うための代行訪問にかかる時間が11.9%、自らの担当訪問にかかる時間が70.2%を占め、運営基準で定められた本来業務を行う時間がとれないという現状が明らかになっています。当協会では、この問題の背景には、人材不足のほかに、サービス提供責任者の本来業務に報酬単価が設定されていないことが要因であり、経営の視点から訪問業務以外のサービス提供責任者業務が軽視され、自ら担当を持ち訪問して収入を得ることで経営が成り立っていると分析をしています。

ついては、訪問介護サービスの要であるサービス提供責任者が介護保険法で定められている本来の業務を全うできるよう、サービス提供責任者の以下の業務に加算を創設してください。

① 退院・退所時のカンファレンスへ参加した場合

② 緊急時等のカンファレンスへ参加した場合

※サービス提供責任者は、①・②のケースにおいて、利用者宅でのカンファレンスへの参加や緊急対応を求められることがあり、訪問介護計画書や手順書の新規作成や変更、訪問介護員への情報共有や指導、サービス実施後の介護支援専門員へのフィードバック等を行っています。

③ ターミナルケアにおいて利用者宅を訪問し、心身状況の確認やサービスの調整を行った場合

(3) 医療依存度の高い利用者へのサービス提供に新たな加算を創設してください

医療においては入院日数が従来に比べて短くなっており、退院後の生活に不安を抱えたまま在宅に戻るケースが多く、訪問介護では今後、医療依存度の高い利用者への支援が益々重要になっていくものと考えています。

また、地域包括ケアの推進により、痰の吸引等をはじめ、認知症、精神疾患、難病等を抱える患者に対しても自宅に対応していくことがこれからの訪問介護員の重要な役割の一つであると認識しています。

ついては、以下に挙げた課題について解決を図ると共に、加算の創設をお願いいたします。

① ターミナルケア加算をつけてください

訪問介護における終末期ケアでは、利用者が死に至るまでに予想される変化について、医師、看護師から情報提供を受け、それを理解した上で、身体が動かず、意識が低下している利用者に対し、ターミナル期ならではの重介護を行っています。利用者の状態の変化に合わせ、食事・水分摂取、口腔衛生、排泄、清潔、安楽な姿勢、睡眠などのケアを行うほか、急変への対応や家族への精神的なサポート等、専門性の高いサービスを提供していますので、他の多くのサービスと同様に、訪問介護員にもターミナルケア加算をつけてください。

サービス提供責任者の月収等

○ サービス提供責任者（正規職員）の通常月の税込み月収は、平均で223,276円となっている。

[通常月の税込み月収(主な職種別・正規職員)]

0% 20% 40% 60% 80% 100%

区分

100千円未満 100千円以上 150千円以上 200千円以上 250千円以上 300千円以上 無回答

全体 (n=14,941) 1.6 5.3 26.0 31.6 16.8 12.2 6.3

訪問介護員 (n=1,301) 3.1 9.1 34.7 28.4 12.5 5.8 6.5

サービス提供責任者 (n=1,818) 2.0 3.7 22.3 35.9 18.0 11.3 6.8

看護職員 (n=1,941) 1.2 1.7 10.1 25.2 23.3 30.8 7.9

介護職員 (n=5,742) 1.4 7.7 36.0 31.9 11.3 5.5 6.1

生活相談員 (n=1,312) 1.0 3.9 27.5 34.3 17.7 9.4 6.1

介護支援専門員 (n=2,060) 1.8 2.2 14.0 35.6 25.0 14.9 6.5

PT・OT・ST等 (n=438) 0.5 0.7 9.6 26.5 28.5 28.3 5.9

その他 (n=329) 0.9 7.3 20.7 21.9 16.4 23.8 9.1

100千円未満 100千円以上 150千円以上 200千円以上 250千円以上 300千円以上 無回答

150千円未満 200千円未満 250千円未満 300千円未満

[賃金や手当等の希望]

基本給の引き上げ 56.8% 52.8%

賞与(ボーナス)の導入・引き上げ 38.7% 45.3%

能力や仕事ぶりに応じた評価の実施 30.9% 37.6%

勤務年数に応じた評価の実施 28.8% 26.0%

資格手当の導入・引き上げ 22.4% 20.8%

役職手当の導入・引き上げ 19.3% 6.7%

賃金や手当等についての希望はない 13.1% 16.6%

連絡用の携帯電話の支給・通信費補助 12.6% 14.0%

早朝・夜間勤務手当の導入・引き上げ 11.4% 11.2%

移動時間の労働時間への算入や移動手当の導入・引き上げ 9.6% 17.8%

通勤手当の導入・引き上げ 9.3% 12.1%

無回答 3.7% 3.0%

その他 3.0% 3.5%

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0%

サービス提供責任者 (n=2,111) 訪問介護員 (n=2,968)

[労働条件等の悩み、不安、不満等]

人手が足りない 49.7% 67.5%

有給休暇が取りにくい 22.1% 37.5%

仕事内容のわりに賃金が低い 30.1% 35.1%

業務に対する社会的評価が低い 25.3% 29.7%

精神的にきつい 18.5% 28.3%

身体的負担が大きい(腰痛や体力に不安がある) 27.6% 29.5%

休憩が取りにくい 14.4% 26.6%

労働時間が不規則である 14.2% 15.3%

労働時間が長い 5.5% 12.6%

夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安がある 7.9% 11.6%

健康面(感染症、怪我)の不安がある 10.2% 13.8%

労働条件・仕事の負担について特に悩み、不安、不満等は感じていない 6.7% 13.9%

雇用が不安定である 6.2% 8.3%

不払い残業がある・多い 5.6% 1.9%

福祉機器の不足、機器操作の不慣れ、施設の構造に不安がある 3.3% 3.6%

職務として行う医的な行為に不安がある 3.3% 4.7%

仕事内容の怪我などへの補償がない 3.1% 5.5%

その他 2.9% 2.9%

無回答 1.9% 2.9%

正規職員になれない 1.4% 3.4%

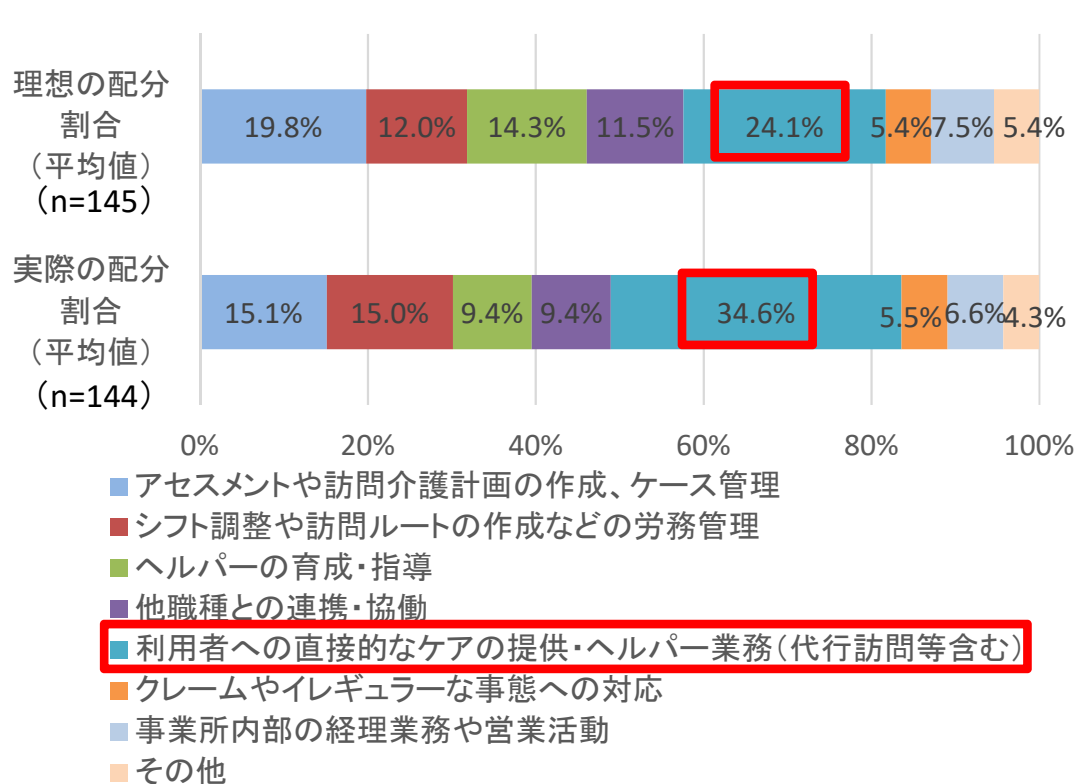
0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0%

サービス提供責任者 (n=2,111) 訪問介護員 (n=2,968)

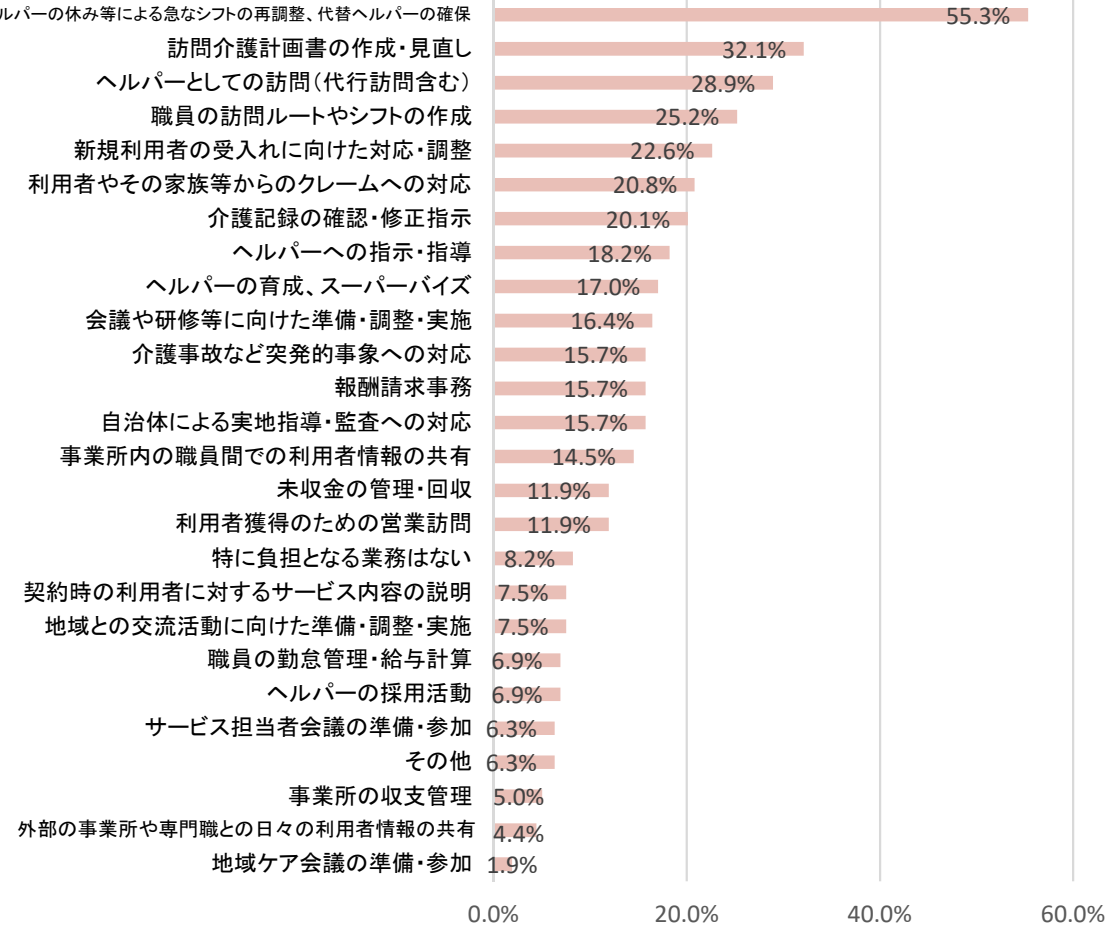
サービス提供責任者の業務時間配分、業務別の作業負担感

- サービス提供責任者の業務時間の配分では、「利用者への直接的なケアの提供・ヘルパー業務（代行訪問等含む）」について、理想は24.1%となっているが、実際は34.6%となっている。
- 作業負担が大きいと感じる業務では、「ヘルパーの休み等による急なシフトの再調整、代替ヘルパーの確保」が55.3%で最多。

[1か月間(平均的な月)におけるサービス提供責任者の業務時間の配分]



[作業負担が大きいと感じる業務(複数回答)] (n=159)



[特定事業所加算を考える(抜粋)]

◎特定事業所加算を取得することの利点

特定事業所加算については、事業所の売上増につながるという利点のほかに、いくつかのプラスの側面があります。

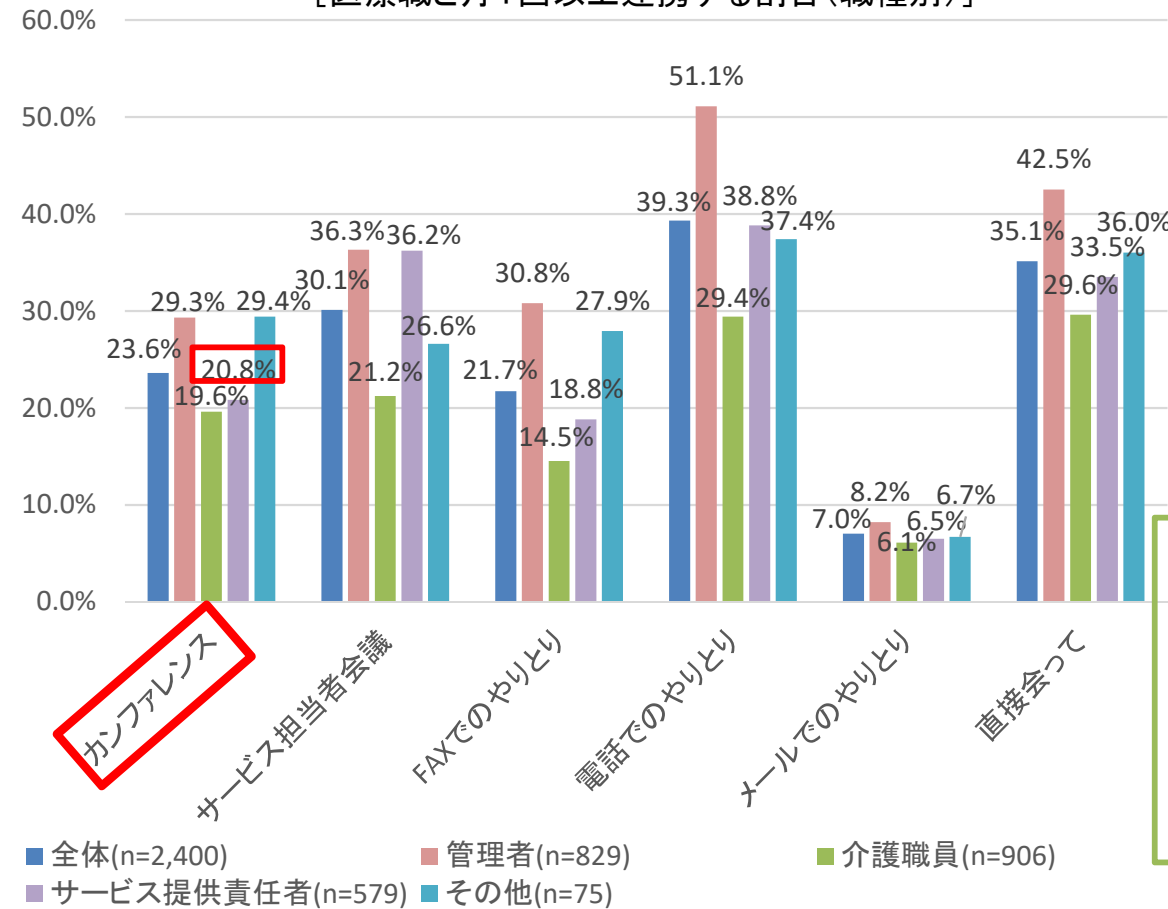
とりわけサ責の業務との関係からいえば、利用者1人あたりの収入が増加することから、より少ない数の利用者へのサービス提供で、これまでと同様の売上を達成することが可能になります。そのため、サ責1人あたりの管理しなければならない利用者も抑制されることになり、アセスメントやモニタリングの負担、シフト調整の負担などの軽減が期待されます。

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「平成30年度介護保険制度改正等による訪問介護におけるサービス提供責任者の役割の多様化・複雑化を踏まえた業務実態の把握、およびこれからのサ責に求められる能力・実施体制に関する調査研究」(一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会)

サービス提供責任者 医療職と連携した会議への参加状況

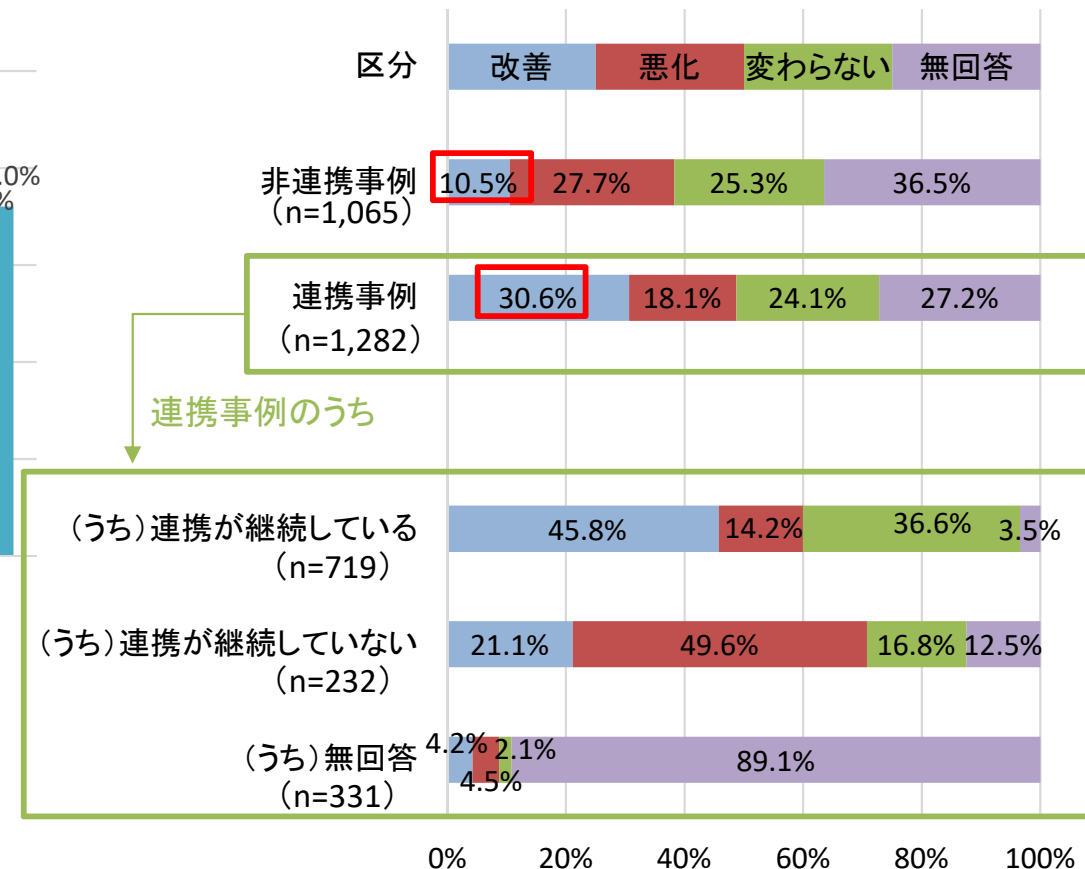
- サービス提供責任者が、カンファレンスで医療職と月1回以上連携する割合は、20.8%となっている。
- 利用者の状況の変化をみると、連携事例では改善が30.6%で、非連携事例では改善が10.5%だった。

〔医療職と月1回以上連携する割合（職種別）〕



〔利用者の状況の変化（医療職との連携※）有無別〕

※連携した役職：管理職、介護職員、サービス提供責任者、その他



4. 課題解決に向けたあり方の検討（抜粋）

③医療職と介護職の連携における環境の整備について

●その他連携推進のための周辺環境整備

・報酬面での支援について

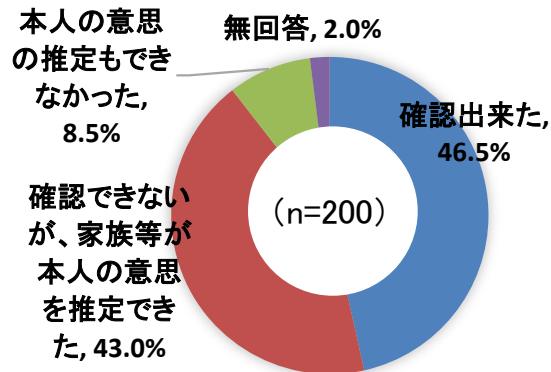
医療職と介護職の連携が利用者にとって有効である一方でサービス提供側にも一定の負荷（作業量・時間の増加）が加わることも否めない。連携を推進する際に、施設・事業所においても、サービス提供する個人においても、その努力に負うのではなく、連携を推進するためのインセンティブがあることが望ましい。

在宅における看取りの推進に関する調査研究事業(訪問介護事業所)①

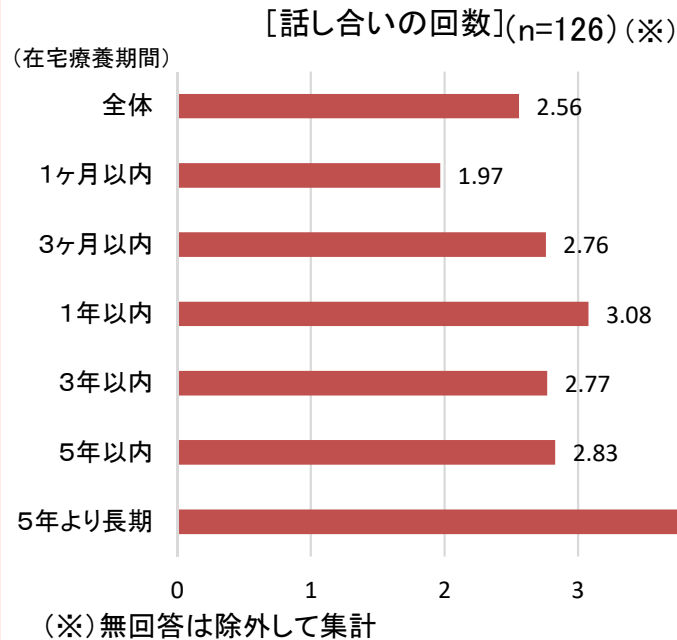
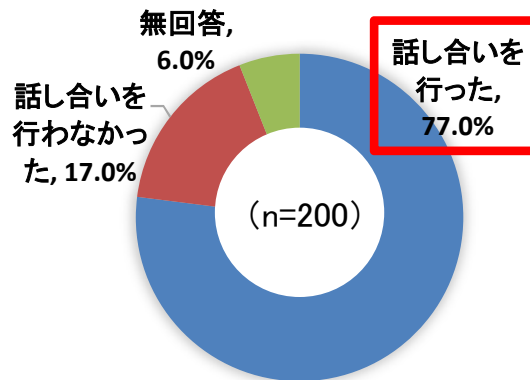
- 訪問介護事業所が、在宅で生活する看取り期の利用者にサービス提供を行う際に、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって「話し合いを行った」事例は77.0%となっており、話し合いの回数は全体の平均で2.56回となっている。

【検討委員会】 ◎は委員長
相川 しのぶ 株式会社やさしい手
小笠原 利枝 日本ホスピタル・インクス株式会社
金子 稚子 ライフ・ターミナル・ネットワーク
◎神出 計 大阪大学大学院
鈴木 邦彦 茨城県医師会
中島 朋子 株式会社ケアーズ
中島 由美子 医療法人恒貴会
住吉 香奈子 北上市

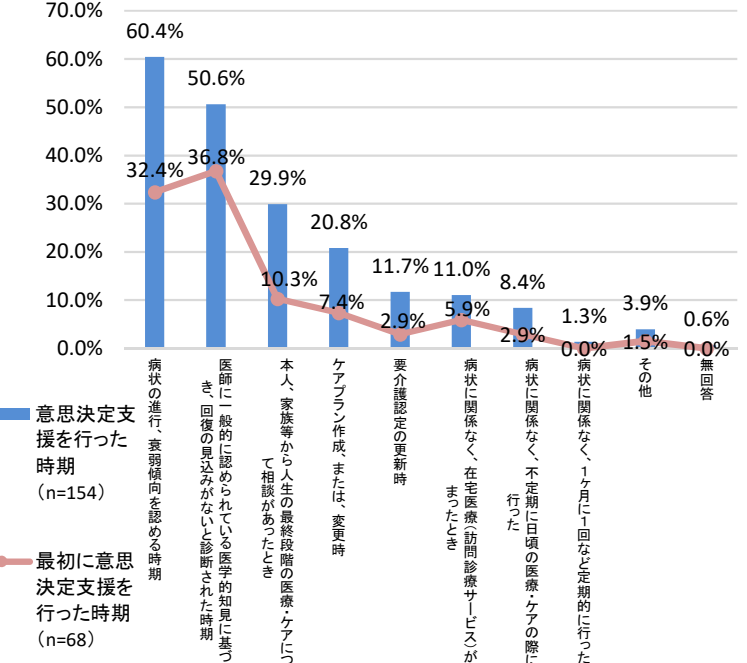
〔医療・ケアに対する本人の意思の確認可否〕



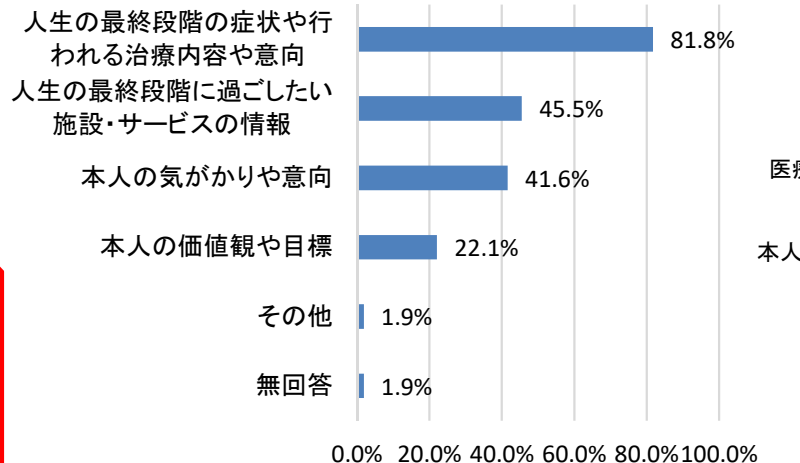
〔本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った機会の有無〕



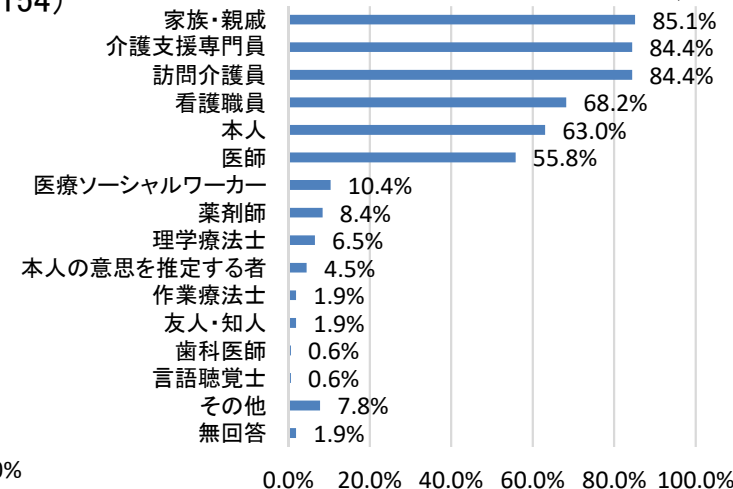
〔意思決定支援を行った時期と最初の時期(複数回答)〕



〔話し合った内容(複数回答)〕



〔話し合いに参加した職種等(複数回答)〕(n=154)



※365箇所の訪問介護事業所から、過去2年以内で回答日に最も近い日に亡くなった方の事例について調査し、有効な回答の得られた200件について集計したもの
出典: 令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「在宅における看取りの推進に関する調査研究事業」(株式会社 日本能率協会総合研究所)

在宅における看取りの推進に関する調査研究事業(訪問介護事業所)②

○ 在宅で生活する看取り期の利用者に訪問介護事業所が関与した事例におけるヘルパーの活躍

	世帯/ 意思/ 疾患	在宅 療養 期間	ヒアリング対象	事例の特徴	集まる場・情報共有	介護職の活躍
1	独居/ 明確/ 非がん	5ヶ月	①在宅医 ②クリニックナース ③クリニックMSW (医療ソーシャル ワーカー) ④訪問看護師 ⑤ケアマネジャー ⑥ヘルパー	・妻を自宅で看取った経験から、同じ医療・ケアメンバーの支援で最期まで自宅で過ごすことを希望 ・遠居の子どもの揺らぎの事例	・交代したばかりのケアマネジャーが自宅で過ごしたい本人と施設入所が安心と考える家族との板挟みにあったことなどから、ケアマネジャー支援を目的に担当者会議を2回開催 ・1回目は本人が参加、2回目は本人の意思表示が困難となったため家族が参加して意思を推定	・ケアマネジャーが、遠居の家族に連絡を取り続け、本人の意思を推定する場への家族参加を可能にした。また、他界前日には、疎遠だった息子とも連絡がつながった ・ヘルパーが、生活情報を医療職に伝え、状態に合った食事を提供できた
2	独居/ 明確/ 非がん	12年	①在宅医 ②MSW(医療ソーシャルワーカー) ③ケアマネジャー	・ICT ツールの活用による連携促進 ・在宅難病患者訪問診療事業として、長期間にわたり定期的に専門医を含むチームが関与した事例	・3か月に1回、専門医を含めた医療・ケアチームが自宅訪問→診療後に診療所で専門職のみが打合せを行うという、定期的に一堂に会し、役割分担や方針等を検討するサイクルがあった ・ICT ツールをコミュニケーションツールとして導入し、電子カルテでは表現しづらい「本人の言動」「各自の投げ掛けに対する本人の反応」を共有。「本人だったらどう考えるだろう」という本人の意向を尊重するコンセンサスの形成に役立った	・ケアマネジャーが、ICTツールの活用対象外のヘルパー等に対し、本人の意向を軸にしたケアの方向性が共有できるよう、積極的にコミュニケーションを取り、情報のハブ機能を果たす ・ヘルパーは、大量下血の際も慌てて救急搬送はせず、本人の意向に沿った対応ができた
3	独居/ 推定/ がん	約1ヶ月	①在宅医 ②訪問看護師 ③ケアマネジャー ④ヘルパー	・意思形成・意思表示の支援 ・身寄りのない独居・生活保護世帯の看取り事例 ・病院と在宅の連携ができた事例 ※医療機関CW・生保ワーカーは異動等で調査協力が得られなかった	・入院時に自宅退院が可能かどうかを相談するために、病院・在宅チームのカンファレンスを開催。連携の素地ができた ・カンファレンスに参加したメンバーが、在宅生活を継続するかどうか本人の意向を確認するタイミングとなる外来受診に同席。そのときの情報をチーム内で共有	・ヘルパーは、本人のこだわりに寄り添った生活支援を行う。洗濯機がなかったが、生活保護世帯だったため、洗面所で洗濯を行った ・ケアマネジャーが、“最期まで家で過ごしたい”という推定意思をヘルパーや生保ケースワーカーに連絡し、共有

訪問介護に関連する各種意見⑤

令和3年度介護報酬改定への意見について(令和2年8月3日 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国ホームヘルパー協議会) 第181回介護給付費分科会における関係団体ヒアリング資料の抜粋 [再掲]

●認知症専門ケア加算や看取り加算を訪問介護でも算定できるようにしてください

介護老人福祉施設等では、平成30年度介護報酬改定によって、認知症介護に一定程度の経験があり、国や自治体等が行う認知症介護指導者研修の修了者がサービス提供をすることへの評価として認知症専門ケア加算が創設されています。訪問介護においても、認知症高齢者のサービス利用も増え、専門的な支援を行っている実態があり、訪問介護においても認知症専門ケア加算が算定できるようにすることが必要です。ただし、研修を受講したくても、人材不足等の理由により受講できない実態もあることから、WEB等でも認知症指導者研修等を受講できるような体制や環境を整備してください。

また、在宅での看取りのケースに関わることも増えていることから、訪問介護においても看取り加算を算定できるようにし、適切に訪問介護の取り組みを評価できるような制度の運用を求めます。

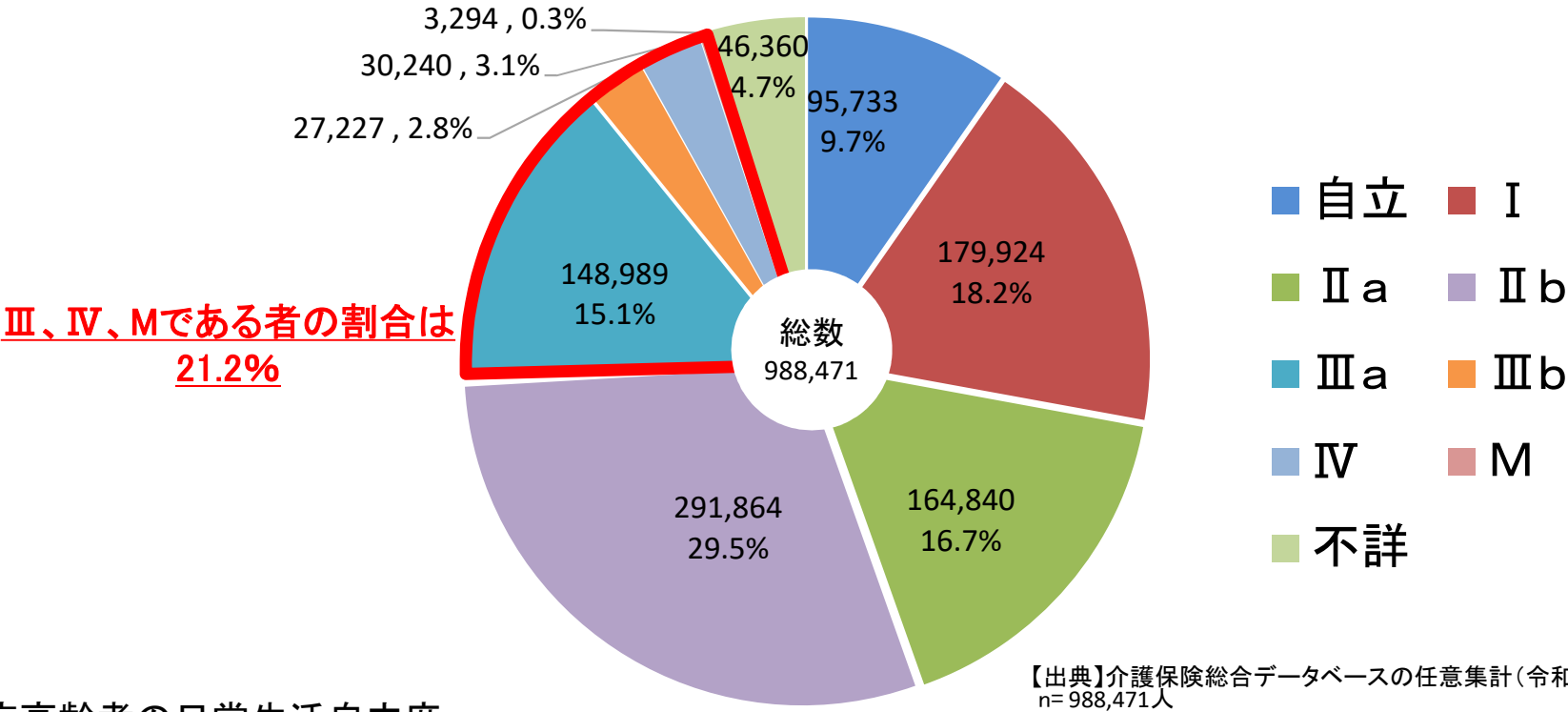
※太字下線については、事務局において加工したものである。

【参考】主な認知症関連加算の設定状況	○BPSDの悪化により在宅生活が困難となった認知症の方の緊急入所	○若年性認知症の方の受入	○ 重度の認知症の方の受入や、認知症介護に係る専門的な研修を修了した職員配置など
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	・若年性認知症利用者受入加算 ・若年性認知症入所者受入加算 ・若年性認知症患者受入加算	・ <u>認知症専門ケア加算</u> ・ 認知症加算
通所介護		○	○
通所リハビリテーション		○	
地域密着型通所介護		○	○
認知症対応型通所介護		○	
小規模多機能型居宅介護		○	○
看護小規模多機能型居宅介護		○	○
短期入所生活介護	○	○	○
短期入所療養介護	○	○	○
特定施設入居者生活介護		○	○
認知症対応型共同生活介護	○	○	○
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入所者生活介護	○	○	○
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	○	○	○
介護医療院	○	○	○

(注1) それぞれの加算について、サービスごとの目的により詳細な加算要件は異なる。

(注2) 通所リハビリテーション(、介護老人保健施設)には、認知症関連加算として、上記とは別に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が設けられている。

訪問介護利用者の認知症高齢者の日常生活自立度別割合



(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判 定 基 準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

訪問介護に関連する各種意見⑥

介護保険制度の見直しに関する意見(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会) 抜粋

1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

【今後の介護サービス基盤の整備】

- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院といった介護保険施設、認知症高齢者グループホーム等の居住系サービス、訪問介護等の在宅サービスなどの介護サービス基盤整備について、認知症など利用者の状態に応じてそれぞれの役割や機能を果たしながら、また、**関係サービスとの連携を強化しながら取り組むことが必要**である。

2. 医療・介護の連携

【総論】

- 看取りを適切に推進する観点から、医療と介護が連携して対応することが重要である。中重度の医療ニーズや看取り期にある者に対応する在宅の限界点を高めていく在宅サービスの充実に計画的に図っていくことが必要である。なお、高齢者向け住まいにおける医療・介護ニーズへの対応の強化を図っていくことも重要との意見があった。

これまでの議論における主な意見について(感染症対策関係)

- また、住み慣れた地域、自宅で暮らす方の支援ということで、地域包括ケアの理念に照らせば、自宅に直接支援を行う、特に介護人材の中でも訪問介護の人材の確保が非常に重要ではないかと思っておりますが、非常に確保が困難ということがありますので、引き続き多様な形での確保策、最近ですと介護福祉有資格の外国人材の方も増えていたり、あるいは今回の新型コロナウイルス関連で通所サービスの介護職員の方が急遽訪問してサービス提供、これは一時的な緊急事態のことではありますが、急にお伺いしてもなかなか業務が難しいということで、これは適切な表現かどうか分かりませんが、予備的な、緊急時に対応できる体制などもやってもよいのかなという気もいたしました。

※主な意見は第178回社会保障審議会介護給付費分科会議事録より抜粋

※太字下線については、事務局において加工したものである。

訪問介護に関連する各種意見⑦

これまでの議論における主な意見について(他サービスとの連携)

- それから、特に後期高齢者の状態の変化、この辺のきめ細かい生活支援がますます重要になってくると思われます。したがって、現状の在宅サービスのような単独の形態は限界があるのではないかと考えております。したがって、地域密着型サービスのような利用者の立場に立った複合型で包括報酬のサービスの拡大、この辺については議論すべきではないかなというのが1点ございます。
- これは、まずは全国の医療・介護のサービス事業者、それから、施設においては常に感染リスクを抱えて、感染防止対策のための衛生備品等の不足に悩まされながらも、利用者に対して必要なサービスを継続的に提供できるよう、努力を続けてもらえることに感謝と敬意を表したいと思います。
こうした中で、在宅系をつかさどるデイサービスは非常に大きなダメージを受けております。この第2波が来ると、事業継続すら危うい状況があるという状況も聞いております。今回、臨時的措置という形でデイサービスのスタッフが訪問介護という形を認めていただいた。これを機にということではないのですけれども、前回の分科会でも述べさせていただいたのですが、これまでの複合型サービスの提供の考え方に基づいて、在宅高齢者の支援の在り方について柔軟な対応が恒常的に行えるようにお願いしたいというのがまず1点目のお願いです。

※主な意見は第177回・178回社会保障審議会介護給付費分科会議事録より抜粋

※太字下線については、事務局において加工したものである。

新型コロナウイルス感染症に係る 介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(通所系サービス)

3. 通所サービスに関する事項

<通所系サービスについて>

- 休業となった事業所と異なる事業所、公民館等の場所を使用して、指定を受けたサービスに相当するサービスを提供した場合、通常提供しているサービス費と同様に、サービス提供時間等に応じ介護報酬を算定可
- 指定を受けたサービスの形態を維持しつつ、時間が最も時間の短い報酬区分で定められた時間を下回ったときは、当該最も短い時間の報酬区分で算定可
- 事業所が休業している場合に、居宅を訪問し、できる限りのサービスを提供した場合、提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分（通所系サービスの報酬区分）を算定可
- ①通所サービスの事業所におけるサービス提供と、②当該通所サービスの事業所の職員による利用者の居宅への訪問によるサービス提供のサービスを適宜組み合わせる場合も、柔軟な取扱い可
- 通所介護事業所等が、利用者の健康状態等について、電話により確認した場合、あらかじめケアプランに位置付けた利用日については、休業の要請を受けた場合は1日2回まで、休業の要請を受けていない場合は1日1回まで、相応の介護報酬の算定が可能
 - ※ 通所リハビリテーション事業所は、電話により確認した場合、初回のみ可
- 介護予防通所リハビリテーション事業所が月途中で休業した場合は、月額報酬を日割りで計算して算定
- 通所リハビリテーション事業所が休業した場合、退院・退所日又は認定日から3月以内という要件に該当しない場合であっても、再開日から3月以内は短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定可
- 介護支援専門員と連携の上、利用者からの事前の同意が得られた場合には新型コロナウイルス感染症拡大防止への対応を適切に評価する観点から、令和2年6月1日付け事務連絡「介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」に記載のある算定方法により算定される回数について、提供したサービス提供時間の区分に対応した報酬区分の2区分上位の基本報酬を算定可
(短期入所系は、3日に1回、緊急短期受入加算を算定可)

新型コロナウイルス感染症に係る 介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(訪問介護)

< 訪問介護 >

- 複数回の訪問を行う場合について、新型コロナウイルスの影響により訪問の頻度を増やす必要がある場合、各回の間隔がおおむね2時間未満となる場合であっても、それぞれの所要時間を合算せずに各回の報酬を算定可
- 生活援助サービスについて、感染リスクを下げるため訪問時間を短くする工夫を行った結果、提供時間が20分未満となった場合、生活援助中心型20分以上45分未満の報酬を算定可（訪問看護も同様の考え方で対応）
- 身体介護サービスについて、感染リスクを下げるため訪問時間を短くする工夫を行った結果、訪問介護計画に位置づけられた標準的な時間を下回った場合でも、標準的な時間で算定可
- 新型コロナウイルス感染症の影響により一時的に訪問介護員の資格を有する者を確保できないと判断できる場合、訪問介護員の資格のない者であっても、高齢者へのサービス提供に従事した事がある者であり、サービス提供に支障がないと認められる者であれば、訪問介護員として従事可
- 外出自粛要請等の影響で、生活援助の時間（20分以上45分未満）が、45分を大きく超えた場合に、利用者から請求前に同意が得られ、ケアマネが必要と認めたときは、45分以上の単位数を算定可
- 訪問介護事業所が看護師等の専門職の同行訪問による支援を受ける場合、利用者又はその家族等の同意を得たときには、2人の訪問介護員等による訪問を行った場合と同様に、100分の200に相当する単位数を算定することが可能
- 特定事業所加算の算定要件である「定期的な会議の開催やサービス提供前の文書による指示・サービス提供後の報告」について、新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から、電話、文書、メール、テレビ会議等の対面を伴わない代替手段をもって開催の扱いとすることが可能

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて (訪問介護における看護師等の同行訪問による支援を受ける場合)

- 新型コロナウイルス感染症による影響を鑑み、利用者の身体的理由や暴力行為がある場合等に限られていた2人の訪問介護員等による介護報酬(100分の200)の算定について、外部の看護師等との訪問でも可能とする特例措置を講じている。

訪問系サービス事業所の介護サービス継続に向けた支援について (令和2年6月15日 総務課認知症施策推進室他連名事務連絡) 抜粋

2. 感染拡大の防止に関する取組のノウハウの習得に向けた支援

- また、感染拡大防止に向けたノウハウの習得に当たっては、他の社会福祉施設等に所属する看護師等の専門職の協力を得て、同行訪問や電話相談などの支援を受けることも考えられる。その支援に当たっては、以下の施策が活用可能である。

(2) 看護師等の専門職の同行訪問による介護報酬算定

訪問介護事業所が保健師、看護師、准看護師等の専門職の同行訪問による支援を受ける場合、利用者又はその家族等の同意を得たときには、2人の訪問介護員等による訪問を行った場合と同様に、100分の200に相当する単位数を算定可能である。

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第13報) (令和2年6月15日 総務課認知症施策推進室他連名事務連絡) 抜粋

問6 一定の要件を満たす場合であって、同時に2人の訪問介護員等が1人の利用者に対して指定訪問介護を行ったときは、所定単位数の100分の200に相当する単位数を算定するとされているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、訪問介護事業所が保健師、看護師、准看護師(訪問介護員等ではない者を含む。以下、看護師等という。)の専門職の協力の下、同行訪問による支援を受ける場合、利用者又はその家族等からの事前の同意を得たときには、2人の訪問介護員等による訪問を行った場合と同様に、100分の200に相当する単位数を算定することは可能か。

(答)

可能である。

なお、この場合、訪問介護事業所が介護報酬(訪問介護費)を算定することになるが、看護師等に係る人件費や交通費については、訪問介護事業所が当該報酬を活用して支払うことが可能である。また、当該人件費や交通費の額については事業所と看護師等の相互の合議に委ねられる。

2人の訪問介護員等による訪問介護の取扱い

概要

下記の要件を満たす場合に、同時に2人の訪問介護員等が1人の利用者に対して指定訪問介護を行ったときは、所定単位数の100分の200に相当する単位数を算定する。

要件

2人の訪問介護員等により訪問介護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当するとき

- ①利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合
- ②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- ③その他利用者の状況等から算段して、上記2つに準ずると認められる場合

※参考・所定単位数

<身体介護中心型>

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| (1)所要時間20分未満の場合 | 166単位／回 |
| (2)所要時間20分以上30分未満の場合 | 249単位／回 |
| (3)所要時間30分以上1時間未満の場合 | 395単位／回 |
| (4)所要時間1時間以上の場合 | 577単位／回＋所要時間30分を増すごとに83単位 |

<生活援助中心型>

- | | |
|----------------------|---------|
| (1)所要時間20分以上45分未満の場合 | 182単位／回 |
| (2)所要時間45分以上の場合 | 224単位／回 |

※通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合は、当該取扱いの対象ではない

感染症対策等にかかる基準における規定の例

該当サービス		施設サービス	通所系・居住系サービス 【主なサービス：通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護 等】	訪問系サービス 【主なサービス： 訪問介護 、訪問看護、居宅療養管理指導、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 等】
○義務 ●努力義務	感染症対策	<u>○感染症又は食中毒の発生、まん延の防止のための以下の措置の実施</u> ①委員会の開催（概ね3月に1回）、その結果の周知 ②指針の整備 ③研修の定期的な実施 ④「感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応	●感染症の発生又はまん延の防止	—
	衛生管理	<u>○設備等及び飲用水に衛生上必要な措置の実施</u> <u>○医薬品及び医療機器の適正な管理</u>	○設備等及び飲用水に衛生上必要な措置の実施	○従業者の清潔の保持、健康状態の必要な管理
		●設備等及び飲用水の衛生的な管理		●設備等の衛生的な管理
(参考) 基準省令の 規定の例		第27条 指定介護老人福祉施設は、入所者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければならない。 2 指定介護老人福祉施設は、当該指定介護老人福祉施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。 一 当該指定介護老人福祉施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。 二 当該指定介護老人福祉施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。 三 当該指定介護老人福祉施設において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的実施すること。 四 前三号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。	第104条 指定通所介護事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。 2 指定通所介護事業者は、当該指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。	第31条 指定訪問介護事業者は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。 2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

※上記のほか、通所リハビリテーション、療養通所介護には、医薬品・医療機器の適正な管理の義務あり。

福祉用具貸与には、回収した福祉用具の適切な消毒及び保管の義務等あり。

※居宅介護支援・介護予防支援は、当該基準なし

介護保険制度における通院等乗降介助の適用範囲の拡大について(概要)－行政苦情救済推進会議の意見を踏まえた通知－ (平成24年8月31日付け厚生労働省老健局長あて総務省行政評価局長通知)

行政相談の要旨

- 介護保険制度における通院等乗降介助においては、居宅要介護者の目的地（病院等）が複数ある場合であって、出発地及び到着地が居宅以外である目的地間の移送は、介護給付費の算定をすることができないとされているが、このような目的地間の移送についても、介護給付費の算定を認めるようにしてほしい。

【行政苦情救済推進会議】 ○は座長

○大森 彌 東京大学名誉教授
秋山 収 元内閣法制局長官
加賀 美幸子 千葉市女性センター名誉館長
加藤 陸美 元環境事務次官
小早川 光郎 成蹊大学法科大学院教授
谷 昇 (社)全国行政相談委員連合協議会会長
松尾 邦弘 弁護士、元検事総長

問題点

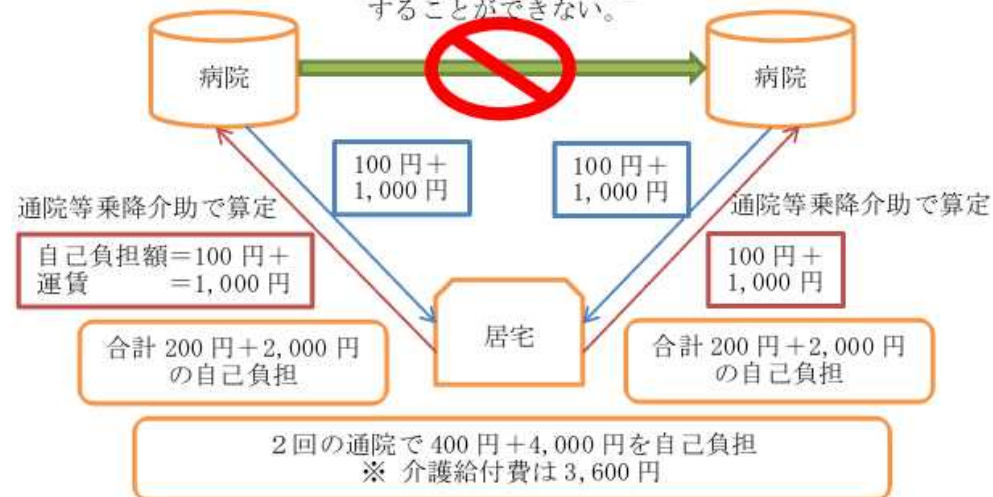
- 通院等乗降介助においては、出発地及び到着地が居宅以外である目的地間の移送は、介護給付費を算定することができないため、当該目的地間の移送に係る介護費用は、居宅要介護者の負担となる。
- 複数回に分けて病院に通院等した場合には、それぞれ介護給付費の算定が可能となるが、居宅要介護者の経済的及び身体的な負担が増加することとなる。



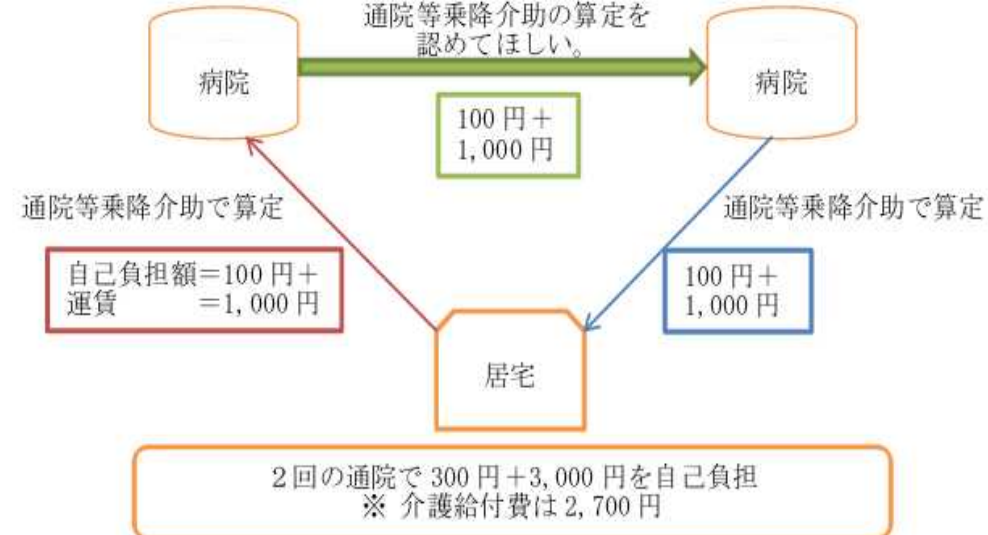
通知の内容

- 居宅から出発して、一つの病院等（目的地）に行くのも、二つの病院等（目的地）に行くのも、最終的には居宅に戻ってくるのであり、目的地間の移送についてのみ、訪問介護の定義に該当しないことを理由として介護給付費の算定を認めないとすることは、身体介護が中心である場合には算定が認められていることと比較して、合理性がないと考えられる。
- 厚生労働省は、通院等乗降介助の適用範囲の拡大について、居宅要介護者の通院等の実態に照らして、居宅要介護者の負担の軽減や介護給付費の節減という観点から、法制度の見直しを含めた検討をすべきである。

通院等乗降介助の算定をすることができない。



通院等乗降介助の算定を認めてほしい。



訪問介護の通院等乗降介助の運用

- 現行制度では、医療機関から医療機関への移送に伴う介護について通院等乗降介助を算定できない。そのため、1日に複数の医療機関を受診する場合には、一度自宅に戻る必要がある。
 - また、通所・短期入所サービス事業所から医療機関への移送に伴う介護についても同様である。
- ※通院等乗降介助 利用者数：83.6千人（介護給付費等実態統計平成31年3月サービス分（4月審査分））

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準
(平成12年2月10日厚生省令第19号)

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
(平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

15.5.30
事務連絡
介護保険最新情報
vol.151
介護報酬に係るQ&A

1 訪問介護費
ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合 98単位

注
4 ハについては、利用者に対して、通院等のため、指定訪問介護事業所の訪問介護員等が、自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助(以下「通院等乗降介助」という。)を行った場合に1回につき所定単位数を算定する。

第二 居宅サービス単位数表(訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限るに関する事項 1 通則

(6) 訪問サービスの行われる利用者の居宅について

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーションは、介護保険法(平成9年法律第123号)第8条の定義上、要介護者の居宅において行われるものとされており、要介護者の居宅以外で行われるものは算定できない。例えば、訪問介護の通院・外出介助については、利用者の居宅から乗降場までの移動、バス等の公共交通機関への乗降、移送中の気分の確認、(場合により)院内の移動等の介助などは要介護者の居宅以外で行われるが、これは居宅において行われる目的地(病院等)に行くための準備を含む一連のサービス行為とみなし得るためである。居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。

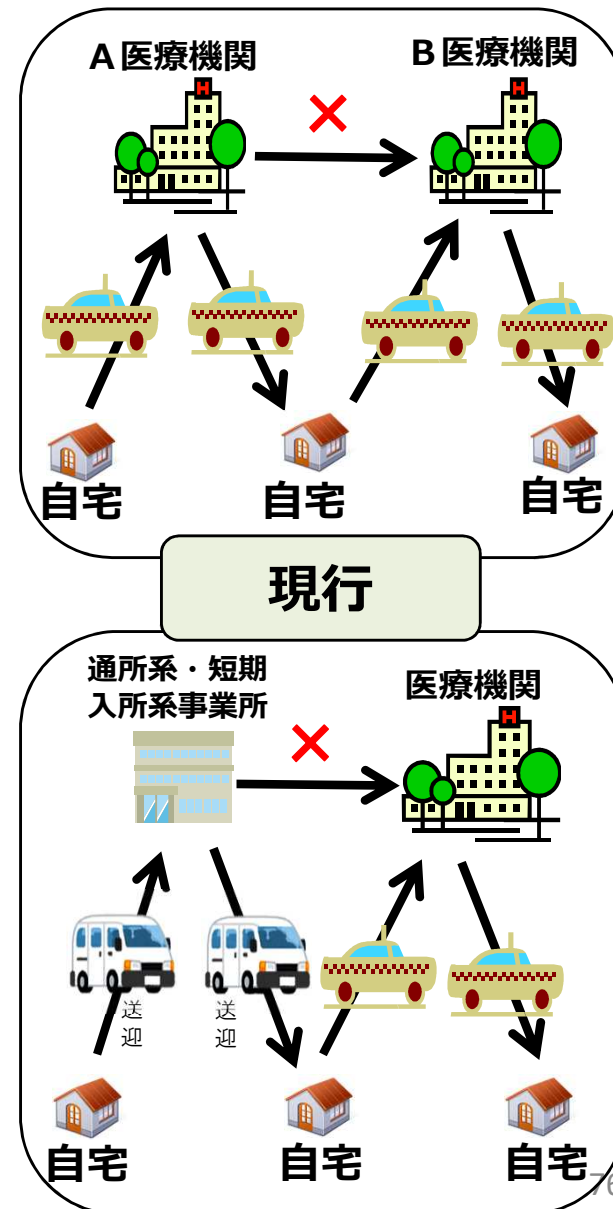
2 訪問介護

(9)「通院等乗降介助」と通所サービス・短期入所サービスの「送迎」の区分

通所サービス又は短期入所サービスにおいて利用者の居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合は、当該利用者の心身の状況により当該事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、短期入所サービスの送迎加算を算定することとし(通所サービスは基本単位に包括)、「通院等乗降介助」は算定できない。

Q
1日に複数の医療機関を受診する場合に、医療機関から医療機関への移送に伴う介護について「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定できるか

A
居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。したがって、医療機関から医療機関への移送に伴う介護については、「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定することはできない。



訪問入浴介護

訪問入浴介護の概要・基準

定義

訪問入浴介護とは、要介護状態となった場合においても、その利用者が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、居宅における入浴の援助を行うことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図るもの。

必要となる人員・設備等

○従業者の員数

指定訪問入浴介護事業者が事業所ごとに置くべき従業者の員数については、次のとおり。

- ・ 看護師又は准看護師 1 以上
- ・ 介護職員 2 以上（介護予防訪問入浴介護の場合には 1 以上）

○管理者

指定訪問入浴介護事業者は、指定訪問入浴介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。

○設備及び備品等

指定訪問入浴介護事業所には、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定訪問入浴介護の提供に必要な浴槽等の設備及び備品を備えなければならない。

訪問入浴介護の各加算の報酬

指定訪問入浴介護・指定介護予防訪問入浴介護の介護報酬のイメージ（1回あたり）

基本サービス費

（括弧内は指定介護予防訪問入浴介護の場合）

1,256単位（849単位）

※ 利用者に対して、看護職員1人及び介護職員2人（介護予防は1人）がサービスを提供した場合に算定。

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

中山間地域等でのサービス提供
（5%・10%・15%）

介護福祉士等を一定割合以上配置＋研修等の実施
（36、24単位）

介護職員処遇改善加算
（Ⅰ）5.8% （Ⅱ）4.2%
（Ⅲ）2.3% （Ⅳ）加算Ⅲ×0.9
（Ⅴ）加算Ⅲ×0.8

介護職員等特定処遇改善加算
（Ⅰ）2.1% （Ⅱ）1.5%

+

介護職員3人による
サービス提供
※介護予防の場合は
2人

（▲5%）

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合

- ・ 同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合（▲10%/回）
- ・ 利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合（▲15%/回）

清拭又は部分浴でのサービス提供
（▲30%）

※点線枠の加算は区分支給限度額の枠外

訪問入浴介護の各加算の算定状況

	単位数 (令和元年10月改定後)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)	回数 (単位:千回)	算定率 (回数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
		総数	415,243	総数	314.6	総数	1,769
訪問入浴介護		415,243	100.00%	314.6	100.00%	-	-
看護・介護職員	1,256単位/回	390,013	93.92%	313.3	99.59%	-	-
介護職員のみ	1,193単位/回	1,525	0.37%	1.3	0.41%	-	-
同一建物減算	×90/100・×85/100	△ 277	-0.07%	0.3	0.10%	22	1.24%
特別地域訪問入浴介護加算	+15/100	812	0.20%	1.0	0.32%	98	5.54%
中山間地域等における小規模事業所加算	+10/100	13	0.00%	0.0	0.00%	8	0.45%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5/100	102	0.02%	0.4	0.13%	64	3.62%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	36単位/回	1,795	0.43%	49.9	15.86%	315	17.81%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	24単位/回	210	0.05%	8.8	2.80%	49	2.77%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	×58/1000	19,920	4.80%	56.3	17.90%	1371	77.50%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	×42/1000	884	0.21%	3.6	1.14%	157	8.88%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	×23/1000(※)	214	0.05%	1.6	0.51%	95	5.37%
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	×(※)×90/100	15	0.00%	0.1	0.03%	12	0.68%
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	×(※)×80/100	17	0.00%	0.2	0.06%	10	0.57%

(注1)「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

(注2)「算定率(回数ベース)」は、各加算の回数÷総件数により求めたもの。

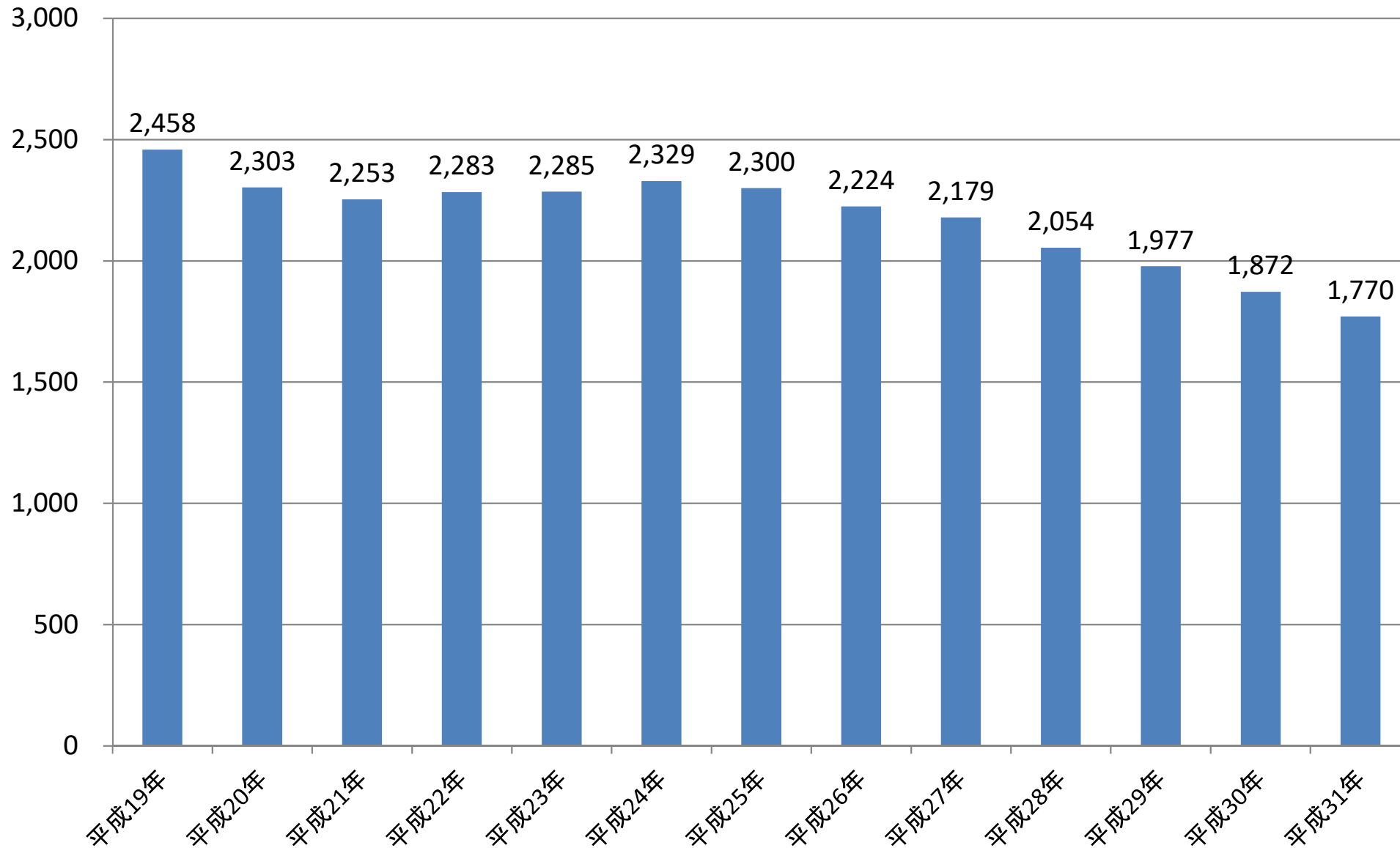
(注3)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

(注4) 介護予防を除く。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」平成31年4月審査(平成31年3月サービス提供)分及び
介護保険総合データベースの任意集計(平成31年3月サービス提供分)

訪問入浴介護の請求事業所数

(事業所)

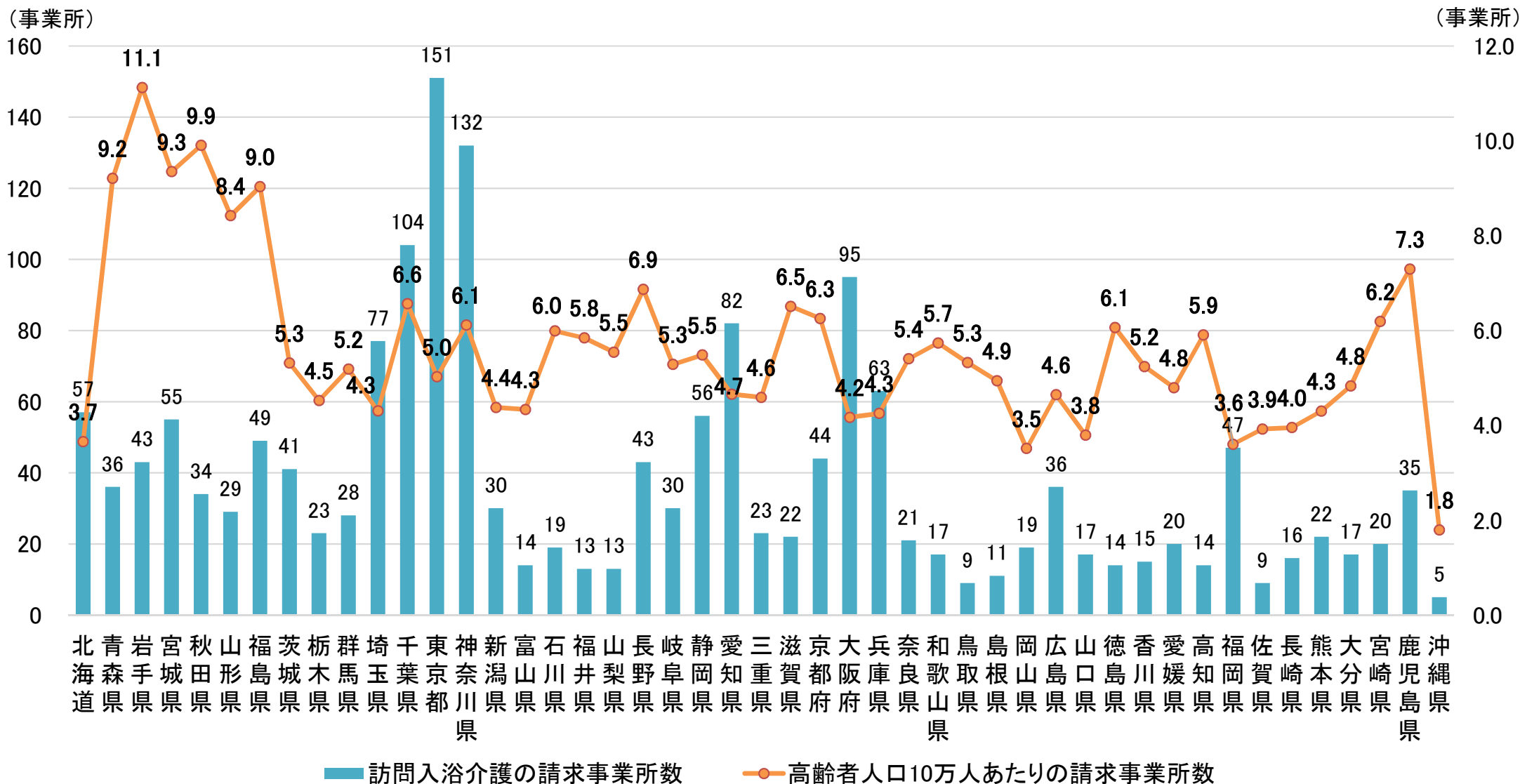


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

訪問入浴介護の請求事業所数(都道府県別)



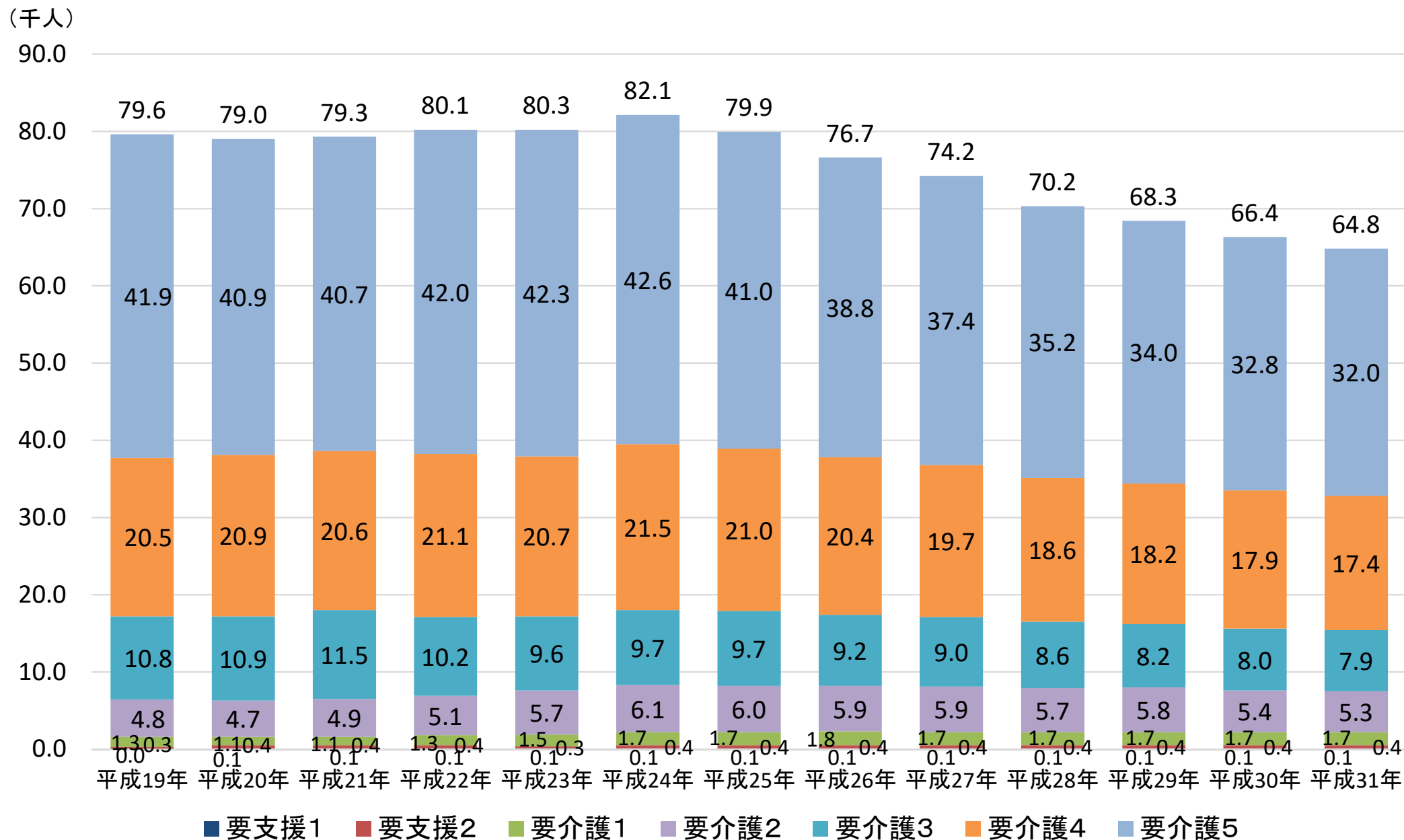
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

【出典】請求事業所数:厚生労働省「介護給付費等実態統計」(平成31年4月審査分)

高齢者(65歳以上)人口:平成27年国勢調査

訪問入浴介護の受給者数



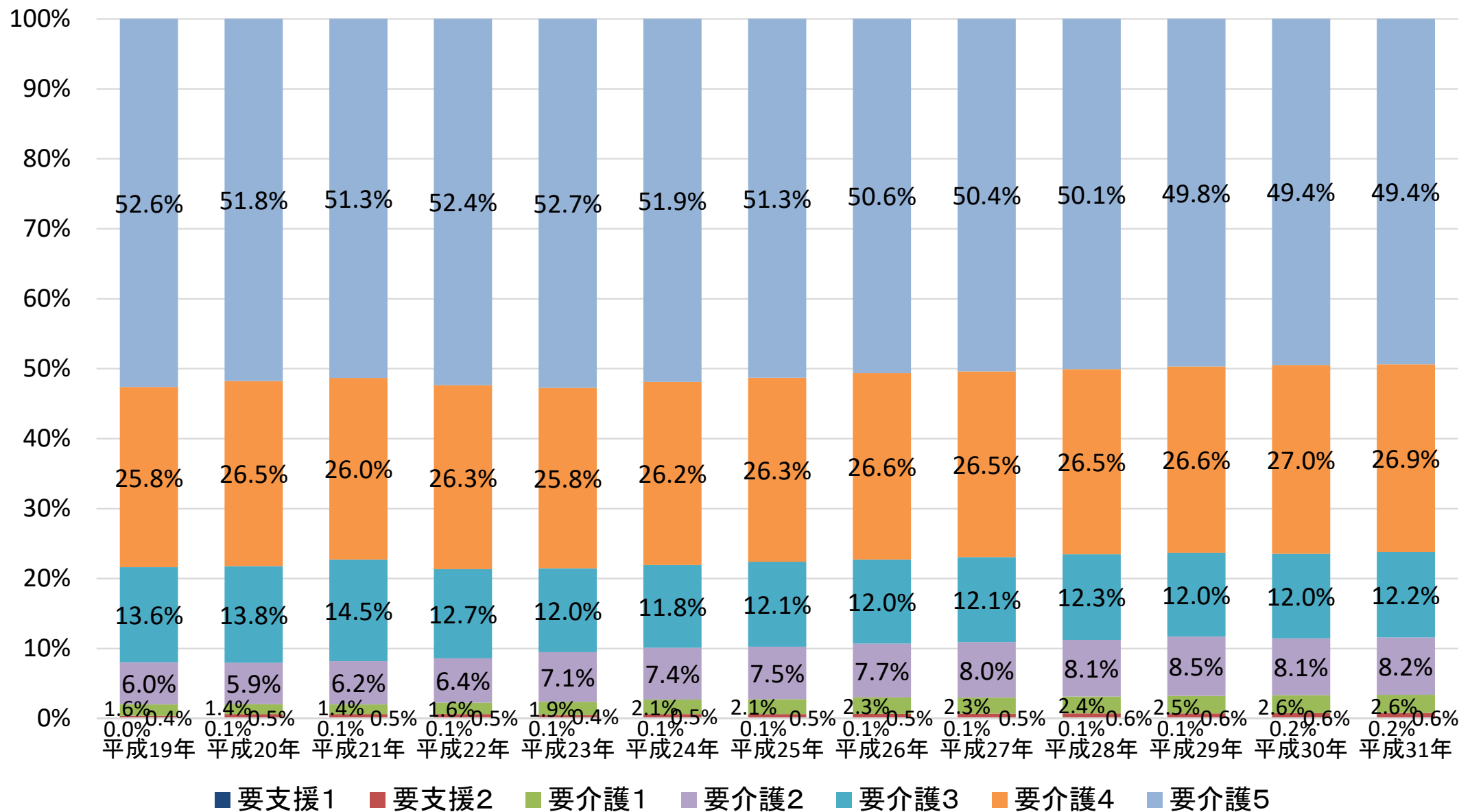
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

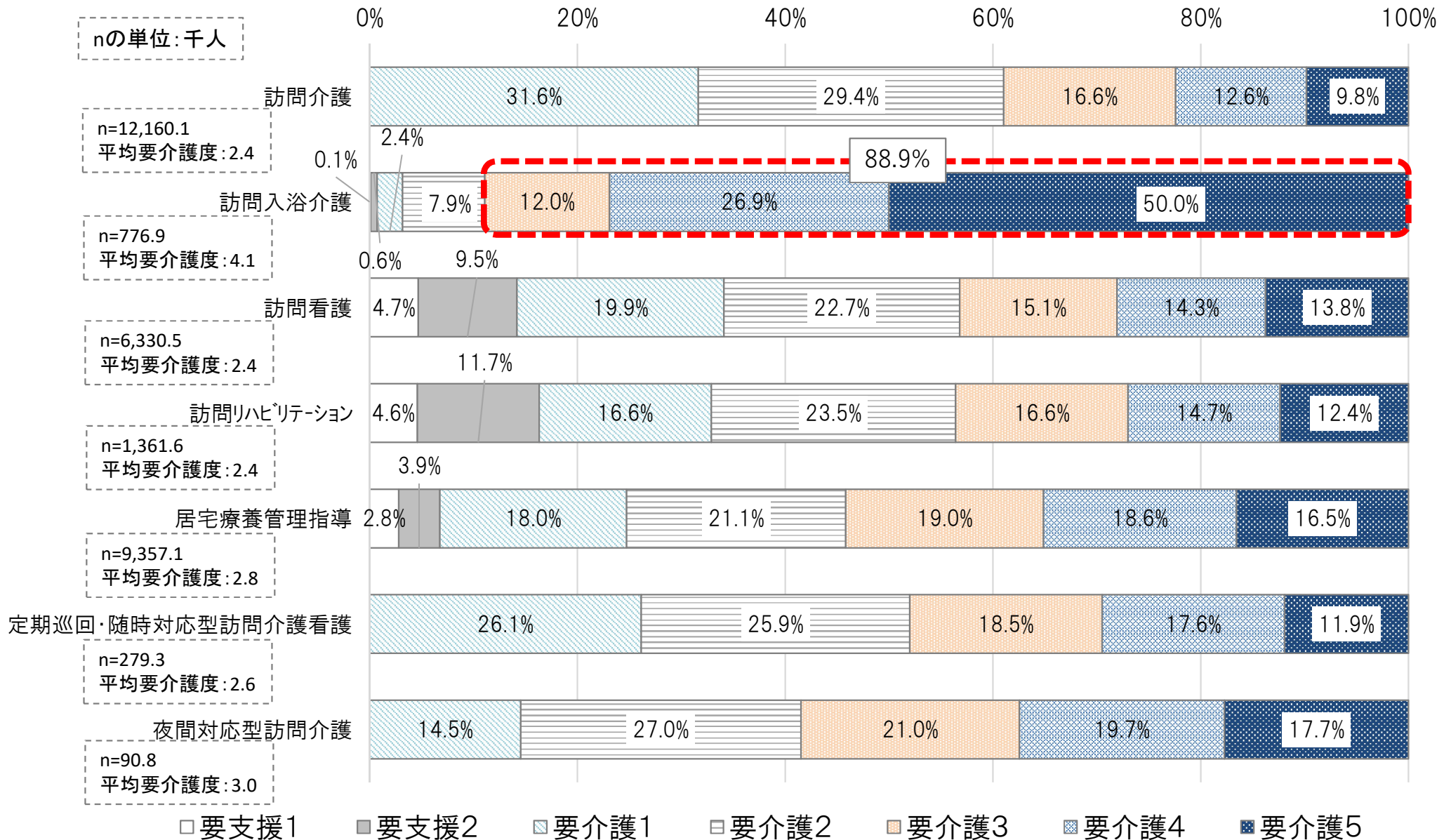
出典: 厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧: 調査)」(各年4月審査分)

訪問入浴介護の要介護度別受給者割合



※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。
 ※経過的要介護は含まない。
 ※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

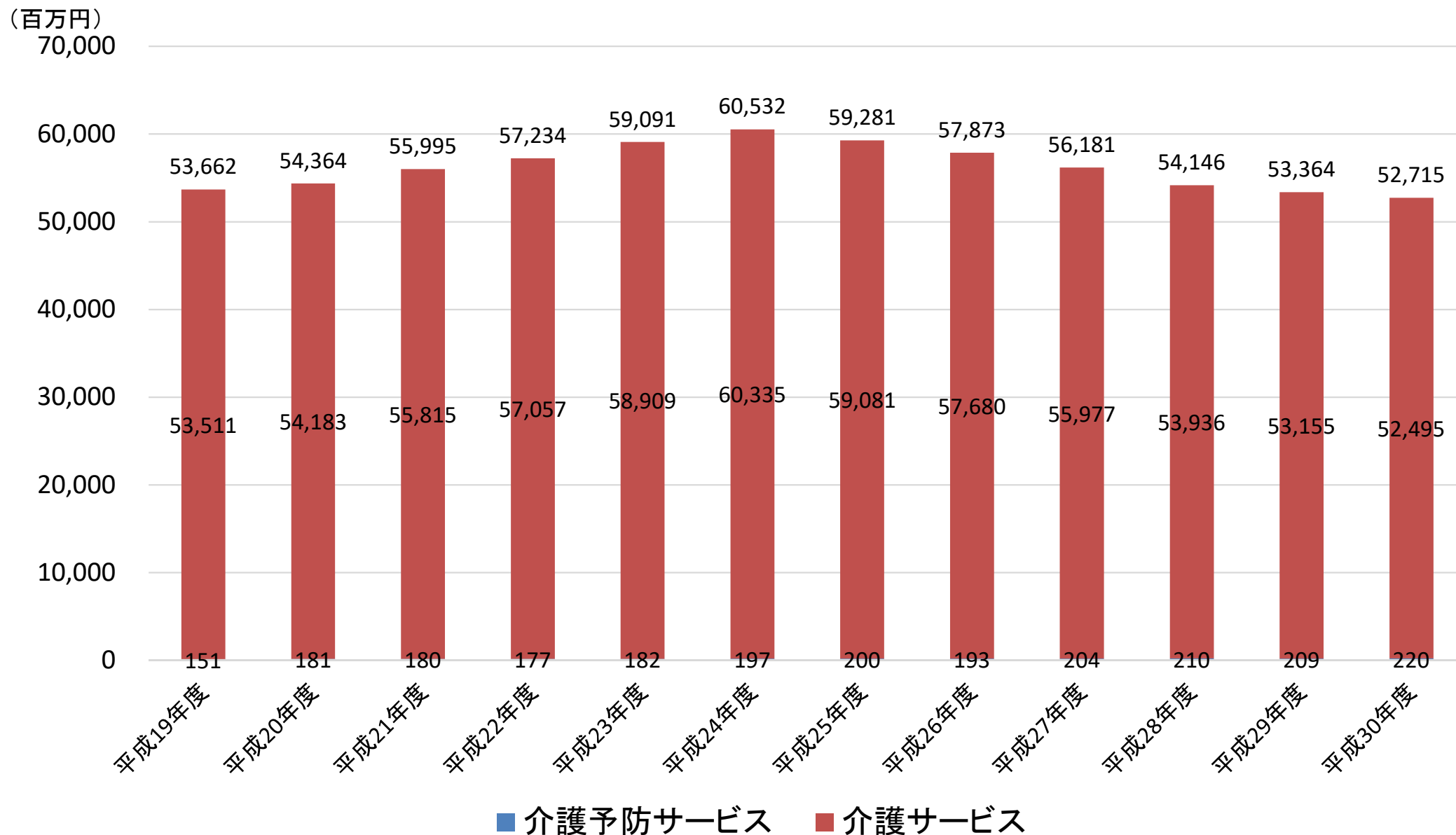
訪問系サービスの要介護度割合



(注) 平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告（平成30年5月審査分～平成31年4月審査分）

訪問入浴介護の費用額



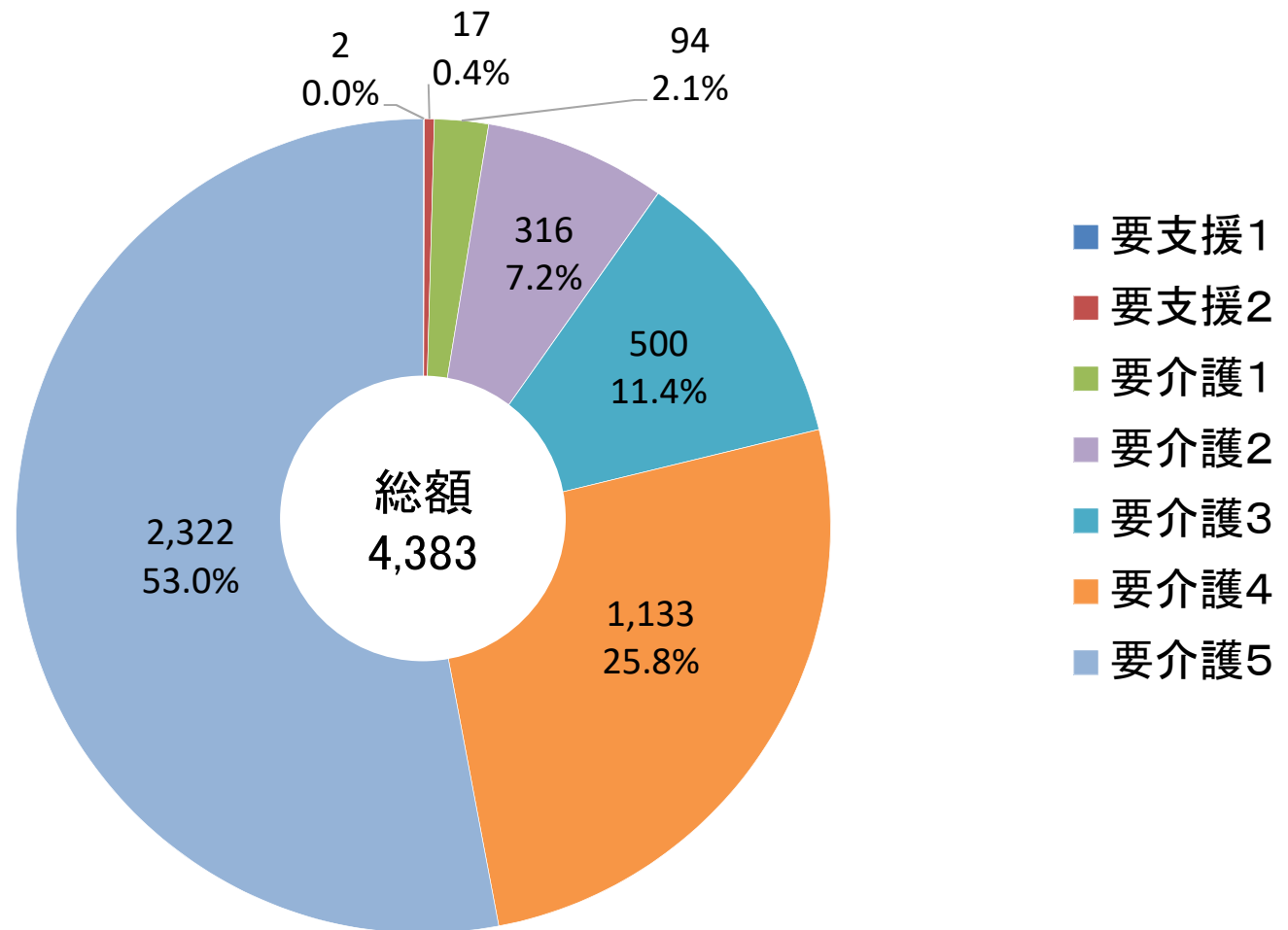
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

訪問入浴介護の要介護度別費用額

○ 平成31年3月末現在、訪問入浴介護の要介護度別費用額については、要介護5の割合が53.0%と最も高く、要介護4が25.8%、要介護3が11.4%と続く。

要介護度別費用額(1月あたり)

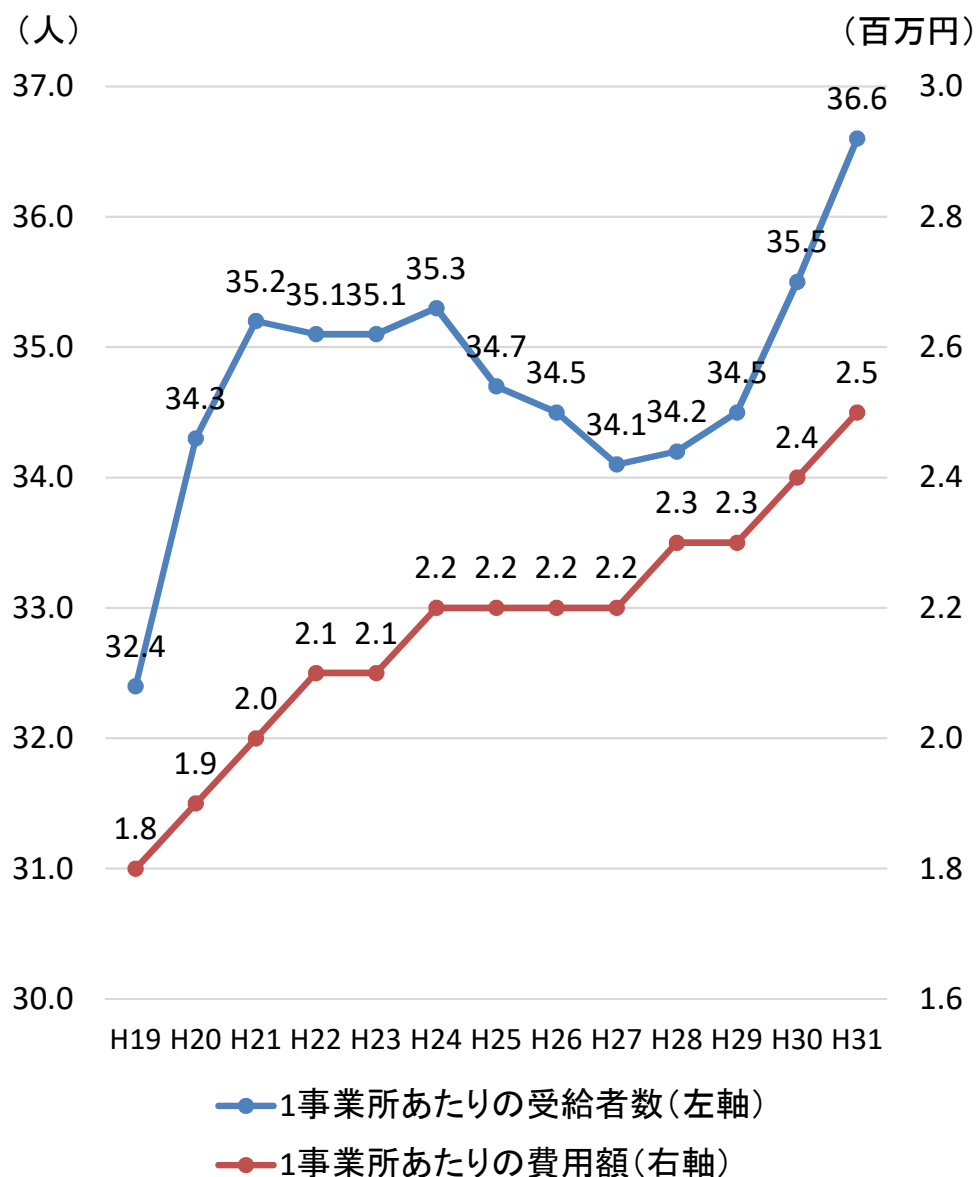
(単位:百万円)



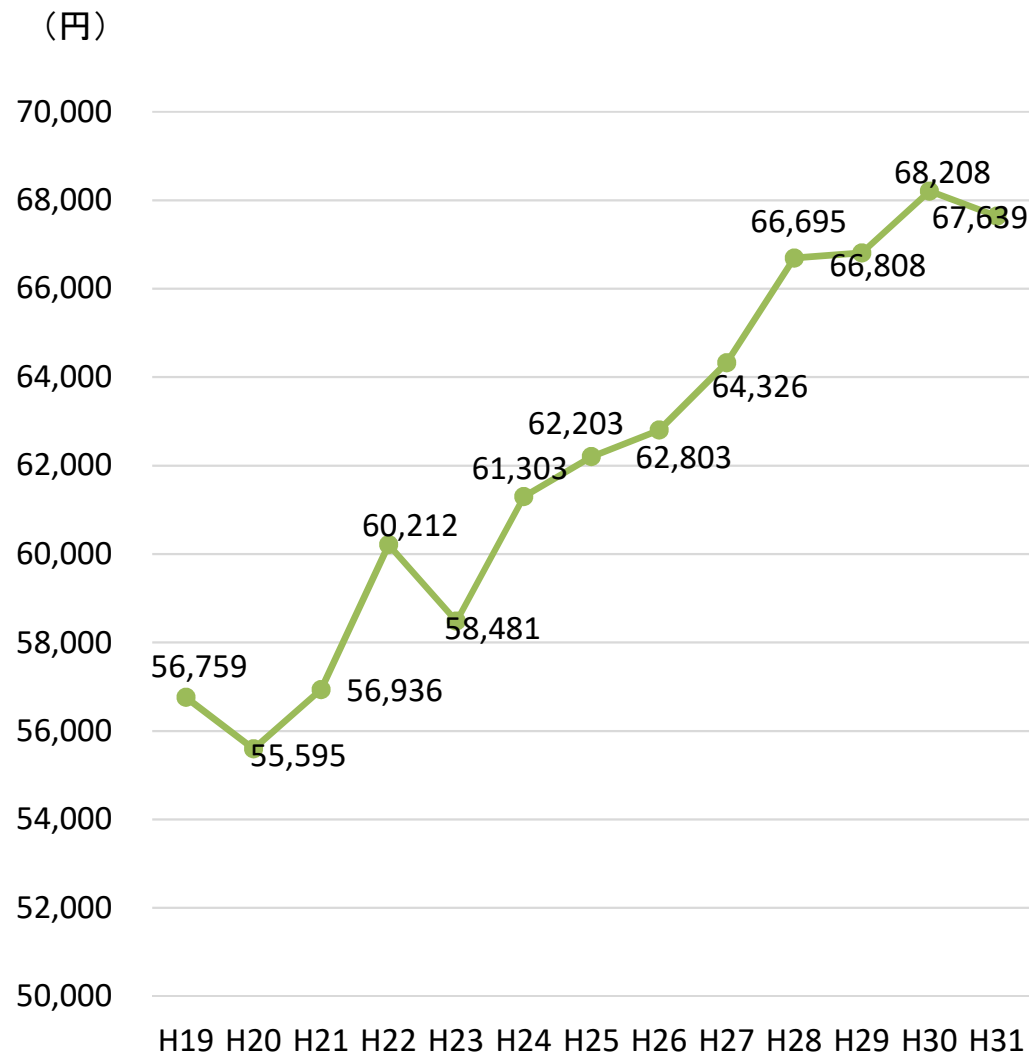
出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計」平成31年4月審査(3月サービス提供)分
注) 四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

訪問入浴介護 1事業所1月あたりの受給者数・費用額、1人1月あたりの費用額

【1事業所1月あたりの受給者数・費用額】



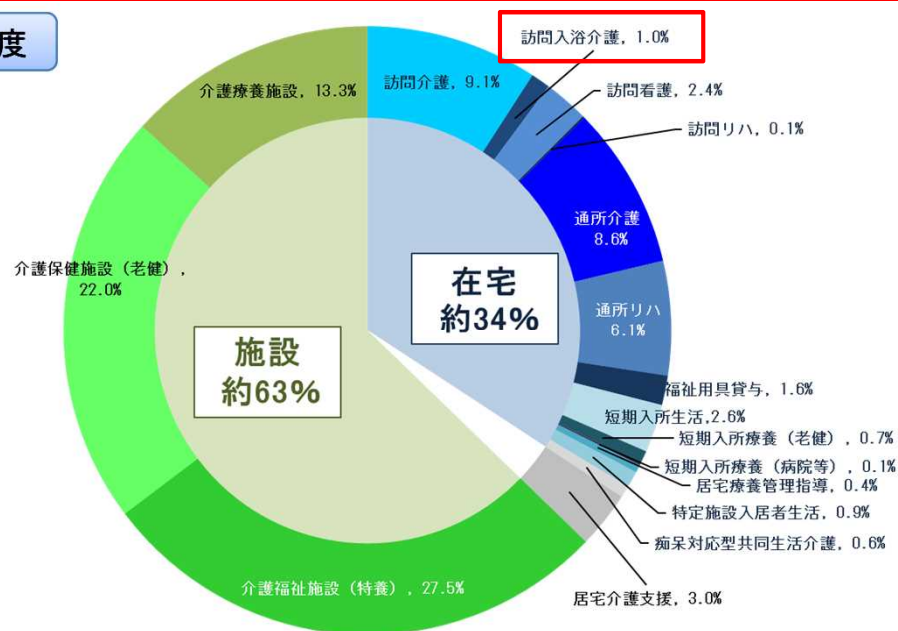
【1人1月あたりの費用額】



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

サービス種類別介護費用額割合の推移

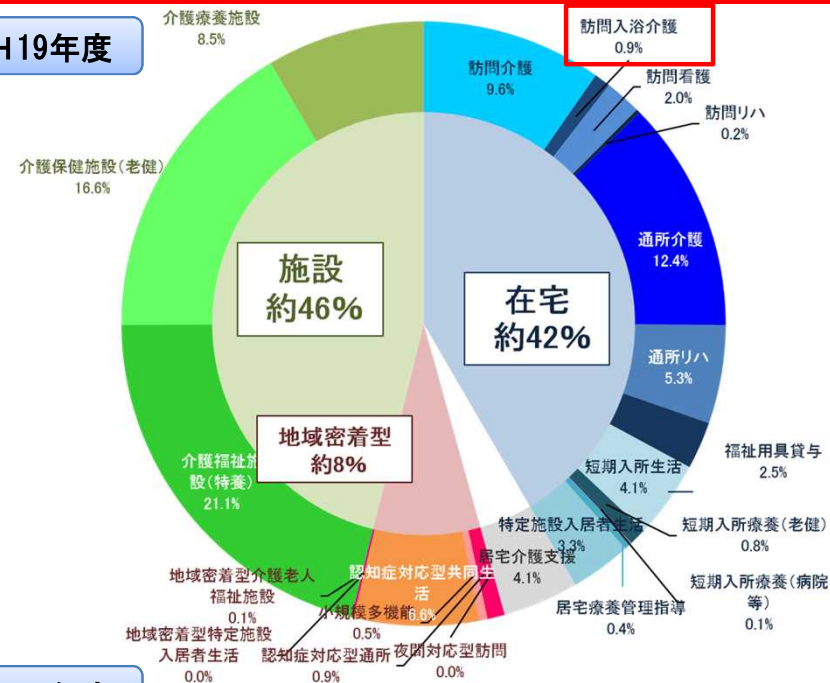
H13年度



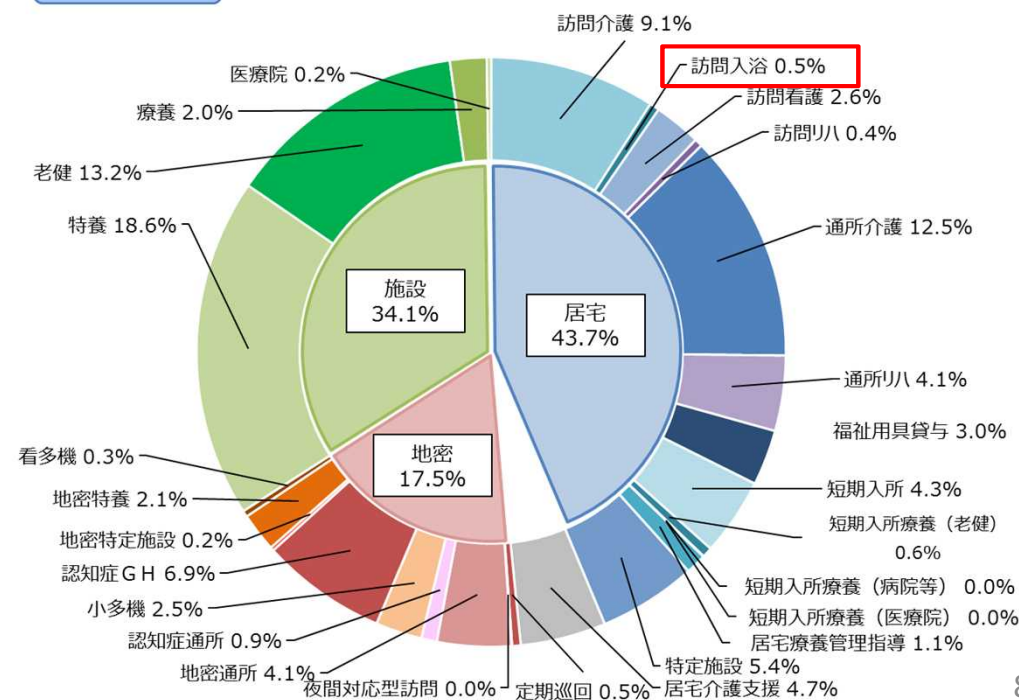
H24年度



H19年度



H30年度



総費用等における提供サービスの内訳(平成30年度)金額

		費用額（百万円）	利用者数（千人）	事業所数
居宅	訪問介護	900,694	1,456.7	33,176
	訪問入浴介護	52,495	123.0	1,770
	訪問看護	257,052	701.0	11,795
	訪問リハビリテーション	42,823	153.6	4,614
	通所介護	1,243,519	1,604.5	23,881
	通所リハビリテーション	409,205	621.8	7,920
	福祉用具貸与	302,033	2,413.1	7,113
	短期入所生活介護	422,572	739.1	10,615
	短期入所療養介護	57,484	152.9	3,781
	居宅療養管理指導	111,247	1,053.5	39,123
	特定施設入居者生活介護	532,291	280.6	5,550
	計	4,331,418	3,930.2	149,338
居宅介護支援		465,401	3,581.1	39,685
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	46,295	36.8	946
	夜間対応型訪問介護	3,416	12.6	172
	地域密着型通所介護	402,188	596.8	19,452
	認知症対応型通所介護	85,213	82.7	3,439
	小規模多機能型居宅介護	252,000	143.2	5,648
	看護小規模多機能型居宅介護	33,730	18.1	627
	認知症対応型共同生活介護	682,789	257.4	13,904
	地域密着型特定施設入居者生活介護	19,718	10.4	350
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	211,289	75.7	2,344
	計	1,736,638	1,182.6	46,882
施設	介護老人福祉施設	1,847,256	690.7	8,057
	介護老人保健施設	1,306,490	566.2	4,285
	介護療養型医療施設	199,799	73.0	912
	介護医療院	23,724	12.4	145
	計	3,377,270	1,284.6	13,399
合計		9,910,728	5,179.2	244,054

※事業所数は短期利用等を含む延べ数である。

【出典】厚生労働省「平成30年度介護給付費等実態統計」

（注1）介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス（補足給付）、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用（福祉用具購入費、住宅改修費など）は含まない。

（注2）介護費は、平成30年度（平成30年5月～平成31年4月審査分（平成30年4月～平成31年3月サービス提供分）、請求事業所数は、平成31年4月審査分である。

（注3）利用者数は、平成30年4月から平成31年3月の1年間に於いて一度でも介護サービスを受給したことのある者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。

平成30年度介護報酬改定(訪問入浴介護)

改定事項

○基本報酬

①同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

②介護職員処遇改善加算の見直し

訪問入浴介護 基本報酬 (平成30年度介護報酬改定)

単位数

<現行>

<改正後>

介護予防訪問入浴介護

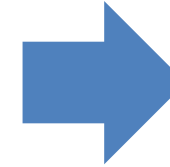
834単位

845単位

訪問入浴介護

1,234単位

1,250単位



訪問入浴介護 ①同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬 (平成30年度介護報酬改定)

概要

※介護予防訪問入浴介護を含む

同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬について以下の見直しを行う。（訪問介護と同様の見直し）

ア 訪問入浴介護のサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直し、いずれの場合も有料老人ホーム等（※）以外の建物も対象とする。

- i 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（有料老人ホーム等（※）に限る）に居住する者
- ii 上記以外の範囲に所在する建物（有料老人ホーム等（※）に限る）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

イ また i について、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合は、減算幅を見直す。

※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

ウ 上記ア又はイによる減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記ア又はイによる減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

単位数、算定要件等

<現行>

減算等の内容	算定要件
10%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（ <u>養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る</u> ）に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物（ <u>建物の定義は同上</u> ）に居住する者 （当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）



<改定後>

減算等の内容	算定要件
①・③10%減算 ②15%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く。） ② <u>上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合</u> ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者 （当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

訪問入浴介護の経営状況

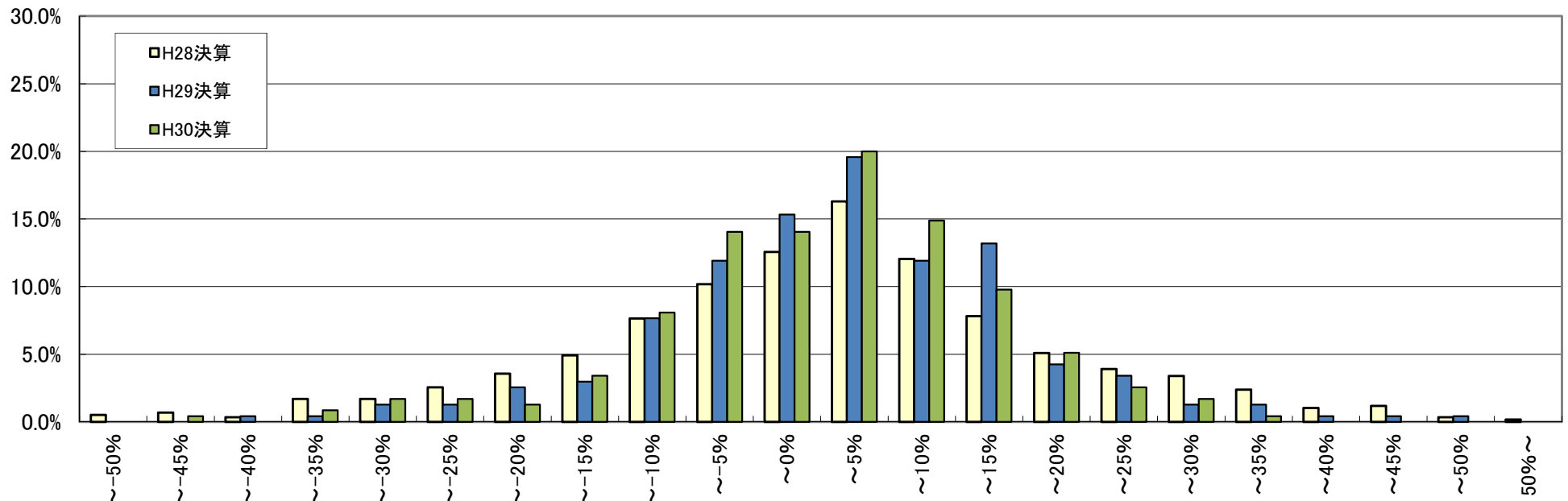
○ 訪問入浴介護の収支差率は2.6%となっている。

■ 訪問入浴介護サービスにおける収支差率（ ）内は税引後収支差率

有効回答数 = 235

サービスの種類	令和元年度 概況調査		
	H29年度 決算	H30年度 決算	対29年度 増減
訪問入浴介護	3.5% (2.0%)	2.6% (1.2%)	-0.9% (-0.8%)

訪問入浴介護(予防を含む)収支差率分布



(参考)訪問入浴介護事業者等による災害時の入浴支援

- 災害発生時において、バリアフリー対応となっていない仮設風呂等では入浴できない要介護高齢者等のため、訪問入浴介護事業者等により訪問入浴車を活用した入浴支援が実施されてきている。

災害時における入浴支援について

～移動入浴車による支援事例から考える～



被災した住宅(在宅)・避難所・福祉避難所等で人々の暮らしを守るために日頃から備えましょう

「移動入浴車」は要介護者や障がい者等への介護サービスのため、全国各地で日々活躍しています。一方で、これまでの自然災害等の発生時には入浴支援として、多くの支援活動で使用されております。自然災害が多発する昨今、「移動入浴車」は有事の際においても人々の暮らしを守る貴重な地域資源となります。あらゆる自然災害を想定した中での備えを考え、地域性をふまえた対策を検討しましょう。

③ 移動入浴車と訪問入浴介護サービス

■移動入浴車は介護保険サービスの一つでもある訪問入浴介護で使用されています。

持ち運びのできる簡易浴槽、水タンク、給湯設備などを備え、在宅で介護を受けている方や、障がいをお持ちの方の自宅に訪問して、入浴サービスを提供しています。



訪問入浴介護のサービス提供の様子(標準的な流れ)

- 準備を整え、看護士・介護士2名の3人1組でご要望に応じた日時に訪問いたします。
- 看護士が伺い、血圧・体温・脈拍などを測定し当日の入浴の可否判断を行います。
- ベッドのそばに浴槽を設置して入浴の準備。バスシートを敷きますから床(畳)を濡らす事はありません。
- さあ、浴槽にお湯を供給。湯温を確認し入浴準備完了。
- 待っていた入浴のひととき。「よこびの一日」を感じる時間です。
- 上がり湯はシャワーをたっぷり浴びて、さわやかに。

④ 移動入浴車による災害支援活動 ～過去に実施された支援活動～

◆これまでの災害発生時には、介護事業者団体等による入浴支援活動が実施されています。

- 1991年(平成3年) 雲仙・普賢岳 噴火(火砕流)
- 1995年(平成7年) 阪神・淡路大震災
第2次世界大戦後に発生した地震災害としては当時最大の被害規模となった阪神・淡路大震災。近代都市での災害として、日本国内だけでなく世界中に衝撃が走り、この震災を契機に、災害に対する支援の輪や、防災への意識が全国的に広まりました。
- 2004年(平成16年) 新潟中越地震
- 2007年(平成19年) 新潟中越地震
- 2011年(平成23年) 東日本大震災
東日本各地に大きな揺れを引き起こし、大規模な被害をもたらした東日本大震災。東北地方から関東地方にかけ広域的な被害が起こったことから、国内外問わず様々な支援が届けられました。
- 2016年(平成28年) 熊本地震
- 2018年(平成30年) 平成30年7月豪雨

▲写真:1995年(平成7年)阪神・淡路大震災
雨水による生活用水の不安に直面するため、移動入浴車の水タンクを活用し、避難・給水活動を実施している様子。

▲写真:2018年(平成30年)平成30年7月豪雨
土砂災害に遭われた施設の入所者の方への入浴支援の様子。

⑤ 災害時における移動入浴車と簡易浴槽による入浴支援の例

■フェーズにあわせた活用例

- ①感染予防
手洗い、汚染物の除去など
- ②部分的な保清
(体を拭く・洗髪など)
- ③全身の保清(入浴)
清潔の保持、精神的安寧

清潔な水の提供
湯水の提供
入浴支援

移動入浴車は避難生活をされている方々に心身の活性化をもたらします。

▲2018年(平成30年)平成30年7月豪雨

■移動入浴車での対応

貯水タンクからの水の提供(電力不使用)
入浴車でのお湯の提供(電力使用)

電力の確保が困難な場合は発電機を使用

参考例①:仮設風呂等の際に「要配慮者向け浴槽」を設置する例

施設の浴槽や仮設風呂は、被災された方の身体と心を癒す何よりの支援です。しかしながら、「配慮を要するよう方」としては、その利用が困難なケースが想定されますので、移動入浴車や簡易浴槽を用いて「要配慮者向け浴槽」を設置することにより、仮設風呂等による入浴が困難な方への入浴支援を行うことができます。

併せて設置

●簡易浴槽を併設●

浴槽タンクで運ばれたままの姿勢で入浴
ハンドルを回すとタンクネットが下がり、体が浴槽にゆっくりと沈みます。

畳2畳程度のスペース確保とパーテーションを用意すれば簡易浴室が作れます。

参考例②:「浴槽2台」での支援体制

移動入浴車に折りたたみ可能なシートタイプ簡易浴槽や発電機等を追加で搭載すれば、浴槽2台での支援が可能となります。

●折りたたみ可能なシートタイプ簡易浴槽●

浴槽2台とハンディー給湯用ポンプ、発電機を搭載することで支援の幅が広がります。

参考例③:歩行困難者対策

被災時は歩行困難者を移動させなくてはならないケースや、車イスの専断確保が困難な状況が想定されます。ベッドから浴槽へ移乗する際の簡易タンクは、有事の際には、移動用の簡易タンクとしてもご利用できます。

訪問介護・訪問入浴介護

<現状と課題>

【訪問介護】

(概況)

- 訪問介護とは、訪問介護員等が、利用者の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯、掃除等の家事を提供するもの。

- 介護報酬上は、①身体介護が中心である場合、②生活援助が中心である場合、③通院等乗降介助に分かれている。

※ ①及び②については、利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合、暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合等に限って、同時に2人の訪問介護員等が1人の利用者に対して訪問介護を行ったときは、2倍の単位数を算定可能

※ ③については、通所・短期入所サービスの利用者は、当該サービスの送迎車（通所は基本報酬に包括化、短期入所は送迎加算）を利用するため、利用不可

- 請求事業所数、受給者数、費用額いずれも、おおむね横ばいで推移。

※ なお、請求事業所数についてみると、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（前年比78事業所増）、小規模多機能型居宅介護事業所（前年比89事業所増）、看護小規模多機能型居宅介護事業所（前年比97事業所増）などの訪問サービスを提供する事業所数は増加。（出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」（平成30・31年4月審査分））

(平成30年度介護報酬改定)

- 前回の平成30年度介護報酬改定では、主に以下を実施したところであるが、課題も存在。
 - ①生活機能向上連携加算の見直し
 - ②「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化
 - ③身体介護と生活援助の報酬
 - ④生活援助中心型の担い手の拡大
 - ⑤同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬
 - ⑥訪問回数の多い利用者への対応
 - ⑦サービス提供責任者の役割や任用要件等の明確化

- 令和元年度の介護事業経営概況調査結果によれば、収支差率は4.5%であるものの、収入から支出を差し引いた金額は11.7万円。

質の高いサービスを提供する事業所を積極的に評価する観点から導入された特定事業所加算を算定している事業所とそれ以外の事業所を比較すると、前者の方が収支差率は高い。

訪問介護・訪問入浴介護

(訪問介護員の人手不足の状況)

- 必要な訪問介護サービスを確保するためには、これを担う訪問介護員等の確保が重要となるが、有効求人倍率は15.03倍と高く、82.1%の事業所が訪問介護員の不足を感じている。
- このように介護サービスを提供する人材不足が緊喫の課題である中で、特に、訪問介護員の平均年齢は他の介護関係職種と比較しても高く、60歳以上の構成割合が約4割となっている。

(これまでの指摘等)

- これまでに以下の指摘等がある。
 - 訪問介護員の処遇改善のため、サービス提供体制強化加算と同様に、特定事業所加算を区分支給限度基準額に含まれないようにしてほしい。(介護給付費分科会委員の意見、関係団体)
 - 感染症の下、介護分野の人手不足に対応するとともに、対面以外の手段をできる限り活用する観点から、生産性向上に重点的に取り組む。(経済財政運営と改革の基本方針2020)
 - サービス提供責任者について、その業務に見合う評価(退院・退所時や緊急時のカンファレンスへの参加)や、看取り・ターミナルに関わった場合の評価。また、訪問系サービス以外で設定されている認知症専門ケア加算の創設。(関係団体ヒアリング)
 - 新型コロナウイルス感染症に関連して講じている介護報酬の臨時特例の措置のうち、通所系サービス事業所の職員が、利用者の居宅を訪問し、サービス提供する形態について検討すべき。(介護給付費分科会委員の意見)
 - 通院等乗降介助においては、居宅要介護者の目的地(病院等)が複数ある場合であって、出発地及び到着地が居宅以外である目的地間の移送は、介護報酬の算定をすることができないとされているが、このような目的地間の移送についても、介護報酬の算定を認めるようにしてほしい。(総務省・行政苦情救済推進会議)

訪問介護・訪問入浴介護

- 今般の新型コロナウイルス感染症による影響を鑑み、利用者の身体的理由や暴力行為がある場合等に限られていた2人の訪問介護員等による介護報酬（100分の200）の算定について、外部の看護師等との訪問でも可能とする特例措置を講じ、感染拡大防止に関する取組のノウハウの習得に向けた支援を実施。

【訪問入浴介護】

- 訪問入浴介護は、利用者の身体の清潔保持と心身機能の維持等を図るものであり、利用者に対して、看護職員1人及び介護職員2人（介護予防は1人）がサービス提供した場合に、要介護度・サービス提供時間に関わらず介護報酬を1,256単位（介護予防は849単位）算定するもの。
※ ただし、利用者に対して、入浴により利用者の身体状況等に支障が生ずるおそれがないと認められる場合に、主治の医師の意見を確認した上で、介護職員3人による訪問が可能（ただし、報酬は95/100を算定）。
- 請求事業所数、受給者数、費用額いずれも、減少傾向。
- 要介護3以上の利用者が約9割を占め、平均要介護度は4.1。
- 前回の平成30年度介護報酬改定では、基本報酬の引き上げ等を実施した。
- 令和元年度の介護事業経営概況調査結果によれば、収支差率は2.6%。

訪問介護・訪問入浴介護

< 論点 >

【訪問介護】

- 訪問介護は、有効求人倍率が高い・人手不足感が強い状況にあることを踏まえ、
 - ① 訪問介護員等の処遇改善に向けた取組をより一層推進する観点
 - ② 対面以外の手段をできる限り活用することも含め、業務の効率化を図る観点
 - ③ 利用者の自立支援・重度化防止をより一層推進する観点
 - ④ 通所系をはじめとした関係サービスとの連携を強化しながら訪問サービスの供給量増に取り組む観点
 - ⑤ 感染症への対応を強化する観点から、どのような方策が考えられるか。

- 通院等乗降介助について、病院間の移送や通所・短期入所サービス事業所から直接病院等に行った場合が対象外となっていることについて、利用者の利便の観点から、どう考えるか。

【訪問入浴介護】

- 訪問入浴介護は、利用者の身体の清潔保持と心身機能の維持等を図るサービスとして、重度の要介護者の利用が多いサービス形態であることや介護事業経営概況調査の結果を踏まえ、どう考えるか。