

要介護3以上に「重点化」—介護報酬改定 在宅2サービス、地域密着型3サービスの「論点」

■ホームヘルプ・サービスの論点

【論点1】短時間身体介護は、「夜間・深夜・早朝」も要介護3以上に限る

短時間身体介護（20分未満の身体介護）は、「夜間・深夜・早朝」は要介護1から利用できるが、「日中」は要介護3以上に限られ、「障害高齢者の日常生活自立度ランク B～C」「サービス担当者会議で週5日以上、提供が必要と認められた者」という条件もある。

提供事業所もまた、「毎日、6～22時の営業時間」「利用者、家族からの連絡に対する常時対応体制」「定期巡回・随時対応サービスの指定事業所あるいは、指定を受ける計画があること」という条件がある。

短時間身体介護は、ホームヘルプ・サービス全体の請求単位の3%だ（「介護給付費実態調査月報」2014年8月審査分）。

分科会の下に設置された介護報酬改定検証・研究委員会（大島伸一・委員長 以下、委員会）の第5回（7月16日）で報告された「[訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する調査研究事業（結果概要）](#)」（株式会社三菱総合研究所、河口洋行・委員長）によると、短時間身体介護を算定した事業所は1,546事業所（2012年11月～2013年1月）で、『日中』の届出をしている事業所は14.6%と少なく、大半が早朝・夜間・深夜に提供している、算定しない事業所は『希望する利用者がいない』が65.6%、『日中の要件を満たすことができない』が42.2%と報告されている。

分科会資料によると、利用者は、有料老人ホーム（外部サービス利用型）とサービス付き高齢者向け住宅が7割で、要介護4・5が6割だが、要介護1・2の「夜間」の利用が伸びているという（4ページ）。

また、短時間身体介護の「効果」は、「家族の負担軽減」と「本人・家族の安心感の高まり」とされている（6ページ）。

厚生労働省案は、「在宅での中・重度要介護者の支援を促進」するため、「夜間・深夜・早朝」も「日中」と同じく、要介護3以上で「一定の要件を満たす者」に限るとしている（2ページ）。

【論点2】サービス提供責任者—特定加算の新設と配置基準の緩和

サービス提供責任者は約6万人（2012年10月現在）で、常勤率93%になる。

1事業所あたりのサービス提供責任者は2.6人（2011年度）から1.9人（2012年度）と減少しているが、「要介護度が比較的軽度な者による利用が多数」と報告された（9ページ）。

厚生労働省案は、①「在宅中重度者への対応の強化」のため、中重度利用者（要介護3～5、認知症日常生活自立度Ⅲ以上など）を重点的に受け入れ、人員基準を上回る常勤者を配置する場合、「特定事業所加算Ⅳ」を新設する、②複数体制や利用者情報の業務効率化が図られている場合、配置基準を現行の「利用者40人に対して1人」から「利用者50人に対して1人以上」に緩和する、の2案だ（7ページ）。

配置基準の緩和については、内田千恵子・委員（日本介護福祉士会）が「サービス提供責任者は事務職ではなく、ケアも提供している」と指摘し、平川則男・委員（日本労働組合総連合会）は「現状でも業務過重聞く。配置基準の緩和は慎重に」、鈴木邦彦・委員（日本医師会）は「人材確保の観点から懸念がある」とした。

【論点3】サービス提供責任者—ホームヘルパー2級課程修了者は、減算率30%に引きあげ

サービス提供責任者の保有資格は、介護福祉士75%、ホームヘルパー2級課程修了者9%、介護職員基礎研修修了者8%、ホームヘルパー1級課程修了者8%だ（11ページ）。

2018年度にはすべて介護福祉士とすることを目指し、現在は「段階的な移行」期間と位置づけられ、第5期（2012～2014年度）現在、「実務経験3年以上のホームヘルパー2級課程修了者」には10%の減算がある。

厚生労働省案では、減算率を第6期（2015～2017年度）は30%に引きあげるとしている（13ページ）。

【論点 4】 サービス提供責任者—リハビリテーション専門職に同行訪問した場合は加算対象

「生活機能向上連携加算」は訪問リハビリテーションの提供時に、サービス提供責任者が同行し、「利用者の身体の状態等の評価を共同して行った場合」が算定条件となっているが、「通所リハビリテーションのリハビリテーション専門職が利用者の居宅を訪問する際に同行した場合」にも拡大するとしている（14 ページ）。

第 5 回委員会（7 月 16 日）で報告された「[リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業（結果概要）](#)」（株式会社三菱総合研究所、川越雅弘・委員長）によると、「生活機能向上連携加算」の算定件数（2013 年 10 月審査分）は約 300 件で、請求事業所の 0.032%だ。

なお、事業所の請求件数が極少数のため、「[介護給付費実調査月報](#)」（厚生労働省大臣官房統計情報部）に数字は出ない。

【論点 5】 介護予防ホームヘルプ・サービスの市区町村事業への移行

今年の通常国会で成立した改正介護保険法により、介護予防ホームヘルプ・サービスは第 6 期（2015～2017 年度）中に、給付（予防給付）から事業（地域支援事業）に移行する予定だ。地域支援事業は保険者である市区町村が実施し、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業などが実施されてきた。

法改正では、介護予防ホームヘルプ・サービスは、介護予防事業を再編した「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行する。

厚生労働省は[全国介護保険担当課長会議資料（7 月 28 日）](#)で「ガイドライン（案）」を公表し、「[『介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案』についての Q&A（10 月 1 日）](#)」でも追加説明をしているが、移行案は複雑を極める。

「介護予防・日常生活支援総合事業」はさらに、①「一般介護予防事業」と②「介護予防・生活支援サービス事業」に分かれる。

介護予防ホームヘルプ・サービスは、「介護予防・生活支援サービス事業」の「訪問型サービス」（第 1 号訪問事業）に移る。

サービスを提供する事業者は、市区町村の任意指定となるが、「ガイドライン（案）」（[参考資料 1-2](#)）では、①訪問介護（予防給付の基準—事業者指定）、②訪問型サービス A（人員基準を緩和した基準—事業者指定／委託）、③訪問型サービス B（ボランティア主体の最低限の基準—補助）、④訪問型サービス C（短期集中予防サービス独自基準—直接実施／委託）、⑤訪問型サービス D（移動支援、ボランティア主体の最低限の基準—直接実施／委託）と 5 タイプが示されている。

厚生労働省は分科会で、ホームヘルプ・サービス事業所について、「訪問介護と総合事業における訪問事業を同一の事業所において一体的に運営する場合、人員・設備の取扱いについて、現行の介護予防訪問介護に準ずるものとする」とした（16 ページ）。

平川則男・委員からは「『準ずる』ではなく、現行水準と同じとすべき」という意見が出され、高橋・振興課長は「全体で給付の基準を満たすと想定している」と答弁した。

■訪問看護の論点

【論点1】「在宅で中重度」に対応したサービス提供体制に加算を新設

訪問看護は 2009 年度以降、要介護 1・2 の利用が増加していると報告されているが、「要介護度が重度になるほど回数が増加」しているため、「在宅で中重度」の療養生活を支援するため、「緊急時訪問看護加算」や「特別管理加算」、「ターミナルケア加算」で一定以上の算定実績がある事業所に、新たな加算をつけるとしている（2 ページ）。

ただし、利用者 1 人当たりの訪問回数は要介護 5 で 6.8 回になるが、要介護 1 で 5.1 回、要介護 2 で 5.5 回と報告されている（3 ページ）。

【論点2】病院・診療所の報酬単価の増額

訪問看護は、「訪問看護ステーション」と「病院・診療所」で報酬単価が異なる。請求事業所でみると「訪問看護ステーション」が 7,371 事業所で 8 割を超えている。

迫井・老人保健課長は、医療機関からの在宅復帰の促進、在宅要介護者の重度化などにより「訪問看護のニーズは今後さらに高まることが想定される」ため、近年、供給量が減少傾向にある病院・診療所からの訪問看護の報酬単価を増額するとした（5 ページ）。

【論点3】訪問看護のリハビリテーションの見直し

「訪問看護ステーション」には看護職員のほか、理学療法士などのリハビリテーション専門職（常勤換算 0.5 万人）が勤務しているが、「訪問リハビリテーションとの再整理が必要ではないか」とした。

迫井・老人保健課長は、9 月 29 日に老健局が設置した「[高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会](#)」（大森彌・座長）の「結果も参考」にすると説明した。