

# 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等



全国自立生活センター協議会  
代表 平下耕三

# 全国自立生活センター協議会の概要

1. 設立年月日：平成3年11月22日

2. 活動目的及び主な活動内容：

私たちは、どんなに重度の障害をもっている人も、独立した一人の人間として、差別されることなく、地域で自分の選択と決定に基づく生活を送れる社会を目指します。

そのために、障害をもつ当事者主体で運動と事業を展開するのが自立生活センター(CIL)です。

## 【主な活動内容】

- ・自立生活センターの設立・運営を助け
- ・自立生活センターの活動を社会に認知させ
- ・自立生活センターが公的な財政支援が受けられるように(制度化)することを目的に活動しています。

3. 加盟団体数：127団体(平成29年6月時点)

4. 法人代表： 代表 平下 耕三

# 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要) その①

## 1 重度訪問介護 関係

### ① 入院時利用の対象者について(視点2)

平成30年4月から開始される入院時利用の対象者について、現在示されている案では障害支援区分6に限ることになっているが、障害支援区分ではなく、援助の必要性(ニード)に着目して利用できるようにすること。

### ② 重度訪問介護の基本的報酬単価の拡充(視点1)

重度訪問介護の基本的報酬の増加、とりわけ障害支援区分4・5の場合の報酬も拡充させること。また、重度訪問介護は本来、8時間の介助提供をして採算ベースがとれるように設定されているものであって、区分4・5であっても一日8・10時間などの長時間利用が認められるようにすること。若しくは3・4時間の利用であっても十分な採算が取れるような報酬設定にすること。

### ③ 介護保険給付対象者の国庫負担基準の引き下げ問題(視点2)

介護保険との併給者の国庫負担基準が3分の1程度に下がる仕組みを廃止すること。

### ④ 障害者特有のサービス化(視点2)

重度訪問介護については、そのサービス内容から行動援護と同様にサービス提供場所に拘らず、全てを介護保険にない障害者特有のサービスであると位置づけること。障害福祉サービス事業所から介護保険事業所に移行した際に、重度訪問介護従業者のみの資格者が介護提供ができなくなる事態を防ぐこと。

### ⑤ 利用のシームレス化(視点2)

(イ) 重度訪問介護における外出については、平成18年9月29日厚生労働省告示第523号で記載された文章により規定されています(詳細で説明)。これら規定により、障害者の社会参加の大きな妨げになっている為、それらを削除すること。

(ロ) 他の施策(労働関係、教育関係など)が保障されない場合に、障害福祉サービスを利用できる旨を明確にし、市町村に周知すること。

# 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要) その②

## 2、医療的ケアならびに重度障害者特有の評価について(視点1)

- ① 医療的ケアに取り組む事業所に対し大幅に評価を引き上げること。とりわけ特定事業所加算 I を取得している事業所には、何ら評価されないことは問題である。
- ② 医療的ケアを地域において安全に行う為、必要な頻回の同行研修(繰り返し5回～10回研修等)について評価・報酬をおこなうこと。また、頻回の同行研修(繰り返し5回～10回研修等)については医療的ケアを必要としなくとも最重度者についても必要となる為、そちらも併せて評価・報酬をおこなうこと

## 3、相談支援について(視点1)

- ① 計画相談において、とりわけ言語障害を持つ重度障害者等、繰り返し聞き取りを必要とする人や、労力を相当数必要とする人に対する計画作成にあたっては、質を向上の為に、計画作成に至るまでのプロセスに対して十分な評価をしその報酬を底上げをすること。
- ② 地域移行支援において、これまで自立生活センター等の障害当事者団体がおこなってきた、施設・在宅からの自立支援の仕組みを報酬として位置付けること。

## 4、移動支援について(視点2)

行き先の詳しく書かせることや、著しく行動を制限させるような仕組みをあらためること。

## 5、地域支援の基盤整備について(視点3)

財政が逼迫している中で地域生活支援を持続可能なしくみとしていくためには、入所施設や精神科病院から地域移行を進め、地域生活資源強化を進めていくこと。

# 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その①

## 1 重度訪問介護 ① 入院時利用の対象者について

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

平成30年4月から開始される入院時利用の対象者について、現在示されている案では障害支援区分6に限ることになっているが、区分4・5の重度訪問介護利用者にも相当なニーズはありと考えている。また居宅利用者についても同様のニーズはありと考えられる。

### 【意見・提案の内容】

障害支援区分による利用の可否を判断するのではなく、援助の必要性(ニード)に着目して利用できるようにすること。また、院内で長時間介助をおこなう為に必要な環境整備(介助がしやすいスペース、大部屋でなく少人数の部屋若しくは個室、夜間待機用の簡易ベッド、それらに伴う費用の補助等)ができるように評価すること。これら入院中の利用を認めることで現在より支給量が増えるもの無いと考える。

## 1 重度訪問介護 ② 重度訪問介護の基本的報酬単価の拡充

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

重度訪問介護の基本的報酬について、これまで区分6加算、特定事業所加算等の加算等々の整備によって各事業所においては幾何の経営改善を図ってきたが、質の高い援助体制の構築、介助者の安定的な雇用には至っていないのが現状。とりわけ障害支援区分4・5の利用者に至っては重度訪問介護の提供をしない事業所が多い事や、仮に提供をしたとしても赤字増えるだけといった散々たる状況が見られる。また拡大された知的精神障害者へのサービスも広がっておらず、重度行動障害があるマンツーマンの支援の体制がとれる報酬が必要である。

### 【意見・提案の内容】

- ・重度訪問介護の基本的報酬単価の増加をすること
- ・区分4・5に対してのそれぞれに加算等の報酬増加をすること
- ・重度訪問介護は本来8時間の介助提供をして採算ベースが取れるように設計されているものであるからして、区分4・5であっても一日8・10時間などの長時間利用を認められるようにすること。若しくは3・4時間の利用であった場合には短時間の報酬を増やす等、十分な採算がとれるような報酬単価とする事。

# 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その②

## 1 重度訪問介護 ③ 介護保険給付対象者の国庫負担基準の引き下げ問題

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

平成30年4月から開始される介護保険サービスの円滑な利用を促進において、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所へスムーズに移行できるようにとあるが、現在介護保険との併給者の障害サービスの国庫負担基準が併給者でない人と比べ3分の1程度に下がるようになっており、市町村が重度訪問介護の支給決定を出しにくい状況になっている。これにより介護保険に移行した場合それまでの長時間サービスが安定して受けられなくなるという危惧がある。

### 【意見・提案の内容】

・介護保険との併給者の国庫負担基準が3分の1程度に下がる仕組みを廃止すること。

## 1 重度訪問介護 ④ 障害者特有のサービス化

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

来年度にはじまる共生型サービスでは障害サービス利用者が65歳以上になっても介護保険でこれまでと同様にサービスが利用できるとしているが、障害福祉独自のサービスである重度訪問介護にとっては意味をなさない。重度訪問介護利用者は65歳になると、介護保険優先の考えから、「平成19年3月28日障企発第0328002号・障障発第0328002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知」を根拠に介護保険の訪問介護(特に居宅内での身体介護、生活援助)の利用を強要されるケースがほとんどである。しかし重度訪問介護は身体介護、家事援助に加え、そのサービス間に断続的に見守り、移動介護の介助を行う特質がありこれは介護保険にはないサービスである。一方行動援護は居宅内での介助が認められているが、障害独自のサービスとして居宅内の介助も介護保険利用を強要されることはない。重度訪問介護と介護保険の訪問介護はまったく異なるサービスである。またサービス提供者の従事者要件も異なっており、これまで入ってきた重度訪問介護のヘルパー等が65歳を機に介護保険に切り替えられたことにより継続してサービスに当たれなくなってしまう。

### 【意見・提案の内容】

重度訪問介護については、行動援護と同様にサービス提供場所に拘らず、全てを障害者特有のサービスとして上記通知に明記すること。

# 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その③

## 1 重度訪問介護 ⑤ 利用のシームレス化 (イ)

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

重度訪問介護における外出については『障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(抄)』平成18年9月29日厚生労働省告示第523号(最終改正:平成25年3月29日)の【別表介護給付費等単位数表 第2重度訪問介護 1重度訪問介護サービス費】に記載された次の文章により規定されています。

～(前略)～重度訪問介護(居宅における入浴、排せつ又は食事の介護等及び外出(①通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、②通年かつ長期にわたる外出及び③社会通念上適当でない外出を除き、④原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る。2並びに第3及び第4において同じ。)時における⑤移動中の介護を総合的に行うものをいう。以下同じ。)～(後略)～(①～⑤の数字と下線はこちらで追記)

この①と②により通勤・通学に重度訪問介護サービスが使えず、社会参加の大きな妨げとなっています。

さらに、この規定を参考に、市町村の地域生活支援事業である「移動支援」の要綱が作られているケースが多く、①、②はもとより特に③と④の行き過ぎた拡大解釈により、障害のない一般市民が行なっている余暇活動(映画鑑賞、コンサート、居酒屋、公営ギャンブル、泊まりの旅行等)でさえも利用不可とされ、⑤の「移動中の介護を総合的に行うもの」は何故か反映されず、細かな制限を課せらせることでやはり社会参加の大きな妨げとなっています。

### 【意見・提案の内容】

これらの規定がある事により、障害者の社会参加への大きな妨げとなっており、障害者総合支援法の趣旨

障害者総合支援法の趣旨によると、～(前略) 法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われること(後略)～とある

このことから、この規定を削除すること。また、市町村事業の移動支援においても同様の理由により規定文を削除をし、市町村独自に法の趣旨に反する規定をつくらないように徹底すること。

# 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その④

## 1 重度訪問介護 ⑤ 利用のシームレス化 (ロ)

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

通勤や通学の介助をどの分野が担うのかは社会保障審議会障害者部会においても課題として指摘されてきたが、上記「利用のシームレス化(イ)」にある①、②に明記されていることから、市町村でも障害福祉サービスが利用を認めないケースがほとんどである。しかし労働分野、教育分野においても通勤通学、学内のサービスが十分に保障されておらず、サービスがあったとしても日常的に利用する障害福祉サービスとは別の事業者やヘルパーが担うことになる。居室においても通勤通学、学内等においても慣れたヘルパーがシームレスに使えることが障害者の社会参加を促進することとなる。

### 【意見・提案の内容】

他の施策(労働関係、教育関係)が保障されない場合に、通勤や通学、学校内での介助等と障害福祉サービスを利用できる旨を明確にし、市町村に周知すること。

## 2 医療的ケアならびに重度障害者特有の評価について ① 医療的ケアへの評価引き上げ

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

2012年4月より医療的ケアが制度化され、吸引と胃ろうの医療的ケアは一定の研修を終えたヘルパーによって行われることとなった。これは本来医療従事者が行うものとされながらも、一向に24時間体制による訪問看護事業者は増えず、家族介護の限界とヘルパーによる支援の実態から制度化されたものだが、担い手不足の現状は相変わらずで、かねてから医療的ケアを手掛けていた一部の事業所への依存と負担増の解消にはつながっていない。訪問看護が1回の訪問で約8,000円の報酬が出るにもかかわらず24時間対応できていない現状に比べ、同様のケアを1日に何度実施して、24時間対応のヘルパーには、1日1,000円の加算のみという格差が続いている。しかも、実際には個別性の高い重度障害者へのサービス提供には制度上の医療ケア研修以外に、さらなる個別研修が必要であり、経験を積んだヘルパーと組んで研修を受けながらサービス提供を行うなど新人ヘルパーへの研修コストのほとんどは事業所の自己負担で実施しているのが現状である。

# 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)その⑤

## 【意見・提案の内容】

医療的ケアに取り組む事業所に対し大幅に評価を引き上げること。とりわけ特定事業所加算Ⅰを取得している事業所には、何ら評価されないことは問題である。

## 2 医療的ケアならびに重度障害者特有の評価について ②頻回の同行研修の評価

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

医療的ケアを必要とする障害者、医療的ケアが無くとも最重度の障害者の介助を開始する為には、5回～10回前後、期間に至っては1～3か月程度の同行研修が必要であり、これまでは事業所の持ち出しによりこれらの同行研修を行っている状況である。こういった持ち出しができない事業所においては、医療的ケアを要する若しくは最重度の障害者の介助提供を十分におこなえない状況がある。

### 【意見・提案の内容】

多くの事業所が、医療的ケアを要する若しくは最重度の障害者の介助提供を安定的に行え、その質を高めていく為にも、繰り返し必要となる同行研修に対する評価・報酬を十分おこなうこと。

## 3 相談支援について

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

計画相談においては計画作成に至るまでに、繰り返し聞き取りや環境、状況の把握、諸関係機関との連絡調整等障害が重くなるほど労力を要する。しかし計画相談の報酬は一律に低く抑えられ、相談支援事業所が単独で採算をとれるのは難しい現状がある。

また地域移行支援については、サービスが整うだけでは円滑な地域生活を送れるわけではなく、本人の主体性やエンパワメント支援が必要となる。自立生活センターはこれまで自立支援の中で、本人のエンパワメントに着目した障害当事者による自立生活プログラムやピア・カウンセリングといった支援を行ってきており、自立生活へとつなげている。

### 【意見・提案の内容】

- ① 計画相談において、とりわけ言語障害を持つ重度障害者等、繰り返し聞き取りを必要とする人や、労力を相当数必要とする人に対する計画作成にあたっては、質を向上の為に、計画作成に至るまでのプロセスに対して十分な評価をしその報酬を底上げをすること。
- ② 地域移行支援において、これまで自立生活センター等の障害当事者団体がおこなってきた、施設・在宅からの自立支援の仕組みを報酬として位置付けること。

## 4 移動支援について

### 【意見・提案を行う背景、論拠】

市町村事業である移動支援においては、市町村毎に独自のしくみが設けられており柔軟な対応ができる一方、一部市町村においては、プライバシーへの配慮に各詳細な実績報告書をもとめたり、(5)で示したとおり細かな制限を課せられて、障害者の社会参加を阻害する要因にもなっている。

### 【意見・提案の内容】

行き先の詳しく書かせることや、著しく行動を制限させるような仕組みをあらためること。

## 5 地域支援の基盤整備について

今でも他諸国にくらべ障害予算は少なくおさえられている。しかしながら財政が逼迫していることも事実であり、こうした状況下で地域生活支援を持続可能なしくみとしていくためには、入所施設や精神科病院から地域移行を進め定員、病床数を減らしていき、その分を地域支援に振り分けていく方向性が重要である。

そのためには地域生活基盤整備強化10カ年戦略など、期間を区切り集中的に地域移行、地域生活資源強化を進めてはどうか。

# (参考資料) 1-① 入院時利用の対象者について

○全国自立生活センター協議会は重度訪問介護の入院時利用が制度化されることにあたり、会員団体に入院時の介助利用について調査を行った(平成28年5~6月に実施)。調査項目のうち「障害支援区分4・5の重訪の方で入院時派遣を必要とされる方はおられますか?」という設問に対し、以下のような回答を得ている。

## 【ケース1】

サリドマインドによる先天性ろう。特殊な手話によるコミュニケーション。呼吸不全。てんかん発作。知的障害。障害支援区分4。介助の必要性は、常時見守りが必要。コミュニケーション支援を使った。しかし8時間まで、しかもあとから「実際にコミュニケーション取ったときしか算定できない」といわれる。

## 【ケース2】

20代、頸椎損傷、区分5。昨年10月に肺炎による呼吸不全のため約1か月入院。当初は気管内挿管等によりコミュニケーションの問題あり。看護師等が頸損の介助に不慣れなため、排せつ、入浴、移乗、着替え等で普段入っている介助者の介助がなければ入院生活が困難に。食事介助等も必要だった。入院等各種手続き、現金の振り込み、引き出し、買い物、洗濯等は看護師等に頼むことは難しかった。

## 【ケース3】

頸椎損傷、区分5。車椅子に乗っているときは体幹のバランスは保持できるが、ベッドに上げられるとギョッアップしてもバランスが取れず何もできなくなるため。排便は普段から介助者に腹部に相当な力を掛けてもらって出す。大腸検査で浣腸をする時などこれが看護師に伝わらない。介助者にいてもらえばいつも通りに出すことができるのに、弱い力で押されて出ないと時間ばかりかかるのは双方体力を消耗する。

## 【ケース4】

30代、脳性麻痺、区分5。2, 3年前に障害者施設併用の長期療養型病院に入院した際は介助等の面で問題はなかった。しかし、一般病院等の場合障害に慣れていなく食事介助、移乗、洗濯、着替え等で介助者が必要。家では使いやすく環境が整っているが、病院では環境が異なりいつも以上に介助者に頼まなければならない。

## 【ケース5】

腫瘍による脊髄損傷、区分5。透析をしていたため、骨がもろくなっていて、トランスや体交は体幹をねじってはいけなかったが、それが看護師に伝わらず、本人が怖がって介助者の派遣を要求された。

## 【ケース6】

骨形成不全、区分5。交通事故に遭い、病院に搬送。骨折が予想されたが、医師は骨形の専門医ではないから、と骨折箇所や固定の仕方があいまいで、本人より体中が痛いとき常時体交の要求があった。普段の生活でも、ベッド上の体勢は覚えるのにひと月くらいかかるくらい頻度が多く方法も細かい。多重骨折が予測され、強い痛みがあった中で、看護師へ通常の体交を伝えることは困難で、慣れている介助者による体交が必要だった。

# (参考資料) 1-① 入院時利用の対象者について2

## 【ケース7】

骨形成不全。障害支援区分5。骨形成不全症の当事者の場合、慣れている介助者でないと身体介助(特に移乗)において骨折をする危険性が高いため、入院時派遣は必要と思われる。

## 【ケース10】

区分5 脳性小児麻痺・麻痺による言語機能喪失・トーキングエイド使用。疾病などの状況によっては、トーキングエイドが使用できない場合は、独自のコミュニケーションが必要になるため、慣れていないヘルパーでないと難しい。

## 【ケース8】

50代骨形成不全症、区分4。肺炎で声を出すことが難しかったため、普段入っている体や障害の状況を理解している介助者がいなければ入院生活は不可能だった。上記3と同様使いやすい環境でなく排泄、食事介助、移乗等でいつも以上に介助が必要だった。洗濯や買い物等のサポートも必要。

## 【ケース9】

40代、骨形成不全症、区分4。難聴等の問題があり、コミュニケーション支援が最も重要だった。しかし、普段の家であれば排泄、入浴、移乗等で1人でできることは多いが、病院では自分が使いやすい環境が整っておらず介助が必要。肺炎のため声を出すことも難しく普段入っている体や障害の状況を理解している介助者がいなければ入院生活は不可能だった。洗濯や買い物等のサポートも必要。

# (参考資料) 1-① 入院時利用の対象者について3

さらに同アンケートでは「自治体のコミュニケーション支援の入院時派遣を利用できなかった理由」という設問には以下の回答を得ている。

○コミュニケーション支援を使って、病院看護師への医師の疎通は図れるが、慣れているヘルパーが身体介護を含めた支援ができないと利用する意味が無いとして、利用者本人が申請を断念した。

○区分認定調査でコミュニケーション部分で3項目が該当なしで、却下された。

○独居要件のため、一人でも家族がいたら利用できない。

○障害支援区分の調査票のコミュニケーション部分がたまたま、調子がいい時で、できるようになっていたため、1度は利用できないとされた。

○入院時の状態を医師が意見書で必要であると認めれば利用できるため、申請しようと相談したが、障害支援区分の調査票のコミュニケーション部分ができるようになっていたため、区役所の障害福祉係の担当者が制度のことをよく知らないこともあり、1度は利用できないとされた。利用者から当センターに相談があり、当センターの相談員も同行して、新たに痛みによってコミュニケーションが取りにくいとの医師の意見書と共に申請した結果、利用が認められた。

○障害程度区分調査の際、調査員の前でヘルパーとコミュニケーションができていたことから、障害程度区分の調査票のコミュニケーション部分が「できる」になっており、1度は利用できないとされた。

○コミュニケーションが取れるということで利用を拒否された。コミュニケーションに問題なければ利用できない。コミュニケーションに問題なくても、入院中に自分の介助を、入れ代わり立ち代わりかわる看護師に、その度毎にバーバルコミュニケーションだけでレクチャーすることはできない。

○病院側が許可しなかった。24時間看護を謳っている以上、病院外の介助者を必要としないと言われた。前例がないために長く検討の時間を取られ、しかも結果断られた。

○区分6の人が入院した時、申請の段階で言語障害がないので対象ではないと言われた。その後申請用紙はもらったが、申請しても交渉が必要。

○・家族同居の方で、病院側が完全看護をうたっており、徹底してヘルパー受け入れを拒否された。

(参考資料) 1-② 重度訪問介護の基本的報酬単価の拡充  
 1-③ 介護保険給付対象者の国庫負担基準の引き下げ問題

② 重度訪問介護の報酬額は、長時間介護を前提に低く設定されている。しかし区分4, 5では短時間派遣もあり、下記の報酬ではサービスが維持できず、サービスの担い手がいない。

重度訪問介護の基本報酬単価(1時間あたり)



③ 介護保険給付対象者の国庫負担基準は以下の通り著しく低く設定されている。

介護保険給付対象者ではない			介護保険給付対象者	
区分4	¥265,700	➔	区分4	¥144,900
区分5	¥333,100		区分5	¥144,900
区分6	¥474,900		区分6	¥144,900

# (参考資料) ② 重度訪問介護の障害支援区分ごとの収支計算

各サービス内容で派遣した場合の収支

設定 ... 時給:1,200円/交通費1,000円/保険料事務所負担分(社保年金)13%/として設定

※時給1,200円で月170時間労働した場合の月給⇒⇒ 21万円

※収支額・残金で事務管理費研修費調整費をまかなう

収入 - 支出 = 収支計算・残金額

## <重訪区分4・5>

時間	報酬		給料	交通費	保険料		残金
3時間	5,460	—	3,600	1,000	468	=	392
5時間	8,980	—	6,000	1,000	780	=	1,200
7時間	12,380		8,400	1,000	1,092	=	1,888

## <重訪区分6>

時間	報酬		給料	交通費	保険料		残金
3時間	5,924	—	3,600	1,000	468	=	856
5時間	9,743	—	6,000	1,000	780	=	1,963
7時間	13,432		8,400	1,000	1,092	=	2,940

## <身体&通院等介助>

時間	報酬		給料	交通費	保険料		残金
3時間	8,040	—	3,600	1,000	468	=	2,972
5時間	11,240	—	6,000	1,000	780	=	3,460
7時間	14,440		8,400	1,000	1,092	=	3,948

残金から、必要な管理費、介助研修やシフト調整費を捻出となる為不十分。  
 薄利多売の状態では質の向上を図れない。  
 又、深刻な介助者不足の解消の為に、それら質の向上の為の経費は必要経費

## (参考資料) ④ 重度訪問介護従事者の割合

重度訪問介護の派遣割合が多い事業所では重度訪問介護従事者資格者の割合が高く、平均では約半数は重度訪問介護従事者研修修了者となった

事業所	全従業員	介護福祉士・初任者研修修了者	重度訪問介護従事者研修修了者	重訪者の割合
A	156	43	113	72.4%
B	62	35	27	43.5%
C	15	10	5	33.3%
D	136	68	68	50.0%
E	83	47	36	43.4%
F	71	35	36	50.7%
G	7	5	2	28.6%
H	45	25	20	44.4%
			平均	45.8%

また前述のアンケート調査でも、今後10年以内に65歳を越え介護保険利用が想定される利用者に現在派遣されているヘルパーのうち重度訪問介護従事者研修修了者の割合を聞いたところ、平均は37.1%となり、現行のまま介護保険への移行が難しい状況がうかがえる。

## (参考資料) 3 医療的ケアの評価

重度訪問介護の医療的ケア加算は1日何回ケアを行っても100単位のみ。訪問介護の報酬と比べても著しく低い。

喀痰吸引等支援体制加算	介護保険 訪問看護 基本報酬
100単位/日	20分未満 381単位
	30分未満 463単位
	1時間未満 814単位