

情報公表制度の在り方について

介護サービス情報の公表制度の主旨 【平成18年4月施行】

【介護サービス情報の公表の制度とは】

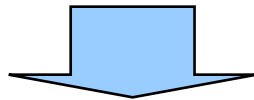
・ 基本的に全ての介護サービス事業所が、利用者の選択に資する情報を自ら公表し、標準化された項目についての情報を第三者が客観的に調査・確認し、定期的に公表される仕組み

※ 事業所の評価、格付け、画一化を目的としない。

※ 情報について、公平に、いつでも、誰でも閲覧可能とするため、インターネットでの情報開示を基本とする。

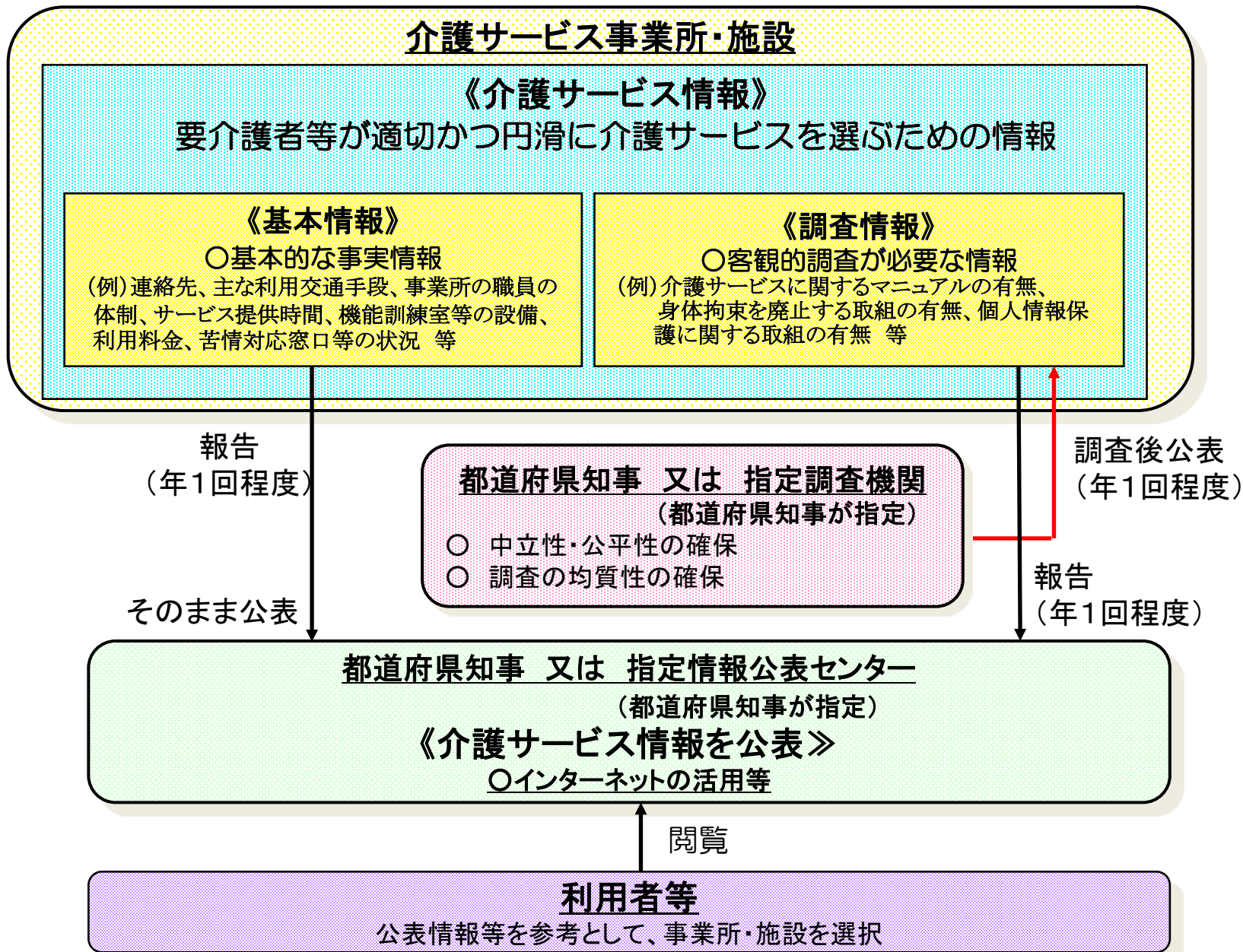
- ・ 利用者が介護サービス事業所を比較検討・選択することを支援
- ・ 事業者の努力が適切に評価され選択されることを支援

(事業者が自ら提供するサービスの内容等を消費者などに対外的に明らかにしていくことは、社会的に必要)



- ・ 利用者が介護サービス事業所に関する情報を入手し、活用することで、主体的に適切な介護サービス事業所を選択することができる。
- ・ 利用者の選択が適切に機能することで、介護サービス事業所においてはサービス改善への取組が促進され、サービスの質による競争が機能することにより、介護サービス全体の質の向上が期待される。

介護サービス情報の公表制度の仕組み（現行）



基本情報の主な項目

1 運営法人等の概要

法人名、所在地、他に提供しているサービス 等

2 事業所・施設の概要

事業所名、所在地、管理者氏名、事業開始年月日 等

3 従業者の状況

職種別従業者数、勤務形態、労働時間、従業者 1 人当たりの利用者数、
経験年数、従業者の健康診断の実施状況 等

4 介護サービスの内容

運営方針、サービス提供時間、サービス提供実績、苦情対応窓口、
サービスの特色、事後が発生したときの対応、利用者の意見把握体制、
第三者による評価の実施状況 等

5 利用料

介護給付以外のサービスに要する費用、キャンセル料 等

6 都道府県知事が必要と認める事項

調査情報の主な項目

1 介護サービスの内容

- ① 契約内容、介護サービス計画内容等の説明の有無
- ② 介護サービス提供マニュアル、実施記録等の整備の有無
- ③ 相談、苦情等対応の取組の有無
- ④ 介護サービス提供内容の評価、見直し等の取組の有無
- ⑤ 関係機関等との連携の有無

2 事業所・施設の運営状況

- ① 事業計画等の策定・開示、業務改善会議等の取組の有無
- ② 業務分担の明確化、相談指導体制の確保等の取組の有無
- ③ 安全管理・衛生管理の取組の有無
- ④ 情報管理、個人情報保護等の取組の有無
- ⑤ 計画的な従業者研修、利用者意向を踏まえた運営改善等の取組の有無

指定情報公表センター・指定調査機関の指定状況

(平成21年7月1日現在)

指定情報公表センター

都道府県直営	4	8%
社会福祉協議会	31	66%
財団法人	4	8%
社団法人	2	5%
NPO法人	1	2%
国保連合会	5	11%
合 計	47	100%

指定調査機関

社会福祉協議会	37	14%
社会福祉法人 (社協を除く)	6	2%
財団法人	12	5%
社団法人	23	9%
NPO法人	95	36%
国保連合会	2	1%
有限会社	30	11%
株式会社	54	20%
その他	5	2%
合 計	264	100%

調査員の登録状況

(平成21年7月1日現在)

	調査員数 (人)	構成割合
常勤	698	8%
非常勤	7,545	92%
合計	8,243	100%

情報公表対象事業所数

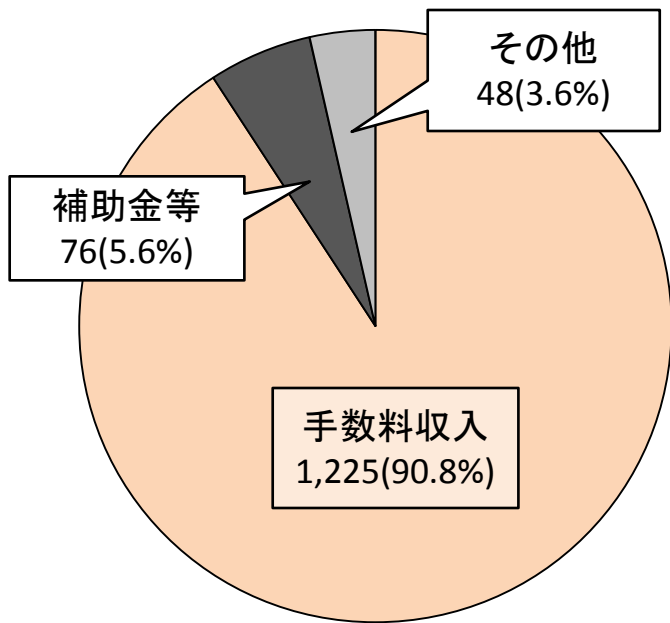
(平成21年7月1日現在)

訪問介護(予防含む)、夜間対応型訪問介護	47,655
訪問入浴介護(予防含む)	4,032
訪問看護(予防含む)	12,645
訪問リハビリテーション(予防含む)	4,220
通所介護(予防含む)、認知症対応型通所介護(予防含む)、指定療養通所介護	50,728
通所リハビリテーション(予防含む)	12,731
特定施設入居者生活介護(予防、地域密着含む)	5,123
福祉用具貸与(予防含む)、特定福祉用具販売(予防含む)	21,091
小規模多機能型居宅介護(予防含む)	3,189
認知症対応型共同生活介護(予防含む)	18,012
居宅介護支援	28,482
介護老人福祉施設、(短期入所(予防含む)、地域密着含む)	20,366
介護老人保健施設(短期入所(予防含む))	10,390
介護療養型医療施設(短期入所(予防含む))	4,794
合計	243,458

指定情報公表センター運営状況（平成20年度）

<総収入内訳>

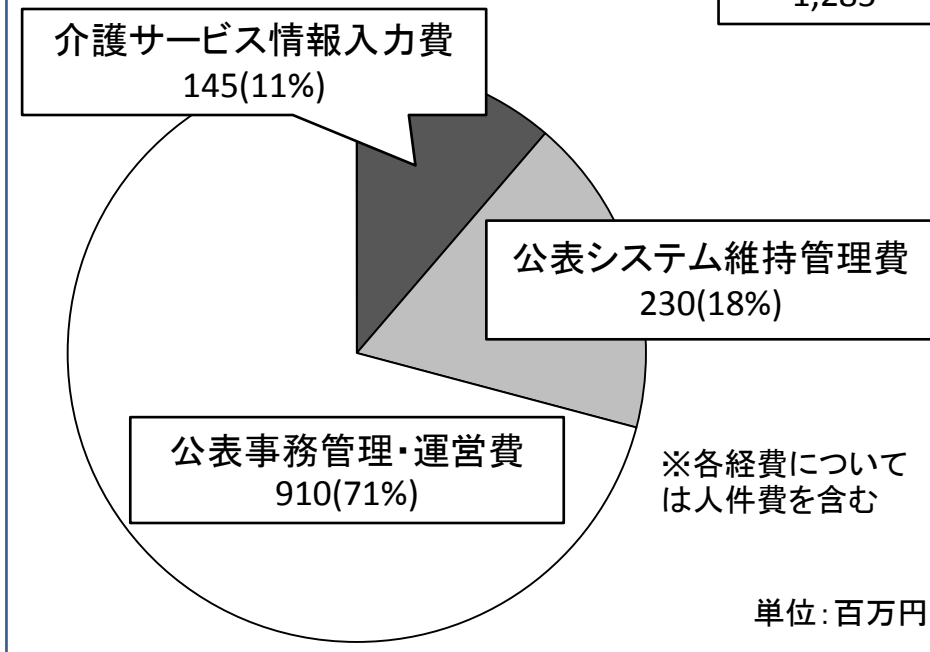
総収入額
1,349



単位: 百万円

<総支出内訳>

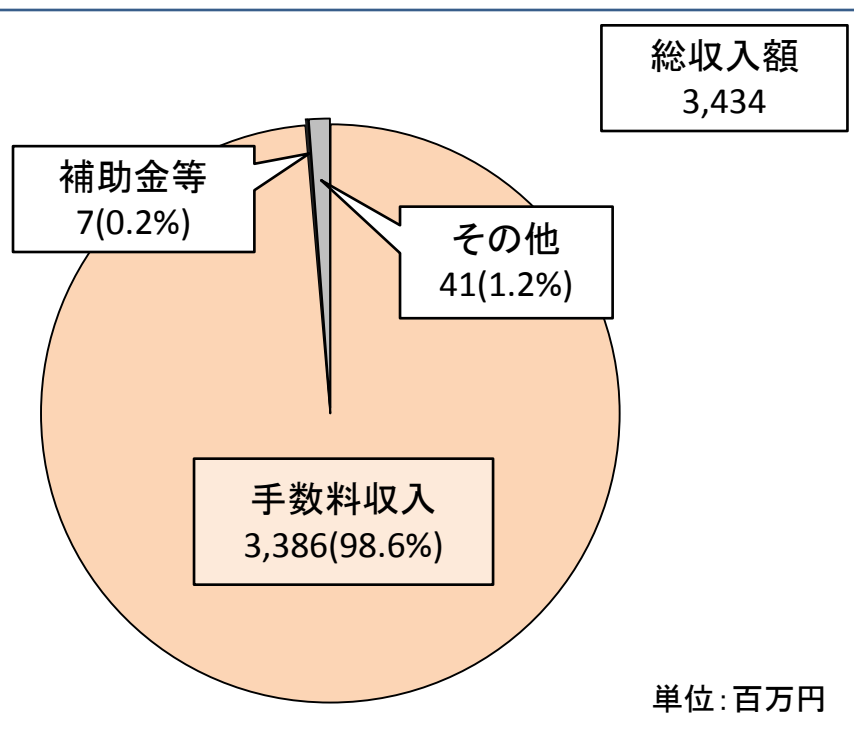
総支出額
1,285



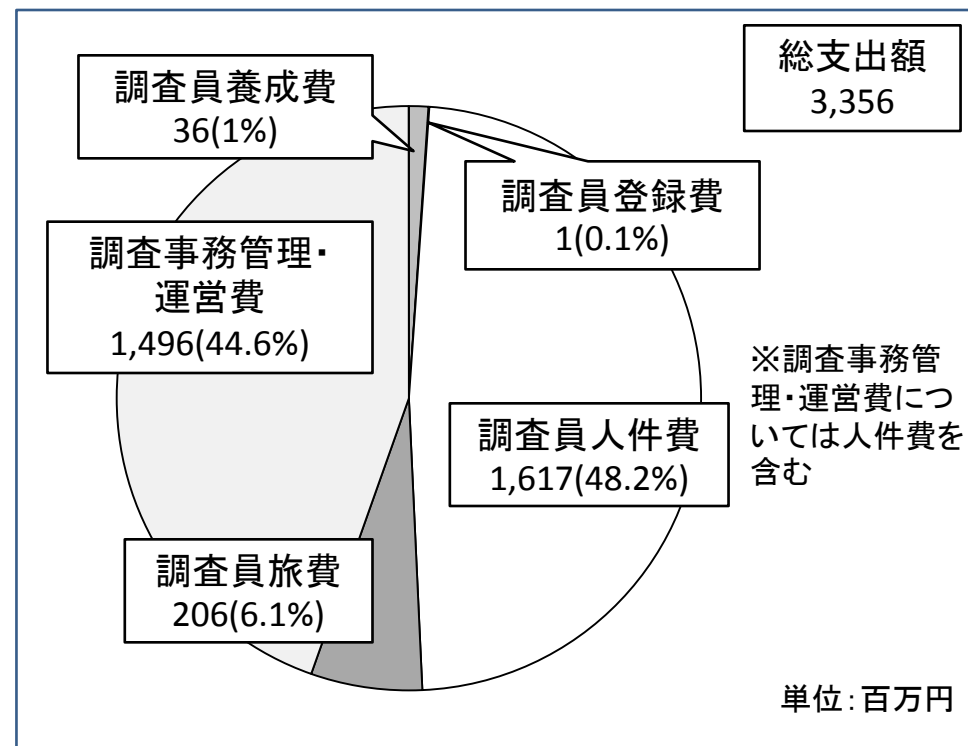
単位: 百万円

指定調査機関運営状況（平成20年度）

<総収入内訳>



<総支出内訳>



手数料額の推移（全国平均）

（円）

	公表手数料	調査手数料	合計
平成18年度	12,845	42,041	54,886
平成19年度	12,800	41,234	54,034
平成20年度	10,674	33,685	44,359
平成21年度	9,672	24,351	34,023
平成22年度	9,617	23,754	33,371

介護サービス情報と利活用のあり方に関するアンケート調査結果概要①

平成21年度「介護サービス情報の公表支援事業利活用促進等研究会」事業の一環として実施

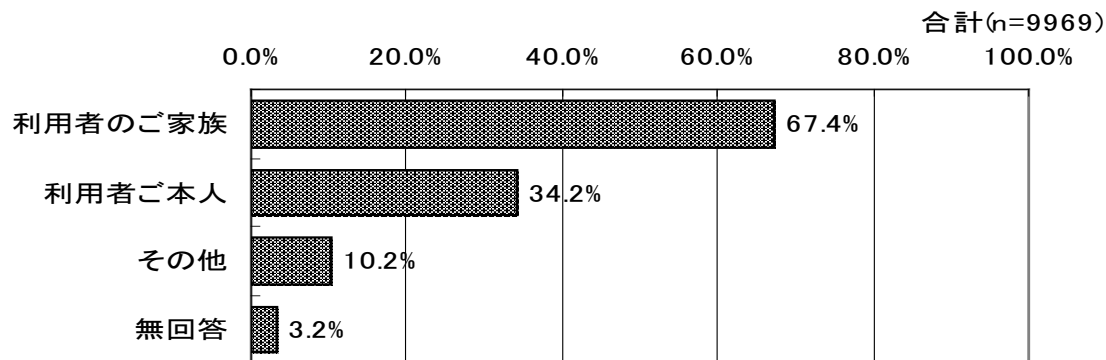
○利用者調査：全国の訪問介護、通所介護、特定施設入居者生活介護の事業者の中から無作為に抽出し、当該事業者を介して利用者にアンケート票を送付し実施

○介護支援専門員調査：全国の介護支援事業者の中から無作為に抽出し、調査票を送付

【利用者・家族】

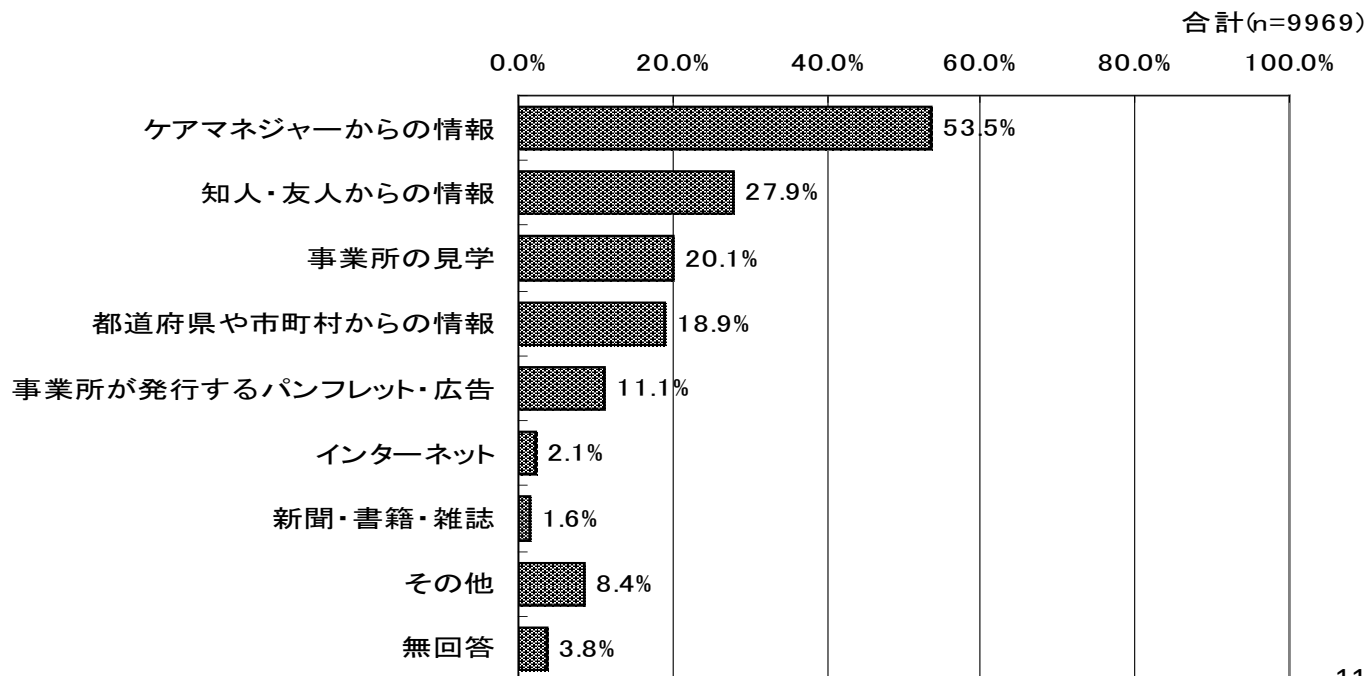
介護サービス事業所の選択者 (複数回答)

※事業者を選択するのは、
「家族」が約7割



介護サービス事業所の選択の 情報源(複数回答)

※事業所選択の情報源は、
「ケアマネ」が約5割

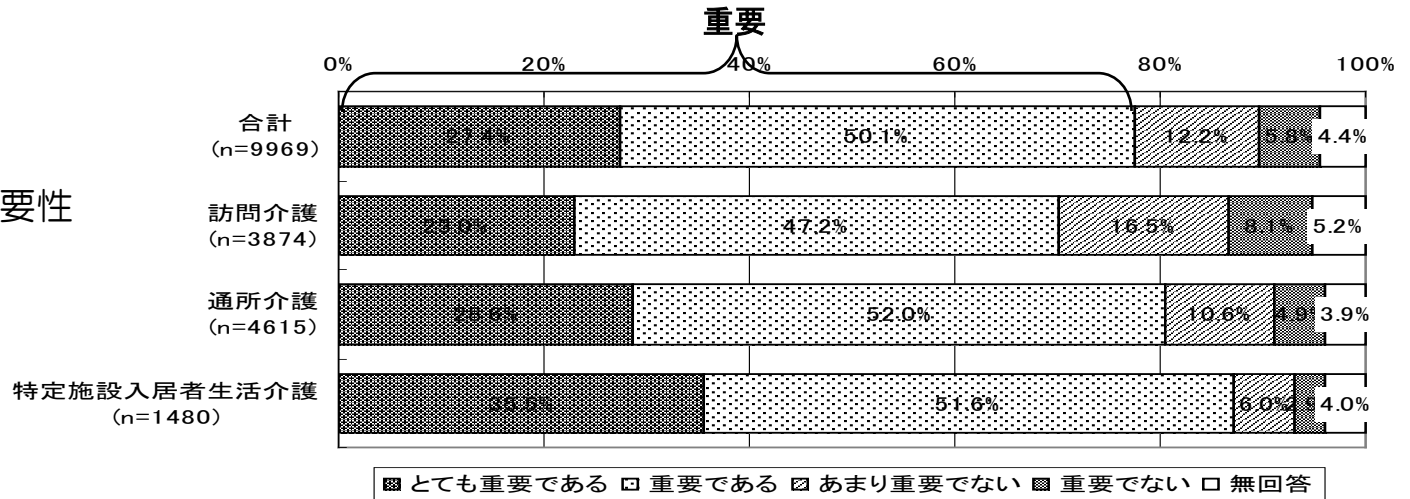


介護サービス情報と利活用のあり方に関するアンケート調査結果概要②

【利用者・家族】

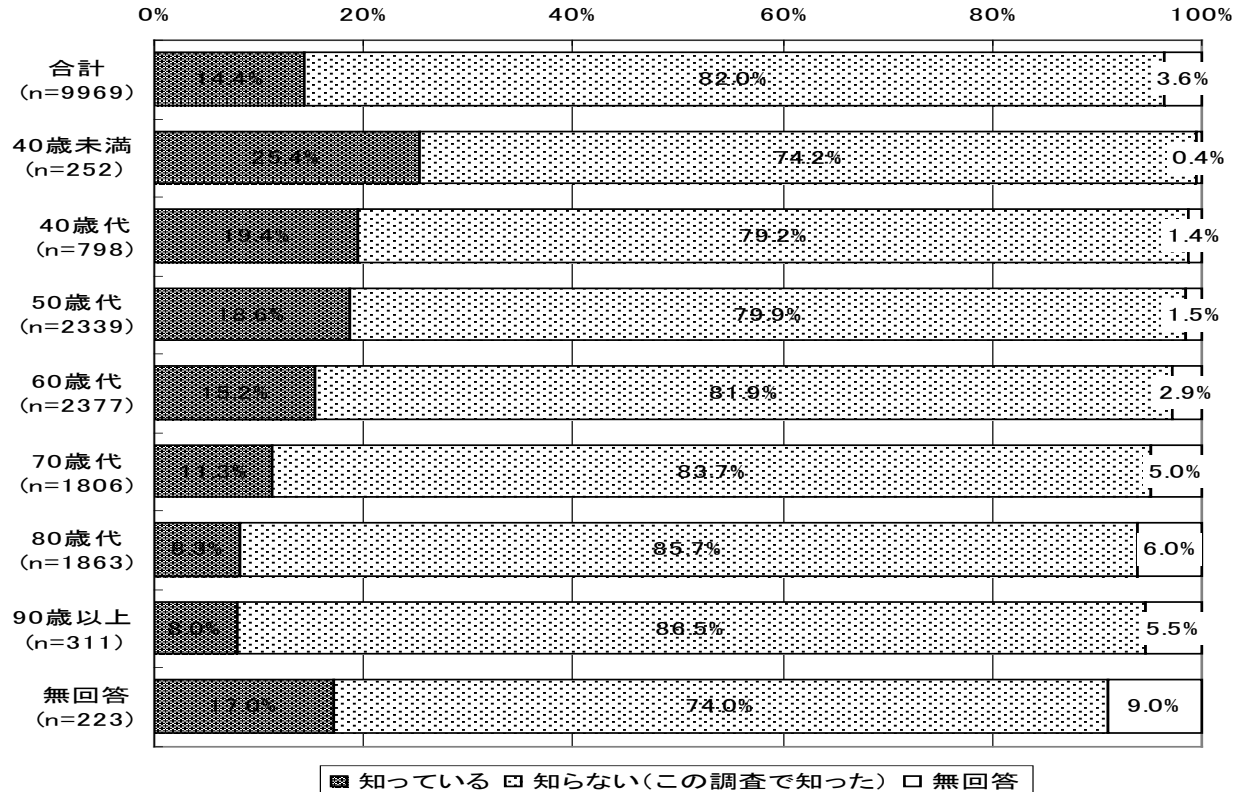
情報の公表の重要性

※事業者情報の公表の重要性は、約8割が「重要」



「介護サービス情報の公表」ホームページの認知度

※公表制度のホームページについては、約8割が「知らない」
ただし、年齢が若くなるにつれ認知度は高くなる傾向



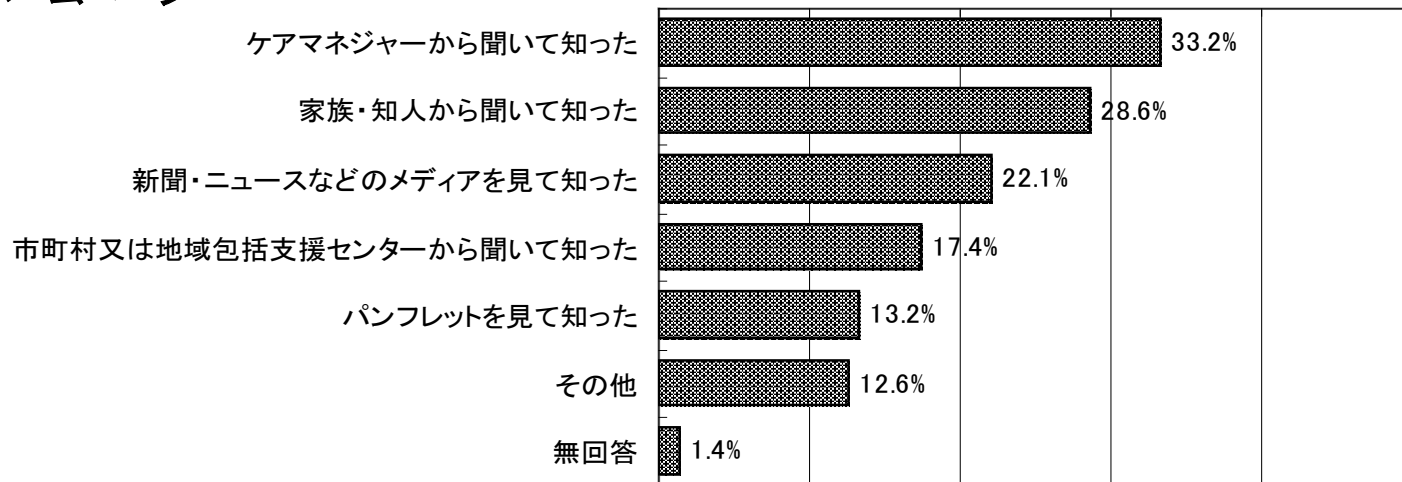
介護サービス情報と利活用のあり方に関するアンケート調査結果概要③

【利用者・家族】

「介護サービス情報の公表」ホームページを知ったきっかけ(複数回答)

合計(n=1437)

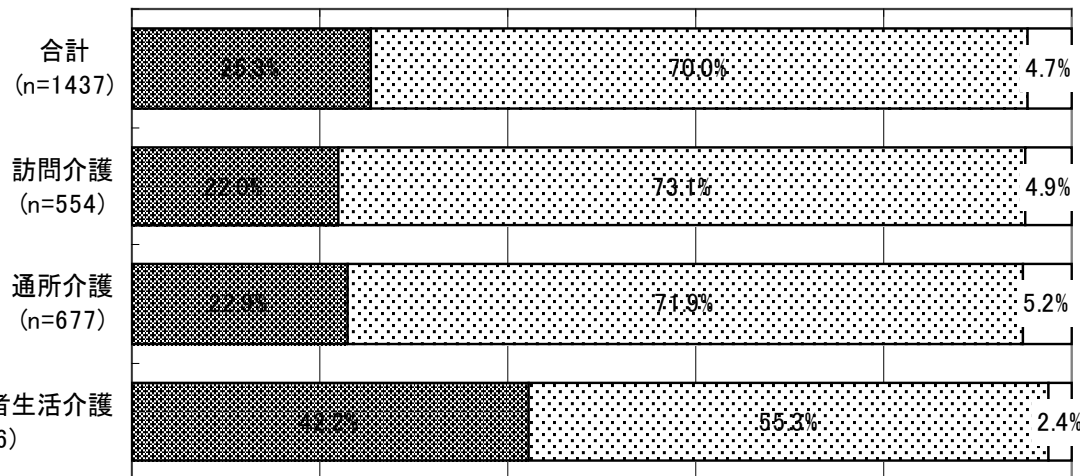
0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0%



※ホームページの情報源は、「ケアマネ」が約3割

「介護サービス情報の公表」ホームページの活用度

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



※ ホームページを知っていると回答した者のうち、活用した割合は3割弱

特定施設では約4割と他に比べ高い割合を示した

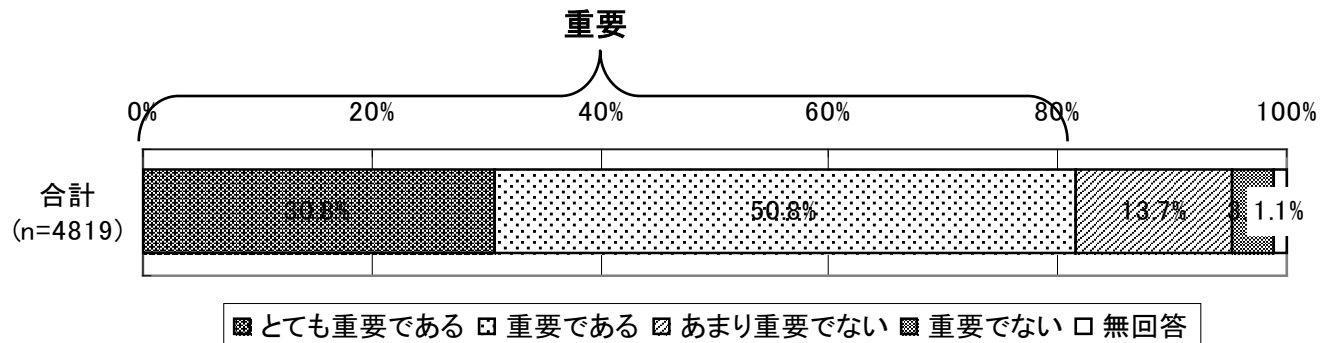
■ 活用した □ 活用しなかった □ 無回答

介護サービス情報と利活用のあり方に関するアンケート調査結果概要④

【介護支援専門員】

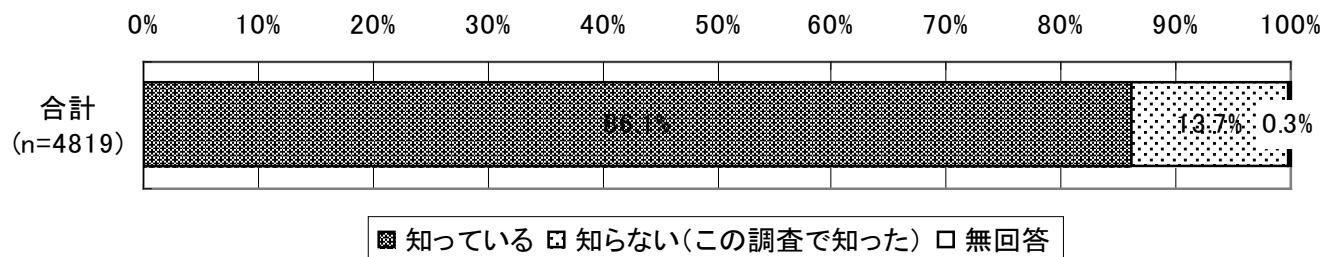
公表の重要性

※事業者情報の公表の重要性は、約8割が「重要」



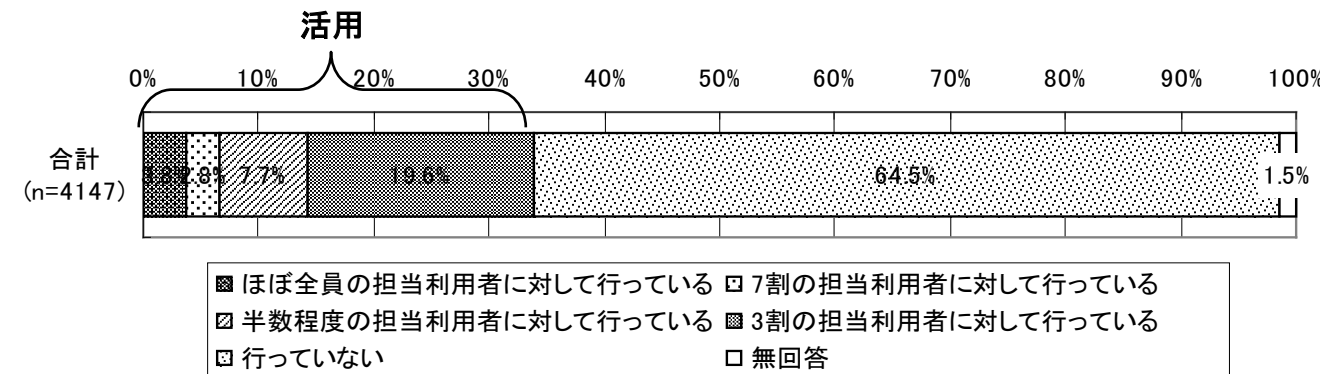
「介護サービス情報の公表」ホームページの認知度

※公表制度のホームページについては、約9割が「知っている」



「介護サービス情報の公表」ホームページの活用度

※事業所選択に活用した割合は約3割



情報公表制度に関する最近の要望等

○東京都要望（H22. 6）

- ・ 調査情報を確認する訪問調査については、事業者の事務的、経済的負担の軽減を図るよう見直すこと。
- ・ 複数の介護サービスを運営している事業者については、公表単位を同類型の介護サービスごとから同一所在地ごとに改めるなど、事業者の負担を軽減することができる環境を整備すること。
- ・ 公表システムについては、利用者の利便性の向上の観点から、項目に係る検索機能などの充実を図ること。
- ・ 基本情報の項目に、従事者の職種、年齢及び勤続年数別の処遇や人件比率等を加えることにより、事業者が介護従事者の給与等を自主的・積極的に公表できるようにすること。

○連合 医療・福祉部門連合会 要望（H20. 8. 20）

- ・ 「介護サービス情報の報告および公表」の調査情報項目に、従業員に対する健康診断・感染症教育の実施状況、従業員を含む具体的な労働時間・勤務体制、労働関係法規の遵守状況、社会保険の加入状況を追加する。

○日本在宅介護協会「介護報酬・指定基準見直しに係る要望」（H21. 1. 23）

- ・ 費用を手数料として事業者から徴収することは不適切であり、公費により賄う性質のものである。手数料徴収の廃止を要望する。

○横浜市「平成23年度国家予算及び制度に関する提案・要望書」（H22. 6）

- ・ 介護サービス情報の公表制度については、外部評価や第三者評価など類似の制度が複数存在していますが、事業者にとっても負担が大きく、利用者にとっても複雑でわかりにくくなっています。このため、各制度を整理し、事業者の負担が少なく、かつ利用者にとってわかりやすい制度とすること。

○認知症の人と家族の会「介護保険制度改正への提言」（H22. 6）

- ・ 介護サービス情報の公表制度は廃止する。

○日本生活協同組合連合会「次期介護保険制度改定に向けた生協の提言」（H22. 6）

- ・ 現在の「介護サービスの情報公表」制度は廃止も含めて見直しを検討することが妥当です。利用者にとって有益な情報公表のあり方そのものを再検討する必要があります。

介護保険制度に係る書類・事務負担の見直しに関するアンケート結果（情報公表制度関係抜粋）

「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直しに関する意見募集結果」(厚生労働省)

<募集期間:平成22年2月3日～3月31日> ※意見総数1,255件(情報公表制度関係186件)

【意見の概要】	【件数】
情報公表制度について、調査票の内容等を簡潔にわかりやすく表示する等により、利用者にとってもっと使い勝手の良いものとするべきではないか。	49
情報公表を廃止できないか	45
情報公表の調査頻度を見直せないか（2年に1度など）	20
情報公表制度と第三者評価（外部評価）等を統合できないか	19
訪問調査を廃止できないか	17
手数料の減額・無料化	8
情報公表を指導監査でおきかえられないか	7
調査に係る事務負担を軽減できないか。	5
都道府県によってWEB入力を禁止していたり、調査機関によって判断の基準が違ったりするのを統一して欲しい。	5
情報公表制度とアンケート等の統計調査を1つにまとめられないか	2
調査に係る事務量が多く無駄	2
訪問調査の実施時期を事業所の都合のいい時期にして欲しい	1
調査情報をなくし、基本情報の内容に相違がないか調査する仕組みにすべき	1
情報公表と統計調査や監査指導等に使用する書類の作成基準日の統一	1
情報公表の調査票と有料老人ホームの重要事項説明書の様式の統一	1
予防サービスを一体化し、別枠で記載させない	1
運営状況報告書と、情報の公表調査を一本化し、事業所の手間を減らしてほしい。	1
調査を受けた事業所への証明書等の交付	1

御指摘が多い案件ですが、介護サービス情報の公表制度についてであります。このサービスの公表制度、情報を公開するという趣旨は大切であると考えておりますが、この手法については利用者がこれを見てサービスの事業所に結びつくという例が少ないという実態があります。色々な意見を踏まえて次期制度改正時に介護サービス情報の公表制度に係る手数料負担を廃止することも含めて抜本的な見直しを行うように事務方には指示をしておりますので、これについて具体的な案を詰めて参りたいと考えております。

《質疑》

(記者)

介護保険の情報公表制度についてですが、今日の資料ですと寄せられた意見の中で情報公表を廃止出来ないかということについて「実施について検討する事項」に含まれているのですが、これは情報公表の制度そのものを廃止することを視野に入れているのでしょうか。

(大臣)

先ほど申し上げましたのは、情報公表制度の手数料負担を廃止することを含めて根本的、抜本的な見直しを行うと申し上げました。やはり、手数料をいただくということはなかなか難しいと我々も考えております。冒頭でも申し上げましたが介護サービス情報の公表制度、つまり、情報公開そのものの考え方は正しい方向だと思っておりますので、なんらかの公表する仕組みは必要だと思っております。ただ、今やっているような仕組みそのものをそのまま残して行くことについては、我々は見直しをすると申し上げております。いずれにしても何らかの的確な公表、利用者の方が安心して利用出来るような情報提供は、民間主体か、公的機関主体かは別にして必要性は感じておりますので、それについても検討して行くというところです。

情報公表制度の見直しの論点

- 情報公表制度については、一定の情報公表は必要であるが、次期制度改正時に手数料負担を廃止することを含め、抜本的に見直しを行うことが適当ではないか。具体的な見直しの方向性について、どのように考えるか。併せてより使いやすい制度にすべきではないか。
- 情報公表制度の意義についてどう考えるか。
 - ・ 利用者の視点
 - ・ 事業者の視点
- 公表対象となる情報の項目・内容についてどう考えるか。
 - ・ 基本情報
 - ・ 調査情報
- 事業者の事務負担や手数料負担についてどう考えるか。
 - ・ 調査の要否
 - ・ 費用負担のあり方（手数料の廃止）

介護サービス情報の公表制度の見直しの方向性（案）

利用者の立場に立って必要な情報が公表されることを基本としつつ、事業者等の負担を軽減するという観点から、見直しを行う。 《平成24年度より実施》

● 利用者の視点に立って、分かりやすい公表方法を工夫する。

- 現行の基本情報及び調査情報の内容を原則とする。
- 検索機能や画面表示など、利用しやすいインタフェースを工夫する。
- 利用者等への利活用を推進するため、市町村との連携を図る。

● 事業所等の負担を軽減するという観点から、運営方法を整理する。

- 手数料（公表手数料、調査手数料）を廃止する。
- 1年に1回の調査の義務づけを廃止し、都道府県が必要があると認める場合に調査を行うこととする。
- 公表時期の統一化を図る。
- 予防サービスについては、本体サービスと一体的に運営されている場合には、報告内容を一体化して報告できるようにする。

※ 都道府県の判断により、例えば事業者の質の評価に資する情報などを、事業者が任意で報告できることとすることを検討。

● 公表に係る事務等の効率化を図る。

- 現在、各都道府県に設置されている情報公表サーバーを国において一元的に管理することにより、効率化を図る。
- 各都道府県（又は指定情報公表センター）においては、各事業所からの情報の受理・確認・公表・啓発普及・苦情対応を行う。

● 虚偽報告等に対する対応

- 虚偽報告等の不正行為があった場合は、是正等を命じ、命令従わない場合には、指定取消又は停止。

制度見直しの内容（案）

【現行の制度】

【制度見直し後】

手数料	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県知事が条例により定める。 手数料（公表手数料、調査手数料）を介護サービス事業者より徴収 	→	<ul style="list-style-type: none"> 手数料の廃止
調査	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス事業者が報告した調査情報について、指定調査機関の調査員が年1回事業所に訪問し調査を実施（義務） 	→	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県知事が必要と認める場合に実施（任意） ※ 基本情報も調査対象とする
公表される情報	<ul style="list-style-type: none"> 基本情報 調査情報 	→	<ul style="list-style-type: none"> 同左（ただし、調査は不要） 都道府県の判断により追加可能（報告は事業者の任意）
公表対象サービス	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービスを含む50サービス 	→	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービスについては、本体サービスと一体的に運営されている場合には、報告の一体化を可能にする
公表システムサーバー	<ul style="list-style-type: none"> 各都道府県が設置し、管理運営 	→	<ul style="list-style-type: none"> 国においてサーバーを一元的に管理 ※ 各都道府県は、国が設置したサーバーを活用して公表事務を実施
公表時期	<ul style="list-style-type: none"> 調査が終了した事業者から順次公表（都道府県が定める計画に基づく） 	→	<ul style="list-style-type: none"> 公表期日の統一化を図る。
虚偽報告等への対応	<ul style="list-style-type: none"> 是正等を命じ、命令に従わない場合には、指定取り消し、又は停止 	→	<ul style="list-style-type: none"> 現行のとおり

公表サーバー一元化に伴う介護サービス情報公表の流れ

介護サービス事業所・施設

○ 公表対象事業者

☆公表対象サービスの簡素化

(介護予防サービスについては、本体サービスと一体的に運営している場合は、報告の一体化を可能にする)

webにより公表情報を直接入力



厚生労働省

☆公表サーバーの一元管理



【公表システムサーバー】
(新制度対応用)

※ 各都道府県はこのサーバーを活用して公表事務を実施

利用者等



⑤閲覧

①公表対象事業者へ報告の通知

☆手数料の廃止

☆調査義務付けの廃止

②報告

③webにより報告した事業者の情報の確認

都道府県知事 又は 指定情報公表センター

○ 確認・受理、公表



④公表

☆利用しやすい画面表示

☆公表時期の統一化

※ web環境のない事業者については、紙媒体等での調査票の報告を受け、都道府県（指定公表センター）において、公表システムサーバーに入力

介護保険制度における指導監督 について

介護サービス事業者の指導監査にかかる改正点等

従前の指導監査(平成12～17年度)

【指導指針 平成12年度以降】

○ 集団指導

- ・ 介護サービス事業者を集め、講習方式で制度や報酬請求解釈等について周知

○ 書面指導

- ・ 集団指導の対象でなかった事業所等を対象に、「主眼事項及び着眼点」に基づき、基準の遵守状況等について確認を書面又は、面談方式により実施

○ 実地指導

- ・ 施設サービス事業所は2年、居宅サービス事業所は3年に一度、「主眼事項及び着眼点」に基づき、基準の遵守状況及び運営状況並びに報酬請求等の確認を事業所において実地に実施

【監査指針 平成12年度以降】

○ 監査

- ・ 不正請求や実地指導に従わない事業所に対し、監査指針に基づき監査を実施
- ・ 監査後の行政処分として、「指定取消」を実施

平成17年制度改革

【指定の更新制度】

- 指定の更新制の創設
 - ・ 指定の効力に有効期間(6年)を設ける
- 指定の拒否要件の創設
 - ・ 過去5年以内に指定の取消を受けた場合 等

【事後規制の強化】

- ・ 市町村にも監査権限を付与
- ・ 基準違反に対して「改善勧告」「改善命令」を創設
- ・ 不正請求等に対して「指定の効力の一部又は全部停止」を追加

現行の指導監査(改正後)

【指導指針 平成18年度以降】

○ 集団指導

- ・ 集団指導を強化し、指定制度、事後規制の理解の促進
(書面指導については全面的に廃止)
- ・ 指定基準遵守の周知徹底
- ・ 介護報酬請求に係る過誤・不正防止

○ 実地指導

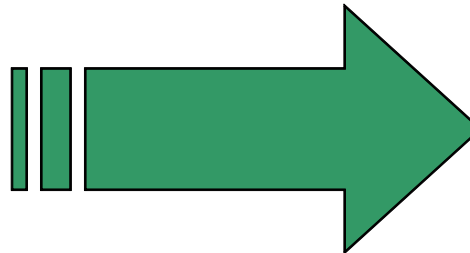
【介護保険施設等実地指導マニュアル 平成19年2月7日通知】

- ・ 利用者の処遇及びサービスの質向上のため、身体拘束廃止や虐待の防止等への取組に関する指導強化
(随時実施するよう改正)
(主眼事項及び着眼点に基づくチェック型の実地指導を廃止しそれに伴う事前資料の作成・提出を不要とした)
- ・ 介護報酬の各種加算等について請求の不適正な取扱いの是正

【監査指針 平成18年度以降】

○ 監査

- ・ 法令等に基づき基準の遵守状況確認の徹底
- ・ 市町村への監査権限の付与による、監査体制の強化
- ・ 利用者等からの苦情や通報等に基づき、立入検査等による機動的な監査を実施
- ・ 不正請求や違反事項に応じた、「改善勧告」「改善命令」「指定の効力の一部又は全部停止」「指定取消」の行政処分の実施を強化



介護保険制度における指導監督について

〔指導〕

【 集団指導 】

- 制度管理の適正化を図るため、制度理解に関する指導のほか、実地指導で把握された注意喚起が必要な事項や好事例等の紹介等を実施（年1回以上）

（指導内容例） ・介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進 ・指定・更新事務などの制度説明
・実地指導における指導結果の説明や介護サービスの質の向上に取り組んでいる好事例等の紹介
・非常災害対策、労働基準法令遵守、衛生管理等、事故防止対策などの周知
・介護報酬請求に係る過誤・不正防止の観点から適正な請求事務指導

【 実地指導 】

- 政策上の課題である「高齢者虐待防止」、「身体拘束廃止」等に基づく運営上の指導を実施
- 一連のケアマネジメントプロセスの重要性について理解を求めるためのヒアリングを行い、個別ケアの推進について運営上の指導を実施
- 不適切な報酬請求防止のため、特に加算・減算について重点的に指導を実施

〔監査〕

- 入手した各種情報(※)により人員、設備及び運営基準等の指定基準違反や不正請求が認められる場合、又はその疑いがあると認められる場合に実施

(※) ・通報・苦情・相談等に基づく情報 ・国保連、地域包括支援センター等へ寄せられる苦情
・国保連・保険者からの通報情報 ・介護給付費適正化システムの分析から特異傾向を示す事業者
・介護サービス情報の公表制度に係る報告の拒否等に関する情報

社会保障審議会等における指導監督の標準化に関する主な指摘

介護事業運営の適正化に関する有識者会議（平成19年12月）
「介護事業運営の適正化に関する有識者会議報告書」（抜粋）

- 都道府県、市町村の監査指導については、法令の規定を過度に厳格にとらえたり、介護報酬返還のみの指導に偏っていたりするなど、各自治体や担当者毎に判断にバラツキが見られるとの指摘があることから、監査指導業務の標準化を図る必要がある。

社会保障審議会介護給付費分科会（平成19年12月）
「介護サービス事業の経営の安定化・効率化と介護労働者の処遇向上を図るための今後の検討課題」（抜粋）

- 実地指導・監査における見解や制度の運用に際し提出が求められる文書の様式が自治体ごとに異なることが、事業者にとって過重な事務負担であるとの指摘がある。
実地指導・監査を行う者の同質性を担保する仕組みや、文書の様式を統一・簡素化等することにより、極力事業者の事務負担の増加を招かない仕組みを検討する必要があるのではないかと。

社会保障審議会介護保険部会（平成20年2月）
「介護保険事業運営の適正化に関する意見」（抜粋）

- 制度の見直しに当たっては、以下の意見について留意の上、進められたい。
 - ・自治体が実施する指導等については、きめ細かく機動的な対応を行うとともに、指導内容について過度なばらつきが生じないように標準化に向けた措置を講じること。

指導監督業務の標準化方策

① 「Q&A」の整理及び周知

- ☆ 文書で発出した運営基準や介護報酬の解釈に関するQ&Aを体系的に整理し、平成22年4月7日に「介護サービス関係Q&A集」を発出して周知。
平成22年6月28日には、厚生労働省のHP上にも掲載。

② 指導監督の実施方法の整理及び周知

- ☆ グループホーム、小規模多機能生活介護サービスにおける、実地指導マニュアルを作成し、平成22年3月31日に「介護保険施設等実地指導マニュアル(改訂版)」を発出して周知。
- ☆ 事業者への介護保険制度や法令の理解が図られるよう引き続き集団指導を活用。
- ☆ 必要以上に事前提出資料を求めないなど、実地指導に伴う事業者の負担軽減について、全国会議等を通じて各自治体に引き続き要請。

③ 自治体間及び、自治体内の標準化の推進

☆ 自治体間における情報共有のためのブロック会議の開催

- ・ ブロック会議を開催し、標準化に向けた各自治体との意見交換を行うとともに、情報の共有を図り、標準化への取り組みを推進。

☆ 指導・監査の中核を担う職員研修の実施(21年度から実施)

- ・ 介護保険指導監督中堅職員研修を実施し、指導・監査水準の平準化を確保。

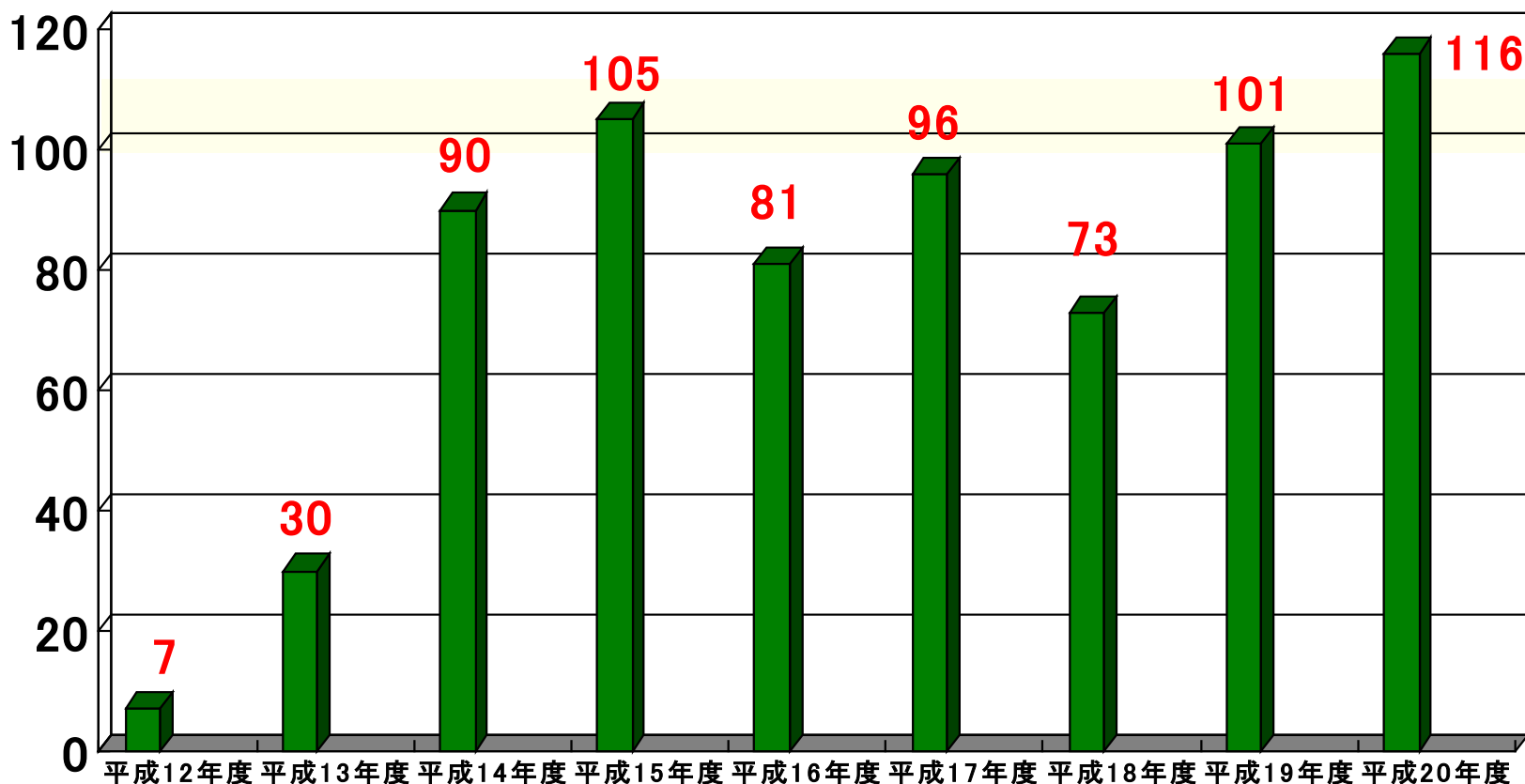
☆ 介護保険の指導監督職員向け初任者職員研修の実施

- ・ 都道府県・指定都市・中核市の指導監督を担当する初任者職員(社会福祉法人・老人福祉施設担当)に対する研修を実施。

1. 指定取消等処分のあった介護保険施設・事業所内訳 〔年度別〕(平成12年度～20年度)

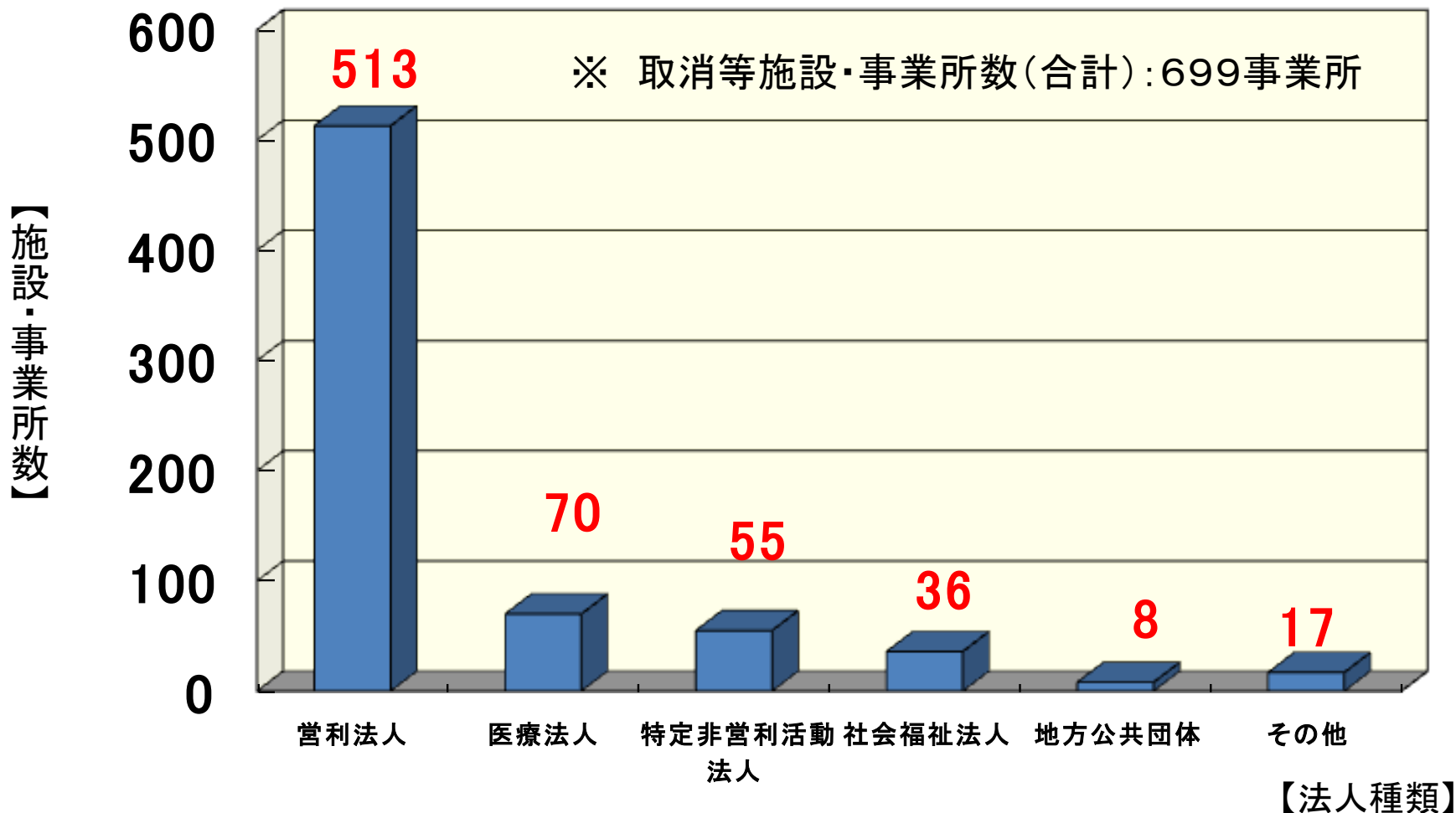
指定取消等施設・事業所数(合計): 699事業所

【施設・事業所数】



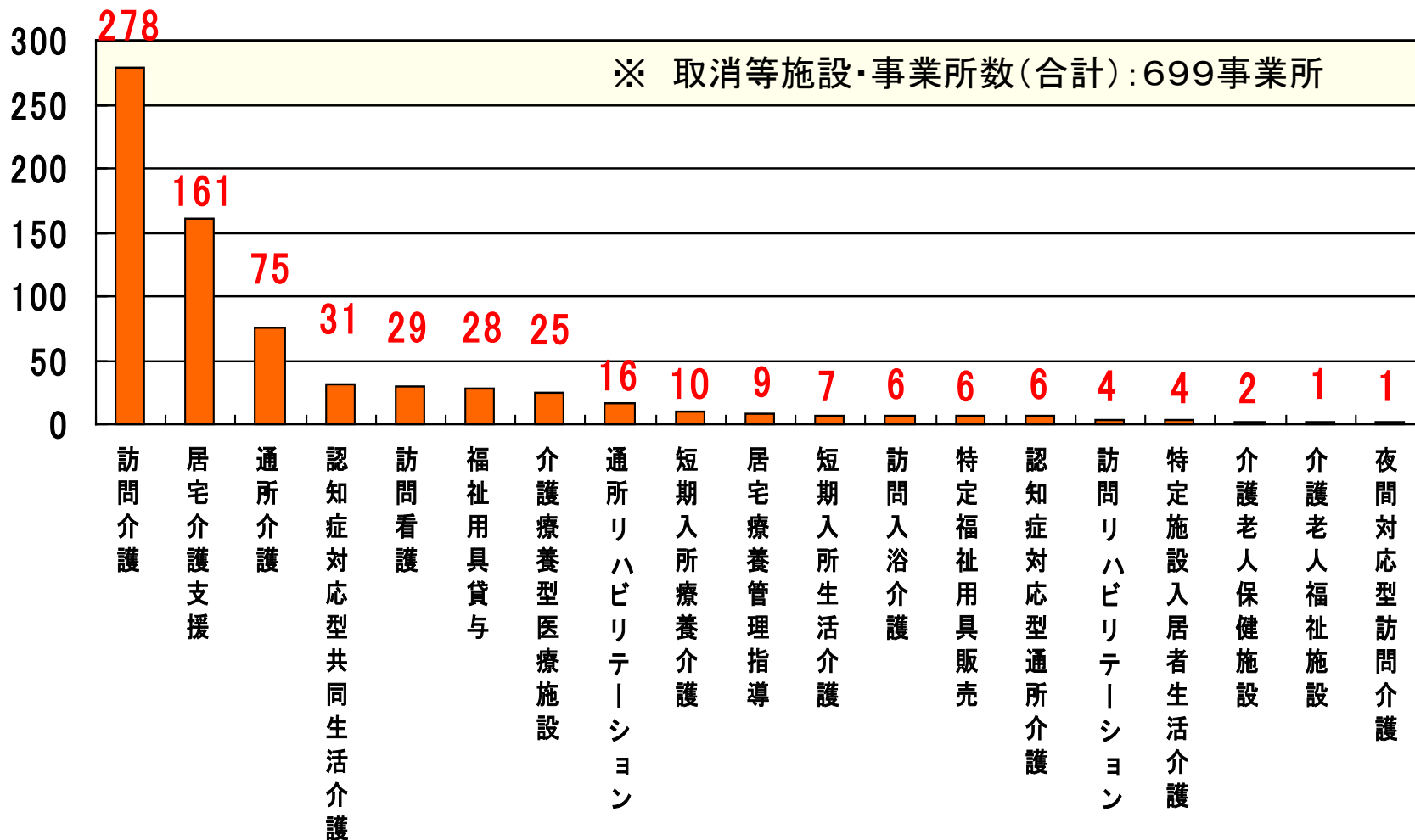
2. 指定取消等処分のあった介護保険施設・事業所内訳

〔法人種別別〕(平成12年度～20年度)



3. 指定取消等処分のあった介護保険施設・事業所内訳 〔サービス別〕(平成12年度～20年度)

【施設・事業所数】



【サービス種類】

※ 各サービス毎の件数には介護予防サービス分を含む。

4. 指定取消等の状況(平成20年度)

平成20年度の「指定取消」処分にかかる取消事由

取消事由	人員について、厚生労働省令で定める員数を満たすことができなくなった	設備及び運営に関する基準に従った、適切な運営ができなくなった	介護給付費の請求に関して不正	帳簿書類の提出命令等に従わず、又は虚偽の報告をした	質問に対し虚偽の答弁をし、又は検査を拒み、妨げた	不正の手段により指定を受けた	介護保険法その他保健医療若しくは福祉に関する法律等に基づく命令に違反した
根拠条文(例)	第77条第1項第2号	第77条第1項第3号	第77条第1項第5号	第77条第1項第6号	第77条第1項第7号	第77条第1項第8号	第77条第1項第9号
訪問介護 (27)	5	8	24	12	5	9	
訪問看護 (5)	1	3	2	2		2	
通所介護 (14)	4	5	10	6	1	6	1
通所リハビリテーション (1)	1			1		1	
福祉用具貸与 (3)	1	2	1	2	1	2	
特定福祉用具販売 (1)	1	1		1	1	1	
居宅介護支援 (22)	4	8	13	6	2	3	
介護老人福祉施設 (0)							
介護療養型医療施設 (0)							
介護予防訪問介護 (17)	3	5	3	5	2	6	
介護予防訪問看護 (3)	1	2	2			1	
介護予防通所介護 (10)	2	4	1	2	1	5	
介護予防通所リハビリテーション (1)	1			1		1	
介護予防福祉用具貸与 (3)	1	2	1	2	1	2	
特定介護予防福祉用具販売 (1)	1	1		1	1	1	
夜間対応型訪問介護 (1)	1	1	1	1		1	
認知症対応型共同生活介護 (4)	1	2		1	2		
介護予防認知症対応型共同生活介護 (3)	1	2		1	1		
合 計 (116)	29	46	58	44	18	41	1

※()内は平成20年度に指定取消処分(聴聞通知後廃止を含む)を受けた事業所数

※複数の取消事由により指定取消処分を受けている事業所があるため、取消事業所数と取消事由の数は一致しない

5. 指定取消等に伴う返還金の状況(平成12年度～20年度)

○ 年度別の返還請求額及びその返還額

	指定取消等 事業所数	返還対象 事業所数	返還請求額 (百万円)	返還済額 (百万円)	不納欠損額 (百万円)	未済額 (百万円)
平成12年度	7	5	30	30	0	0
平成13年度	30	25	227	137	6	84
平成14年度	90	66	1,601	569	604	427
平成15年度	105	87	1,575	651	140	783
平成16年度	81	63	1,003	457	10	536
平成17年度	96	77	1,315	849	76	390
平成18年度	79	53	524	119	0	405
平成19年度	109	87	2,122	1,200	0	922
平成20年度	137	93	935	131	0	805
うち、営利法人 監査によるもの	4	4	10	0.6	0	9
合計	734	556	9,332	4,143	836	4,352

- ※ 「指定取消等事業所数」は、指定取消(聴聞通知後廃止含む)及び指定の効力の一部又は全部停止を行った事業所数である。
- ※ 「返還対象事業所数」には、返還額の有無について精査中である事業所も含む。
- ※ 「返還請求額」には、加算金の額を含む。
- ※ 「未済額」には分割納付等により返還予定の額を含む。

- サービスの質の向上を図る観点から、事業所の指導・監査のあり方をどう考えるか。
- 都道府県の指導監督体制を整備する観点から、実地指導の一部を指定法人に委託できるよう制度の拡充を行うことにより、その活用を図ることを検討してはどうか。

指定市町村事務受託法人について

- 平成18年の制度改正により創設。
- 市町村は、法人であって、当該事務を適正に実施することができるものと認められるものとして都道府県知事が指定するもの（指定市町村事務受託法人）に、次の事務の一部を委託することができる。
 - ① 介護サービス事業所等に対する文書の提出の依頼、質問、照会等
 - ② 要介護認定等の認定調査（新規、更新）

平成22年9月17日

報道関係者各位

「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」における
議論の経過報告（9 月現在）の公表について

標記について、別紙のとおり平成 22 年度老人保健健康増進等事業における調査研究事業により設置されました「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」の議論についての経過報告が、当該調査研究を実施する三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社より公表されましたのでお知らせします。

なお、今後、本経過報告に記載された内容及び現在実施中のモデル事業や事業所アンケート結果を踏まえ、検討会において議論を重ね、10 月下旬を目途に中間取りまとめを行い社会保障審議会介護保険部会において当該取りまとめ内容の報告を行う予定としております。

2010年9月17日

報道機関各位

「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」
(議論の経過報告:9月現在)

三菱UFJフィナンシャル・グループの総合シンクタンク 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(本社:東京都港区 社長:水野 俊秀)では、厚生労働省老人保健健康増進等事業の補助金を受け、「24時間地域巡回型訪問サービス」を全国に普及させるためのサービスの仕組みと事業構築のあり方について提案するため、介護サービス事業者、保険者、有識者からなる「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」(以下「検討会」という。)を設置し、9月までに合計4回にわたり検討を行いました。

本報告は、これまで各委員からご意見・ご提案のあった主な内容を整理し、検討会における議論の経過報告として作成したものです。

本検討会では、今後、本報告に記載された内容及び現在実施中のモデル事業や事業所アンケート結果等を踏まえつつ、さらに議論を重ね、10月下旬を目途に中間とりまとめを行い、社会保障審議会介護保険部会に当該取りまとめ内容を報告する予定です。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
政策研究事業本部(東京)経済・社会政策部 国府田、岩名、鈴木、清水
〒108-8248 東京都港区港南 2-16-4
TEL:03-6711-1241



24 時間地域巡回型訪問サービスの構築にあたって立つべき基本的な考え方

サービスのあり方を検討する前提として、「24 時間地域巡回型訪問サービス」の基本的な考え方として、検討会では、おおむね以下の点が確認された。また、委員からはサービスの名称について、より利用者の視点に立ったものとするべきではないかとのご意見もあった。

24 時間地域巡回型訪問サービスの普及を通して目指す最終的な目標は、「単身・重度の要介護者」であっても、在宅を中心とする住み慣れた地域で、尊厳と個別性が尊重された生活を継続することができるような社会環境の整備である。

24 時間地域巡回型訪問サービスは、「地域包括ケア」の仕組みを支える基礎的なサービスのひとつとして位置付けられるべきものである。高齢者の在宅における生活を支えるためには、本サービスに加え、既存の通所・短期入所・訪問看護等の介護保険サービスのみならず、医療サービス、配食サービスなどの生活支援サービス、いきがい・健康づくりのためのサービス等が協調して提供されることが重要である。

24 時間地域巡回型訪問サービスは、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づいて、「定期訪問」、「随時訪問」、「短時間ケア」、「早朝、日中、夜間、深夜のサービス」といった手段を適宜・適切に組み合わせて、利用者に「必要なタイミング」で「必要な量と内容」のケアを一体的に提供することに特徴があり、この意味で「全く新しいサービス類型」として位置づけられるべきものである。

24 時間地域巡回型訪問サービスにおいては、サービスが包括的に提供され円滑に機能しているかを総合的に把握するとともに、必要に応じてケア内容の修正をするなど迅速に対応することが必要である。これに対応するため、ケアマネジャーの本サービスに対する関与について検討するとともに、アセスメント能力・マネジメント能力の一層の向上が不可欠ではないか。

24 時間地域巡回型訪問サービスが、あらゆるタイプの要介護高齢者に対して、効果的なケアを提供できるとは必ずしも限らない。財政的な制約や、サービスの構造上の制約などについても明らかにした上で、他のサービスとの連携を図ることが重要ではないか。

過疎地などでは、サービスの展開が困難な地域も想定されるが、「集住型の高齢者住宅(高齢者が住み続けるために配慮されたバリアフリーの住宅)」と本サービスを含めた「外付けサービス」の組み合わせで移動コストを低減させることにより、効率的なサービス提供が期待できるのではないか。

今後在宅で提供されるべき主なケアのイメージと利用者タイプ

在宅の要介護高齢者向けの24時間地域巡回型訪問サービスの内容やケアのタイミング等を検討するための基礎データを得るため「施設介護実態調査(特別養護老人ホーム)」を実施し、本検討会に設置された作業部会において結果の分析を行った。当部会では得られた実態データを基に、以下の特徴的な利用者タイプを仮に設定し、タイプ別に24時間地域巡回型訪問サービスで対応する場合の示唆、適用可能性等について検討し整理した。

今後、本検討会において、現在実施しているモデル事業の結果も踏まえ、日中・夜間・深夜といった時間帯ごとの訪問ニーズの質及び量に対する適切な労働投入量や事業規模との関係性について検討を重ねることとしている。

特徴的な利用者タイプ	タイプの特徴	24時間地域巡回型訪問サービスでの対応における示唆、適用可能性等
	食事摂取自立で、 <u>配膳・下膳のみの対応</u> 。排泄は自立。	定期の介助で大半は対応可能。食事の配膳等は、配食サービスでも対応可能。
	食事摂取自立で、 <u>配膳・下膳のみの対応</u> 。排泄介助はあるが、 <u>多くがトイレ介助</u> 。配下膳など短時間での複数回対応が必要。	トイレ排泄を行うため、随時の対応が必要となる(多くがトイレ移動介助)。突発的な排泄介助ニーズにいかに対応するかが課題。
	食事摂取には、 <u>常時付き添いが必要な介助状態</u> 。排泄は、トイレ、ポータブルトイレ、オムツの併用も見られる。	食事介助に長時間を要するため、特に人的コストの面で対応方法を要検討。排泄介助については上記と同様。
	食事は経口摂取、排泄は <u>おむつの定時交換</u> 。最重度であるが、 <u>ケアのタイミングは定型化</u> されており、 <u>随時対応も少ない</u> 。	深夜の体位交換のニーズが多い。排泄は定時交換のため対応は容易。食事介助については上記と同様。
	経管栄養を使用。食事摂取の時間は短いものの看護職員によるケアが必要。併せて喀痰吸引が必要な利用者も含まれる。	主に、訪問看護によりケアを提供。随時訪問で吸引対応が可能かが課題。
	認知症の周辺症状が強く、 <u>常時付き添いが必要な介助状態</u> 。随時対応も多く、施設では対象者に付き添う状態が終日続くタイプ。	認知症の周辺症状が強く出ている状態での利用は困難か。適切な医学的管理により症状を改善し、状態が落ち着けば対応可能。

24時間地域巡回型訪問サービスを検討する上でのポイント

検討会では、上記の検討整理結果を踏まえ、在宅の要介護高齢者向けの24時間地域巡回型訪問サービスの事業のあり方を検討するにあたって想定されるケアにおけるポイントについて検討した。

< 24時間地域巡回型訪問サービスの効用 >

あらかじめ決められた時間帯にケアを実施する「定期訪問」に加え、利用者の通報に基づく「随時訪問」が導入されることで、利用者の生活リズムを重視したケアが提供できるのではないかと。

1日に複数回訪問することにより、利用者の生活や身体の状態を迅速・的確に把握できるようになり、状態変化に即応したサービス提供を行うことができるようになるのではないかと。

「短時間ケア」は、定期的なおむつ交換等以外にも、水分不足となりやすい在宅の高齢者への水分補給や重度の要介護者等の深夜帯における体位交換(寝返り)などにも効果的ではないかと。

夜間・深夜・早朝の訪問ニーズは確実に存在するものの、「アセスメント-サービス計画」のサイクルに基づき、日中帯の介護や医療的な管理を適切に実施することによる深夜・随時の訪問ニーズが減少することがあるのではないかと。

なお、在宅ケアにおいて必要となるケアの提供のタイミングや頻度、必要な時間単位を検討する上で、特に「食事」、「排泄」、「医療・看護ケア」等がポイントとなるのではないかと。

< 食事・水分の摂取について >

食事の提供は、低栄養予防、脱水症予防、身体機能の維持という観点から重要ではないかと。

常時の付き添いを必要とする食事摂取介助を在宅で提供する場合は、配膳・下膳を含め、一回あたり最低でも30分以上を要するが、提供時間帯が集中することも含め、適切なサービスを提供できる体制が構築できるかどうかのポイントになるのではないかと。

また、食事摂取に介助を必要としない場合、配膳については、配食サービス等を活用することも検討すべきではないかと。

< 排泄について >

夜間頻尿等の問題は、医学的な治療によって症状が改善し、在宅での排泄ケア回数が減少することも多い。サービスの利用前に、医学的なアセスメントを十分実施し、在宅生活を無理なく送ることができるようにすることが前提として重要である。

高齢者の尊厳を守る観点から、排泄は、可能な限りトイレ、ポータブルトイレでの対応を基本とすべきではないかと。他方でトイレやポータブルの介助は、排泄のタイミングにあわせて提供する必要があるため随時訪問でどこまで対応が可能であるか検討する必要がある。

< 医療ニーズへの対応について >

経管栄養やインスリン注射など、定時で計画的に対応すべき医療ケアが必要な利用者については、看護職員が夜間や早朝の定期的な医療処置を提供することで入院から在宅療養に切り替えることが可能であり、24時間地域巡回型訪問サービスが効果を発揮するのではないかと。

喀痰吸引を要する場合、定時訪問による喀痰吸引に加えて、随時の対応が必要になるのではないかと。ただし、就寝前のケアが十分に行われていれば、深夜帯の随時対応の機会は減少するのではないかと。また、現行制度では喀痰吸引は訪問看護により対応されるものであるが、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」の議論において、介護職員等による喀痰吸引を可能とする方向での検討が行われており、こうした制度化が実現すれば、24時間地域巡回型訪問サービスにおけるサービス提供のあり方も、それを踏まえて検討されるべきではないかと。

急性期病院から在宅へ復帰するにあたっては、病院から在宅ケアチームへの円滑な医療・看護情報の伝達と共有が行われ、退院直後の介護力強化を図り、再入院を回避できるよう体制づくりが必要である。特に嚥下、排泄援助、転倒予防、認知機能の維持等の医療・看護情報の伝達と共有においては、24時間地域巡回型訪問サービスの訪問看護と訪問介護等が緊密に連携して対応できるような体制構築が必要ではないかと。



24 時間地域巡回訪問サービスの利用者に対し、必要に応じて訪問看護による緊急訪問が円滑に行われるような体制構築が必要ではないか。

< 認知症高齢者について >

一般的な認知症高齢者に対しては、24 時間地域巡回型訪問サービスは有効な在宅生活支援ツールとなり得ることが考えられるが、例えば、運動能力の低下していない認知症高齢者で BPSD の発生がピークの状況では、常時の付き添いや見守りが必要となること、随時訪問の要請(コール)が頻繁に発生することから、本サービスでは在宅生活を支えることが難しく、こうした方々には小規模多機能型居宅介護やグループホームの利用を検討すべきではないか。

ただし、BPSD の発生を緩和させるための専門的・医学的な治療を実施した上で、精神的にも在宅生活に適した状態に誘導した状況においては、24 時間地域巡回型訪問サービスを利用した在宅生活が可能ではないか。

< オペレーションセンターの対応 >

夜間、深夜、早朝等の時間帯における随時訪問の要請に対しては、オペレーターが利用者の日頃の状態を把握し、電話対応を通して適切に解決を図ることが重要である。的確な随時訪問の実施を推進する上でもオペレーションセンターの職員の役割は極めて大きいのではないか。

利用者からのコール対応だけでなく、双方向通話機能を活用した 24 時間地域巡回型訪問サービス事業者から利用者に対して必要に応じてコールを行うことにより、適切な随時の訪問対応が可能となるのではないか。

また、訪問の必要性の低い随時訪問の要請を電話での訪問を通じて解決を図るうえで、利用者の状況が正確に把握できるテレビ電話の活用等の推進も検討すべきではないか。

< 24 時間地域巡回型訪問サービスにおける「生活援助」 >

生活援助の提供は、在宅生活の継続にとって必要であるが、現在の訪問介護のような個別対応ではない「スケールメリットを活かした提供方法」(保険外サービスの活用)も検討すべきではないか。

報酬システムの検討

本サービスの介護報酬のあり方については、以下のような論点が提示されている。

本サービスにかかる介護報酬の設定は、サービス提供事業者の採算性が確保される水準(すなわち、24 時間 365 日継続してサービス提供が可能な人材を確保し事業所機能が確保できる水準)で、かつ利用者の自己負担が可能な範囲に設定されるべきである。

報酬のあり方については、「行為」に着目するか、「サービスのパッケージ化」による視点から構築すべきかについて、明確に区別して議論を進めるべき。

現行の訪問サービスでは、利用者一人あたりの訪問回数が増加しても、単純にスケールメリットによるコスト減少に直結することは想定されがたい構造を有していることに留意しながら、サービスの投入量に応じた、適切な報酬を検討することが重要ではないか。



「訪問介護」は、サービス時間を単位として報酬設定しているが、24時間地域巡回型訪問サービスはこれまでの訪問介護と異なる全く新しいサービスとして位置付けられるべきものであり、現行の時間単位制とは異なる報酬方式も検討すべきではないか。

24時間地域巡回型訪問サービスは在宅においても、施設と同様のケアの提供を行うことを想定しており、「地域」を「施設」と同じようにとらえ、施設と同様に包括報酬とした上で、利用者の状況に応じてサービス提供量のマネジメントを行う方法を検討すべきではないか。この場合、移動コストについてどのように考えるか。

なお、軽度者の適正な利用と、より重度の要介護者の利用を促進する上でも、軽度者の利用に対しては一定の包括支払いと出来高払い制を併用する方法もあるのではないか。

* なお、8月29日に、菅直人首相より厚生労働省等関係省庁に対して、24時間地域巡回・随時訪問サービスの普及を目指す等の指示があった。



【「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」実施概要】

1. 「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」委員名簿

(50 音順 敬称略)

ご氏名	ご現職
あきやま まさこ 秋山 正子	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション 所長
いけだ しゅうぞう 池田 省三	龍谷大学 社会学部 地域福祉学科 教授
いしはら みちこ 石原 美智子	株式会社新生メディカル 代表取締役社長
いべ としこ 井部 俊子	聖路加看護大学 学長
かとり かん 香取 幹	株式会社やさしい手 代表取締役社長
こやま つよし 小山 剛	社会福祉法人長岡福祉協会 高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長
しのだ ひろし 篠田 浩	大垣市 福祉部 社会福祉課 課長補佐
ときた じゅん 時田 純	社会福祉法人小田原福祉会 理事長
とちもと いちさぶろう 栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部長
ばたい ひでお 馬袋 秀男	株式会社ジャパンケアサービスグループ 代表取締役社長
ほった さとこ 堀田 聡子	ユトレヒト大学 社会行動科学部 訪問教授/オランダ社会文化計画局研究員
ほった つとむ 堀田 力	公益財団法人さわやか福祉財団 理事長
ほりかわ たかひと 堀川 雄人	世田谷区 地域福祉部 部長
まとば ゆうこ 的場 優子	和光市 保健福祉部 長寿あんしん課 和光南地域包括支援センター
ゆうき やすひろ 結城 康博	淑徳大学 総合福祉学部 社会福祉学科 准教授
わだ ただし 和田 忠志	全国在宅療養支援診療所連絡会研修・教育局長 あおぞら診療所高知潮江 医師

(:座長)

2. 開催履歴

第1回 平成 22 年 6 月 18 日(金)

- ・本調査研究の主な検討・討議論点案の報告と討議
- ・モデル事業、アンケート実施計画案の報告と討議

第2回 平成 22 年 7 月 5 日(月)

- ・モデル事業実施計画案の報告と討議
- ・夜間訪問体制のある訪問介護事業者向けアンケート実施計画案の報告と討議

第3回 平成 22 年 8 月 2 日(月)

- ・委員による意見提起と討議
- ・調査の進捗状況報告

第4回 平成 22 年 9 月 6 日(月)

- ・委員による意見提起と討議
- ・施設介護実態調査結果の検討分析報告と討議

【モデル事業及びその他の調査の概略】

1. 24 時間地域巡回型訪問サービスモデル事業

(1) 目的

今後構築すべき「24 時間地域巡回型訪問サービス」の具体的な事業の組み立てと効果を検討するため必要な基礎情報を得るために実施。

(2) 主な調査検討テーマ

短時間を含む定期及び随時訪問の内容や時間帯の組みあわせ

訪問介護員等の配置・勤務体制のあり方、オペレーションセンターの活用のあり方

医療と看護、介護との連携のあり方 等

(3) 収集情報、収集方法

在宅の高齢者の当サービス利用者の利用実態、及び事業者の提供体制の実績に関する情報を訪問介護員等が記録。

(4) 実施時期

各協力事業者でのデータ収集：

各実施事業者における準備期間を含め、おおむね7～9月。

収集したデータの入力集計：

10月上旬に暫定集計を実施。

(5) 協力事業者：

全国の 13 事業者のご協力を得て実施。

	事業者名	所在地自治体
1	医療法人財団 中島記念会	大田区(東京都)
2	株式会社 ジャパンケアサービスグループ	世田谷区(東京都)
3	株式会社 やさしい手	渋谷区(東京都)
4	社会福祉法人 すこやか福祉会	足立区(東京都)
5	社会福祉法人 若竹大寿会	横浜市(神奈川県)
6	社会福祉法人 小田原福祉会	小田原市(神奈川県)
7	特定非営利活動法人 ウェルエイジ	伊勢原市(神奈川県)
8	社会福祉法人 長岡福祉協会	長岡市(新潟県)
9	社会福祉法人 射水万葉会	富山市(富山県)
10	株式会社 新生メディカル	池田町(岐阜県)
11	社会福祉法人 京都老人福祉協会	京都市(京都府)
12	社会福祉法人 幼老育成会	佐世保市(長崎県)
13	株式会社 ケアネット徳洲会沖縄	宮古島市(沖縄県)

2. 施設介護実態調査

(1) 目的

現在、入所施設(特別養護老人ホーム)で提供されている身体介護を中心とする介護の内容、量、時間帯等を把握し、「今後、在宅で提供されるべき標準的な身体介護内容」を導出するために実施。

(2) 主な調査検討テーマ

入所者に対する定期訪問と随時訪問の介助内容や時間帯の実態記録シートの作成と集計と分析。

得られた「入所者に対する介護実態情報」から、在宅生活の継続を支えるために必要な身体介護等の内容や提供のあり方に関する基礎情報を抽出。

(3) 実施時期

各協力事業者でのデータ収集、入力

各実施事業者における準備期間を含め、7～8月。

集計結果の分析、考察

8月。

(4) 以下の3事業所のご協力を得て実施。

介護老人福祉施設潤生園(社会福祉法人小田原福祉会)

介護老人福祉施設サンビレッジ(社会福祉法人新生会)

介護老人福祉施設こぶし園(社会福祉法人長岡福祉協会)

(5) 「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会 作業部会」委員名簿

西山八重子 社会福祉法人小田原福祉会 介護老人福祉施設潤生園 副施設長

馬淵規嘉 社会福祉法人新生会 介護老人福祉施設サンビレッジ 施設長

丸山寿美子 社会福祉法人長岡福祉協会 介護老人福祉施設こぶし園 業務課長補佐

吉井靖子 社会福祉法人長岡福祉協会 介護老人福祉施設こぶし園 看護部長

(50音順 敬称略)

(6) 開催履歴

第1回 平成22年8月26日(木)

・施設介護実態調査結果の検討



3. 事業所アンケート調査

(1) 目的

全国の夜間対応型訪問介護事業所と深夜帯に対応している訪問介護事業所に対してアンケート調査を行い、24時間地域巡回型訪問サービスを全国的に普及・推進していくための事業の在り方を検討する際の基礎情報を得るために実施。

(2) 主な調査テーマ

サービスの提供状況(提供時間帯、サービス利用状況 等)

サービス提供体制(訪問介護員数、職員体制、訪問介護員の採用・定着状況 等)

利用者の状況(要介護度別・性別・世帯類型別利用者数、サービス利用実績 等)

24時間地域巡回型訪問サービスの利用促進、事業参入促進のための方策

(3) 調査対象

訪問介護事業所(深夜帯に対応):2388ヶ所

夜間対応型訪問介護事業所:119ヶ所

(4) 想定回収率

40%程度(1,000件弱程度)

(5) 調査実施方法

郵送による配布・回収

(6) 実施時期

調査実施:平成22年9月上～中旬(現在回収中:9/17投函締め切り)

入力・集計・分析:平成22年9月中旬～10月

4. 自治体調査

(1) 目的

自治体における特養待機者の状況を把握し、24時間地域巡回型訪問サービスの潜在ニーズを把握するとともに、地域毎の特性について検討するために実施。

(2) 主な調査テーマ

地域内の入所待機者数、最近の入所者の入所理由

緊急通報、高齢者向けコールセンター事業、安心電話等事業の実施状況、利用者の要件と利用者特性・利用者数

24時間地域巡回型訪問サービスとの連携について



(3) 調査対象

モデル事業を実施する事業者の所在地の 13 自治体。

(4) 実施・分析時期

平成 22 年 9 ~ 10 月

以上

介護人材の確保と処遇の改善策について

介護保険部会委員 河原四良
(日本介護クラフトユニオン)

介護保険制度の健全な発展のためのキーワードは「財政」と「人材」。人材の側から制度を壊しては絶対にならない。人材の確保と安定には「処遇の改善」が喫緊の課題。

(1) 処遇(賃金)の改善には目標を立てることが大切

- ①安いから上げる、人の確保が難しいから上げるではなく、一定の目標(賃金水準)を立て政労使が共有することが最も大切。
- ②介護従事者が、希望と誇りを持って働き続けるためには、誰でも真面目に働けば、月給者は全産業平均年収を下回ってはならない。また、時間給者は均等待遇で水準を設定すべき。
- ③具体的には、常勤者450万円以上。非常勤者1,800円以上。
- ④男女による差は当然ない。

(2) 介護職員処遇改善交付金はあくまでも緊急対策で

- ①国が直接(事業者を経由するが)労働者に賃金を支払うシステムは違和感がある。
- ②労働者の賃金は事業者収益の配分の話である。従って、本来は、交付金は介護報酬の基本単価に組み入れるべきである。
- ③現場にとって介護職員とは介護保険制度の下で働くすべての労働者(事務員、ケアマネ、看護師含む)と捉えている。
- ④財政上の課題、被保険者負担の問題等を考慮して、平成24年以降の交付金の継続は理解する。しかし、②の認識を外してはならない。

(3) キャリアパスを軸に昇給システムを組み立てる

- ①キャリアパスは介護従事者が進むべき能力アップの道筋(経歴)を示すものであり、積極的に推進したい。その際、公正な考課制度は欠かせない。
- ②国は良質なキャリアパスに取り組む事業者を評価すべきだ。
- ③個々人が培ってきた能力や資格を認証・評価する公的なシステム作りを提言してき立場から、国の「実践キャリア・アップ戦略(キャリア段位制度)」を歓迎する。

(4) やりがいだけではもたない

経験上、労働の継続に必要な要因は、

- ① 社会水準以上の賃金が確保されている職場
 - ② 休日(特に連続)が取りやすい職場
 - ③ コミュニケーション(人間関係、風通し)が良い職場
- 介護の現場は①～③、どの要因についても状況はきびしい。

以上

消費者のための介護サービス情報公表

NPO 法人高齢社会をよくする女性の会 木間昭子

- 1 消費者が事業者と対等の地位で契約を締結するには消費者の知る権利が確立されなければならないし、選ぶ権利が保証されるためには介護サービスの質、価格、安全性にかかわる表示が欠かせない。
- 2 介護サービス情報に公表されている事業所選びのポイント
 - ① 誰が (どのような実績のある事業者が)
 - ② いくらで (特に、介護サービス給付以外の費用)
 - ③ どのような質の介護を提供するのか (職員数・退職者数・資格等)
 - ④ 消費者 (利用者) の意見を把握する取り組みをしているか
 - ⑤ その他、利用できる時間やキャンセル料など
- 3 介護サービス情報ガイド ― 介護サービス情報公表から事業所を比較する
A区：9サービスの読み解きと全事業所のサービスを比較。地域包括支援センター、保険福祉課、民生委員や区民成年後見人等が、相談・支援に活用。
(居宅介護支援、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、福祉用具貸与、介護付有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設。2010年は10サービス) <http://www.city.setagaya.tokyo.jp/030/d00023817.html>
- 4 高齢者、とりわけ判断能力が十分でない高齢消費者の権利擁護のためには、地域包括支援センターの方々、介護支援専門員、成年後見人、日常生活自立支援制度の専門員や生活支援員、消費生活相談員、社会福祉協議会や地域で活動なさっておられる方々の援助が不可欠。
- 5 [スウェーデン] 高齢者ガイド ― 高齢者のための看護と介護を比較する
高齢者福祉・高齢者住宅情報をウェブサイト公開 ― 利用者の参画、職員数・定着率・資格等、自立して暮らせる可能性 (個室、トイレ、浴室等)、運営管理、食事の献立の選択等、高齢者ケアの品質について比較。5段階評価実施。
(高齢者居住施設、ショートステイ、ホームヘルプサービス、デイサービス等)
2008年から実施。 <http://www.socialstyrelsen.se/forallmanheten/aldreguiden>

介護付有料老人ホーム — 基本情報からみる選択のポイント

2つの有料老人ホームの「基本情報」*を比較しながら、有料老人ホーム選びのポイントをみましょう。（* 介護サービス情報公表制度の「基本情報」は、事業所が記入した内容がそのまま記載されています。）

(1) どのようなホームか

① 事業開始年月日 ② 入居者数 ④ 入居率 — 経営健全度の目安

事業開始年月日と入居者数を確認したうえで、入居率をみましょう。

次頁の表には掲載していませんが、「基本情報」には、定員と入居期間も公表されていますので、併せてみれば経営健全度の目安となります。

有料老人ホームの経営に関しては、

- ・ 敷地と建物は事業所を運営する法人が所有しているか、また、抵当権は設定されているか、「基本情報」に掲載されています。
- ・ 「調査情報」**の「大項目2—中項目1—小項目(3) 事業運営の透明性の確保のための取組の状況」に、「財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる」か、調査員が確認する項目があります。これにチェックのある有料老人ホームは、財務内容を見ることが可能なはずですが、見方がわからない場合は、専門家の意見を聞くといよいでしょう。（**「調査情報」は、一定の要件を満たす調査員が事業所を訪問して、事実を確認したうえで公表しています。）

③ 退居者数と退居後の行き先等 — 介護状況を見る

- ・ 前年度の退居者数は、Aはゼロですが、Bは6人が退居しています。
- ・ 退居後の行き先をみると、Bは自宅等、施設、医療機関とあります。
- ・ 契約前に、これまで退居した人の理由を尋ねることと、見学をした際、どこまで介護をするのか介護の現場を見ることが大切です。

⑤ 居室 — 個室か、介護はどこで受けるかを確認

- ・ 一般居室（介護を要しないとき入る部屋）は個室でも、介護居室（介護が必要になったら入る部屋）は相部屋というホームがあります。
- ・ 一般居室はなく、介護居室だけという要介護者向けのホームがあります。このようなホームも個室か相部屋か確認しましょう。
- ・ 介護を受ける場所は、入居した一般居室か、あるいは一般居室から介護居室に移るのか、別のホームや建物に移るのかも公表されています。

	A 介護付有料老人ホーム	B 介護付有料老人ホーム	
① 事業開始年月日	年 月 日	年 月 日	
② 入居者数	132 人 (要介護 71 人) (要支援・自立 61 人)	100 人 (要介護 83 人) (要支援・自立 17 人)	退居者 A : ゼロ B : 6 人
③ 前年度退居者数 (退居後の行き先 等別)	要介護 0 自立・要支援 0	要介護 16 人(死亡 11、自宅 等 2、介護保険施設 2、医療機 関 1) 自立等 1 人(自宅等)	個室か 相部屋か 広さは
④ 入居率	92.3%	90.7%	
⑤ 居室	一般個室 (32 m ²) 介護個室 (33 m ²)	個室 (14 m ²) 2 人部屋 (28 m ²)	
⑥ 入居一時金	1850 万～6300 万円(1 人)	300 万～560 万円(1 人)	
・初期償却率	0	20%	初期償却率 A : ゼロ B : 20%
・償却年月数	60～168 か月	別添、返還表を参照	
・解約時返還金の 算定方法	入居一時金 × (返還月数 - 入居月数) / 返還月数	入居一時金 × 返還金率	
⑦ 人員配置が手厚い場合の介護利用料	0	0	その他の 一時金や 費用も 確認
⑧ 他の一時金	0	70 万～150 万円	
⑨ 管理費、食費/ 月 (他略)	管理費 7.2 万円 食費 4.2 万円	管理費 4.2 万円 食費 5.8 万円	

(2) 費用は、どのくらいかかるのか

⑥ 入居一時金、初期償却率、償却年月数 — ホームによって大きく異なる

- ・ 入居一時金を徴収するホームと、毎月家賃を徴収するホームがあります。
- ・ 入居一時金の額は 1 人入居の場合、A は 1850 万～6300 万円、B は 300 万～560 万円です。

(世田谷区にあるホームの最低額は 500 万円、最高額は 3 億 7000 万円)

- ・ A は初期償却をしません、B は入居直後に 20% を償却します。
- ・ 初期償却率とは、入居一時金のうち、入居期間にかかわらず返金されない金額の割合のことです。
- ・ 入居後 90 日以内の退居なら実費分を除き全額返還されることになっています。90 日を過ぎると入居金の 10～30% 台を償却するホームがあります。
- ・ 契約する前に、「償却年月数 (一時金が全額償却されて戻らなくなる年月数)」と「解約時の返還の計算式」をみて、4 か月後や 1 年後などに退居した場合、戻ってくる額を計算してみましょう。

⑦ 人員配置が手厚い場合の介護利用料 — 0 から 1,000 万円以上のホームも
人員配置が手厚い場合の介護利用料はA、Bホームともにゼロですが、
なかには数 10 万円から 1,000 万円以上というホームがあります。

⑧ 他の一時金 — 0 のホームもあるが、高額なホームもある

Aホームはゼロですが、Bホームは 70 万～150 万円を徴収します。
解約時に、返還しないと公表しているホームもありますので要注意。

⑦と⑧についても⑥の入居一時金と同じように、初期償却率や償却年月数、
解約時返還金の算定方法が公表されていますので、確認しましょう。

⑨ 管理費、食費 — その他、毎月支払う金額も確認

- ・ 毎月支払う管理費、食費のほか、多くのホームが光熱費を徴収しています。
- ・ 介護利用料を月額で徴収しているホームもあります。
- ・ その他にも徴収している費用があれば、全て公表することになっています。
- ・ 入居一時金を徴収していないホームは、毎月、家賃を支払うことになりま
すし、一時金を支払っても家賃を支払うホームもあります。

入居者とホーム側のトラブルには、説明のなかった費用を徴収されたという
ケースや説明と違う金額を請求されたというケースがあります。トラブルを避
けるためにも公表されている金額を確認しましょう。

(3) 介護等を担うのは、どのような人か

⑩ 看護職員、介護職員 1 人当たりの利用者数 — 少ないほうがよい

Aの看護職員、介護職員 1 人当たりの利用者数は 1.9 人、Bは 2.5 人です。
1 人の職員が担当する利用者は少ないほうがよいといえます。

⑪ 介護職員数・退職者数

⑫ 介護業務に従事した経験年数 — 大差がある

- ・ 要介護者数(②)は、Aホーム 71 人、Bホーム 83 人と、Bホームのほうが
多いのですが、介護職員数を常勤換算でみると、Aホーム 39.9 人に対し、
Bホーム 27.4 人であり、AがBを大きく上回っています。
- ・ 前年度の退職者数は、Aホームはゼロですが、Bホームは常勤職員 16 人、
非常勤職員 13 人が辞めています。
- ・ 介護業務に従事した経験年数が 5 年以上の介護職員数（常勤と非常勤の
計）をみると、Aホームは 30 人ですが、Bホームは 8 人です。

⑬ 介護職員の資格 ⑭ 夜間看護・介護職員数

⑮ 看護職員数 ⑯ その他の有資格者数 — 介護サービスの質をみる

- ・ Aホームは国家資格の介護福祉士、Bホームは訪問介護員2級が多く、Aホームには介護支援専門員が2人いますが、Bホームにはいません。
- ・ 介護事故は職員の手薄な夜と早朝に発生しやすいことから、夜間勤務の介護職員、看護職員の人数を確認しておきましょう。
- ・ 看護職員や理学療法士、作業療法士、栄養士の数なども公表されています。

⑩～⑯をみると、ホーム全体の介護サービスの質がうかがえます。

⑰ 利用者の意見等を把握する取り組み

- ・ A、Bともに利用者の意見等を把握する取り組みをしています。
Aは結果を開示しているのに対し、Bは開示していません。

	A 介護付有料老人ホーム		B 介護付有料老人ホーム		
⑩ 看護・介護職員 1人当たり利用者数	1.9人		2.5人		
⑪ 介護職員数 (常勤換算) 前年度退職者数	常勤26人 非常勤31人 (39.9人)		常勤24人 非常勤4人 (27.4人)		介護職員数 退職者数 A、Bに 大差
	常勤0 非常勤0		常勤16人 非常勤13人		
⑫ 介護業務に従 事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
1年未満	0	5人	5人	2人	
1～3年未満	2人	7人	6人	1人	経験年数 5年以上 A: 30人 B: 8人
3～5年未満	6人	7人	5人	1人	
5～10年未満	7人	9人	7人	0	
10年以上	11人	3人	1人	0	
⑬ 常勤介護職員 が有する資格 (延べ人数)	介護福祉士 15人 訪問介護員2級8人3級2 人介護支援専門員 2人		介護福祉士 4人 訪問介護員1級2人、2級18 人、介護支援専門員 0		介護福祉士 A: 15人 B: 4人
⑭ 夜間看護・介護職員数(最少時)	3人		4人		
⑮ 看護職員数	常勤 6人		常勤3人 非常勤4人		
⑯ その他資格者	作業療法士 2人		あん摩マッサージ指圧師 1人		
⑰ 利用者意見把握	あり 開示あり		あり 開示なし		

	A 訪問介護事業所		B 訪問介護事業所			
① 事業開始年月日	年 月 日		年 月 日		利用者／ サービス提 供責任者 A：55/6人 B：94/5人	
② 利用者数	55人		94人			
③ 訪問介護員数 (常勤換算)	常勤6人 非常勤21人 (8.6人)		常勤5人 非常勤77人 (14.9人)			
④ サービス 提供責任者	介護福祉士 6人		介護福祉士 3人 訪問介護員1級2人		退職者 A：ゼロ B：非常勤 25人	
⑤ 前年度退職者数	常勤0 非常勤0		常勤0 非常勤25人			
⑥ 訪問介護業務に 従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤・経験年 数5年以上 A：100% B：20.0%	
	1年未満	0	1人	0		8人
	1～3年未満	0	2人	3人		16人
	3～5年未満	0	6人	1人		35人
	5～10年未満	6人	12人	1人		18人
⑦ 訪問介護員資格	常勤	非常勤	常勤	非常勤	介護福祉士 非常勤 A：57.1% B：10.4%	
	介護福祉士	6人	12人	3人		8人
	訪問介護員1級 2級(延べ)	0 1人	1人 8人	2人 0		0 69人
⑧ 管理者の資格	介護福祉士		訪問介護員1級			
⑨ 訪問介護を利用 できる時間	平日・土日 9時～17時		平日・土日・祝日 6時～22時			
⑩ 利用者の都合で 介護を提供でき なかった場合の 費用の徴収	前日17時まで：無料 当日キャンセル：500円		前日営業時間まで：無料 当日キャンセル：基本料 金の10%		意見把握 開示 A：実施 B：なし	
⑪ 利用者の意見等 の把握	あり 開示あり		なし			
⑫ 第三者評価実施	あり 開示あり		なし		第三者評価 A：実施 B：なし	
⑬ 都内で実施する 他の介護サービス	居宅介護支援		訪問入浴、通所介護、福 祉用具貸与、居宅介護支 援			

	A 介護老人保健施設	B 介護老人保健施設	
① 事業開始年月日	年 月 日	年 月 日	自宅に戻った人 A：26人
② 入所者数(定員)	109人 (100人)	174人 (150人)	
③ 3か月間の退所者数(退所後の行き先等別)	自宅等26人、介護保険施設5人、特養以外の社会福祉施設2人、医療機関9人、死亡1人	自宅等7人、介護保険施設6人、医療機関53人、その他1人	入所日数 A、Bに大差
④ 平均的入所日数	132日	290日	A：個室なし B：個室あり
⑤ 療養室の状況	2人室 4人室	個室 2人室 4人室	
室数 面積	室数 2 24 面積 22㎡ 36㎡	室数 38 6 25 面積 9㎡ 16㎡ 35㎡	
⑥ 介護給付以外のサービス費用(理美容代等略)	食費：1,600円/日 居住費：多床室320円/日 特別療養室費用：2,100/日 日常生活品費：200円/日	食費：1,650円/日 居住費：多床室400円/日 従来型個室2,490円/日 特別療養室費：2人室525円/日 個室2,090円/日 日用品等：420円/日	特別療養室も費用確認 入所者数 /職員 A：2.3人
⑦ 看護・介護職員1人当たり入所者数	2.3人	3人	常勤/介護職
⑧ 介護職員数(常勤換算)	常勤30人 非常勤3人 (32.0人)	常勤38人 非常勤12人 (46.8人)	A：90.9%
⑨ 前年度退職者数	常勤6人 非常勤0	常勤17人 非常勤1人	退職者数 /職員数
⑩ 常勤介護職員が有する資格(延べ人数)	介護福祉士 19人 訪問介護員3級 6人 介護支援専門員 7人	介護福祉士 14人 訪問介護員 0 介護支援専門員 4人	A：常20.0% B：常44.7%
⑪ 夜間看護・介護職員(最少時)	4人	4人	介護福祉士 /職員数
⑫ 看護職員数	常勤 11人	常勤12人 非常勤6人	A：63.3% B：36.8%
⑬ その他職員数(薬剤師、管理栄養士、支援相談員、言語聴覚士等略)	医師(常勤) 1人 理学療法士(常勤) 1人 作業療法士(常勤) 2人 調理員(常勤) 5人	医師(常・非) 5人 理学療法士(常・非) 4人 作業療法士(常・非) 3人 調理員(常勤) 2人	その他職員 A：全員常勤
⑭ 利用者意見把握	あり 結果開示なし	あり 結果開示あり	利用者意見開示 A：なし B：あり
⑮ 都内で実施する他の介護サービス	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、居宅介護支援、介護療養型医療施設	訪問介護、訪問看護、居宅療養管理指導、通所リハビリ、短期入所生活介護	

介護職員の専門性・情報公表制度について

平成 22 年 9 月 24 日
社会保障審議会介護保険部会
委員 齊藤 秀樹
(全国老人クラブ連合会)

●「介護職員の専門性」の評価について

- ・ 介護サービスの質の向上は、利用者の望むところである。しかし、現在の介護報酬の「加算」方式は、サービスの質の違いが利用者にはわかりにくく、また事業所も加算の説明にためらいを持っているのではないか。
- ・ 「有資格者」や「一定の勤続年数」を満たす事業所を評価する仕組みは必要と考えるが、サービスの質の確保は普遍化すべき課題であることから、例えば次の方法により政策誘導をはかり、わかりやすい制度とすべきではないか。
 - 第一段階 交付金方式：要件を満たす事業所が一定程度に達するまで。
 - 第二段階 上記一定程度に達した段階で、介護報酬の本体報酬とする。ただし、要件を満たさない事業所は「減算」する。

●情報公表制度について

- ・ 基本的な考え方として、第三者が介護事業所の提供する「サービスの質」を客観的に評価する仕組みが制度化されていることは意義がある。
- ・ しかし現行制度が、サービスの選択に際し、利用者や介護支援専門員にとって役立つ情報となっているか、利用者の視点に立って検証を行い、情報内容の整備に努める必要がある。
- ・ 他にも指導監査、福祉サービスの第三者評価、グループホームの外部評価など、事業所をチェックする公的な仕組みはあるが、これらに関する利用者の認知度は低く、活用が十分とは言えないのではないか。
- ・ 基本的には指導監査体制の強化を図り、類似制度の整理再編を行い、事業者負担（経済的・事務的）の軽減と費用対効果のある、「利用される制度」に見直す必要があるのではないか。

平成 22 年 9 月 24 日

社会保障審議会 介護保険部会
部会長 山 崎 泰 彦 殿

社会保障審議会 介護保険部会
委員 田 中 雅 子
(社団法人日本介護福祉士会名誉会長)

介護報酬改定に伴う介護従事者の処遇改善に
関する調査の概要について

平素より社団法人日本介護福祉士会へ深いご理解を賜り、厚く御礼申し上げます。

私たち介護福祉士は、介護現場で様々な立場から利用者に最も近い専門職として介護保険制度のより良い発展のために尽力してきました。

今回、会員に対して標記の調査を実施しました。その概要は、別紙のとおりです。介護保険制度の見直しにおいての参考資料として提出いたします。

平成22年(2010年)9月
社団法人 日本介護福祉士会

社団法人日本介護福祉士会 介護報酬改定に伴う介護従事者の 処遇改善に関する調査結果 (概要)

調査の概要

1. 調査の目的

介護従事者の離職率が高く人材確保が困難であるといった状況の中、社団法人日本介護福祉士会においても署名活動、全国集会等を通じて、関係機関等へ処遇改善の要求をしてきた。その結果、平成20年10月に「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として平成21年度介護報酬改定率を3.0%に決定した。

本調査は、介護報酬改定が介護従事者の処遇改善に確実に反映されたかを検証し、今後の介護福祉士の処遇改善等につなげることを目的とする。

2. 調査対象及び調査方法

調査対象：日本介護福祉士会会員（現在介護保険事業所に勤務している会員）

調査方法：郵送法（調査票の配布については、県支部を介して実施）

3. 調査日

平成21年11月1日

4. 調査対象数と回収状況

調査対象数 (A)： 6,508 票

回収数 (B)： 3,409 票

回収率 (C)： 52.4%[$C = B / A$]

5. 調査項目

- (1) 基本的属性について
- (2) 介護報酬改定における介護従事者処遇状況について
- (3) 介護福祉施設サービスにおける介護職員処遇改善交付金について
- (4) 給与等について
- (5) 介護福祉士に関しての処遇について
- (6) 介護報酬改定と介護現場の変化について

(別紙)

調査結果の概要

1. 介護報酬改定後の処遇改善状況

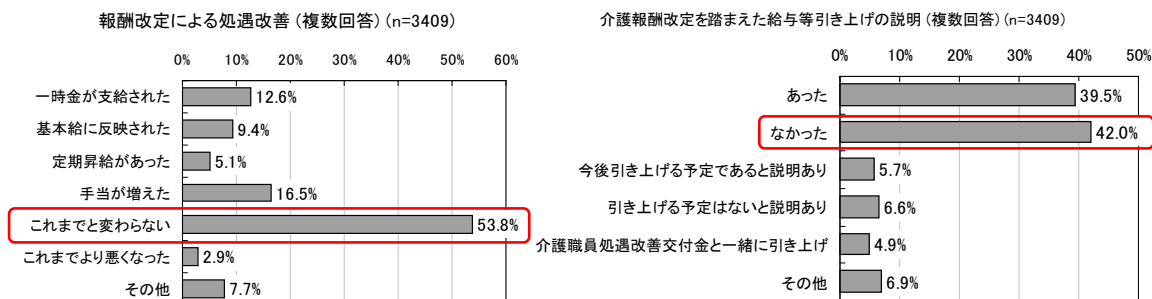
①. 介護報酬改定後の給与等に関する処遇の変化と給与引き上げの説明状況

全体の半数以上 (53.8%) が「これまでと変わらない」と回答している。

介護報酬改定後どのような処遇改善があったかをみると、「手当が増えた」が16.5%、「一時金が支給された」が12.6%、「基本給に反映された」が9.4%、と38.5%が何らかの改善があったと答えているが、厚労省調査（施設が回答）では、何らかの引き上げを実施した施設が68.9%と7割近くを占めている。調査結果に大きな開きがある。

全体の4割以上が説明を受けていないと回答している。

介護報酬改定を踏まえての給与等引き上げの説明を受けたかについてみると、説明が「あった」がわずかに39.5%、「なかった」が42.0%となっている。



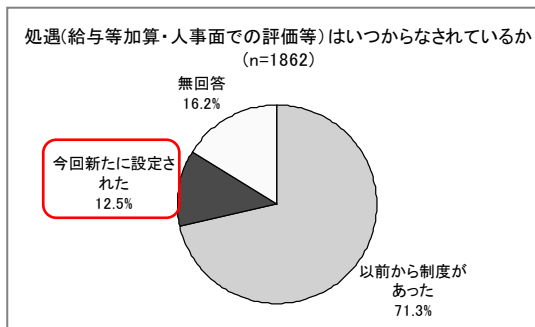
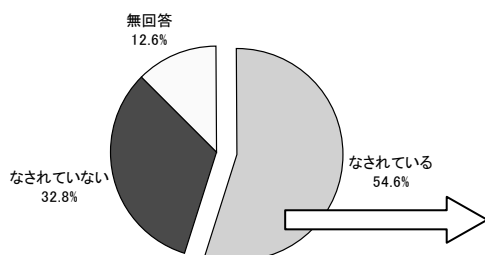
	施設事業所数	①平成21年度介護報酬改定を踏まえず給与等を引き上げた	②介護報酬改定に関わらず給与等を引き上げた	③定期昇給を実施した	④給与等の引き上げを行わなかったが1年以内に引き上げる予定	⑤給与等の引き上げを行っておらず、今後も引き上げる予定なし	⑥その他
総数	91,057	23.8%	20.5%	42.7%	15.3%	13.3%	7.4%
各項目の単独回答割合		13.4%	10.8%	23.9%	12.1%	12.4%	5.0%

給与等の引き上げを行う事業所の割合 (①・②・③、いずれかを含む回答)	68.9%
給与等の引き上げを行う(予定を含む)事業所の割合 (①・②・③・④、いずれかを含む回答)	81.6%

②. 「介護福祉士」に関しての処遇について

職場において、介護福祉士に関して給与手当の加算や人事面での評価等が「なされている」割合は54.6%。さらに、「なされている」と答えた人の処遇が「今回新たに設定された」割合は12.5%であった。（「以前から制度があった」割合は71.3%）

「介護福祉士」の給与手当加算・人事面での評価 (n=3409)



(別紙)

③. 職場環境の処遇について

8割は「給与以外の処遇改善に変化がない」と回答している。

介護報酬改定後の職場の変化についても、「これまでと変わらない」と答えた割合が6割から8割以上を占めている状況であり、厚労省調査においても「今回変更なし」「今後も予定なし」を加えると6割から8割以上となっている。職場における処遇改善においても際立った変化が見られたとは言いがたい状況といえる。

		厚労省調査				日本介護福祉士会調査 n=3,409				
		従来より実施しており、今回さらに充実	従来及び今回実施していないが今後実施予定	従来より実施、今回内容等の変更なし	従来及び今回実施しておらず、今後も予定なし	改善された・あった	これまでと変わらない	減った	無回答	備考
給与状況以外の処遇全般の改善	職員の増員による業務負担の軽減	17.3	15.1	37.4	26.4	21.9%	62.0%	12.0%	4.1%	職員の増員
	夜勤の見直しや有給休暇の取得促進等労働条件の改善	9.8	14.1	49.9	21.5	10.2%	75.2%	4.0%	10.6%	夜勤の見直し
		-	-	-	-	6.8%	82.5%	5.8%	4.9%	有給休暇の取得促進改善
	昇給または昇進・昇格要件の明確化	8.7	24.8	42.6	19.6	8.3%	83.4%	3.3%	5.0%	昇給要件明確化
	非正規職員から正規職員への転換機会の確保	9.6	14.2	47.6	23.9	9.3%	設けられない35.9%	以前からある45.7%	9.1%	正規職員への登用
		従来より実施しており、今回さらに充実	従来及び今回実施していないが今後実施予定	従来より実施、今回内容等の変更なし	従来及び今回実施しておらず、今後も予定なし	充実した・なった	これまでと変わらない	悪くなった	無回答	
教育改善・研修状況	資格取得や能力向上に向けた教育研修機会の充実	18.9	10.7	62.0	5.3	21.5%	73.2%	2.6%	2.8%	
	資格取得や外部の研修参加にかかる費用等の負担(一部を含む)	12.8	8.5	67.0	8.3	12.8%	79.9%	3.5%	3.8%	
		従来より実施しており、今回さらに充実	従来及び今回実施していないが今後実施予定	従来より実施、今回内容等の変更なし	従来及び今回実施しておらず、今後も予定なし	十分整備されている	充実した・整備された	これまでと変わらない	悪くなった	無回答
職場環境の改善状況	定期的なミーティング等による仕事上のコミュニケーションの充実	18.2	4.0	72.4	2.8	9.9%	17.1%	67.5%	3.2%	2.4%
	腰痛対策、メンタルケア等を含めた健康管理の充実	10.2	20.5	54.0	11.4	4.5%	7.9%	82.3%	3.1%	2.3%
	出産・子育て・家族等の介護を行う職員への支援の強化	7.9	13.4	60.5	13.9	9.2%	8.6%	76.9%	2.1%	3.3%
	事故やトラブル対応体制の整備	9.7	7.1	76.7	3.1	8.6%	15.0%	71.5%	1.8%	3.0%

(別紙)

2. 給与の変化について

「厚労省調査と当会調査とは給与改善の実態に乖離がある。」

－当会調査では、報酬改定目標3%アップのほぼ半分である－

基本給の給与額(月給)について、平成20年10月支給分と平成21年10月支給分と比較すると、全体では平成21年10月支給分は182,178円となっており、平成20年10月支給分の平均179,504円と比較すると差額は2,674円、率にして約1.5%しか上昇していない。「介護職員」に限定して平成20年10月と平成21年10月とで月給を比較してみると、平均の差額は2,576円、率にして約1.6%しか上昇していない。

厚生労働省調査では、手当と一時金(月額換算)を合計した額で平成20年10月の給与と21年10月の給与を比較しているが、介護従事者の平均給与額(月給)は、平成20年10月で277,840円、21年10月では287,300円となっており、その差は9,460円、率では約3.4%の上昇となっている。

「介護職員(訪問介護員を含む)」では平均の差額は+10,210円、率では約4.1%の上昇となっている。

		全体(有効回答者数)	平成21年10月				平成20年10月		H21年との差額B(単位:円)	H21年との差(B/A)
			平均年齢(単位:歳)	平均在籍年数(単位:年)	平均実労働時間(単位:時間)	平均基本給【月給】(単位:円)	平均基本給【月給】A(単位:円)			
調 査 日 本 介 護 福 祉 士 会	全体(月給の者)	926	43.4	8.4	169.0	182,178	179,504	2,674	1.49%	
	介護職員(サービス提供責任者を除く)	578	40.8	7.6	166.9	168,069	165,493	2,576	1.56%	
	生活相談員	58	43.6	11.7	174.1	219,703	217,435	2,268	1.04%	
	介護支援専門員	116	48.8	9.4	168.9	205,100	203,489	1,611	0.79%	
	サービス提供責任者	71	49.5	8.9	173.2	180,831	176,717	4,114	2.33%	
	管理職	75	48.7	10.2	177.7	226,669	221,889	4,780	2.15%	
	その他	28	46.2	10.1	168.7	184,978	184,327	651	0.35%	
調 査 厚 労 省	全体(月給の者)	38,022	41.6	6.5	156.4	287,300	277,840	9,460	3.40%	
	介護職員(訪問介護員を含む)	21,055	39.9	5.8	156.5	257,880	247,670	10,210	4.12%	

※ 日本介護福祉士会調査は、問16で平成21年10月の基本給と平成20年10月の基本給の両方の回答者ベース

※ 日本介護福祉士会調査は、会員のみを対象としているため、厚労省調査における「介護職員(訪問介護員を含む)」とは調査対象者が異なる。

※ 日本介護福祉士会調査は「基本給」で給与額を比較しているが、厚労省調査では基本給に手当と一時金(月額換算)を合計した額で比較している。

上記のように、介護福祉士における介護報酬改定後の処遇改善の状況(本調査結果)をみると、平成21年4月以降において若干の処遇改善傾向はみられるものの、当初目標に掲げていた「3%」には及んではない。

日本介護福祉士会の調査は会員のみを対象としているため、回答者が介護福祉士資格取得者に限られているのに対して、厚労省調査は介護従事者全般を対象にしているため、一概に比較することはできないが、厚労省の調査結果と当会が行った調査とは合致しておらず、今回の介護報酬改定が確実に介護従事者の処遇改善に反映されたとはいえない。

2010年9月24日

社会保障審議会介護保険部会

淑徳大学准教授
結城 康博

介護人材・情報公表制度・指導監督について

このことについて本審議会において意見を申しあげたい。

1. 介護人材の確保等について

①介護士の雇用政策

この期間、雇用政策の視点から介護士資格を取得させる施策が展開されているが、再度、潜在介護士を介護現場に引きもどす施策が優先されるべきである（特に、他業界へ転職してしまった人達を対象）。

②処遇改善交付金について

本来、処遇改善交付金は介護報酬に盛り込まれるべきであり、2012年介護報酬の引き上げで対応すべきである。しかし、いたしかたなく交付金を実施する場合は、1.5万円よりも多くの財政措置を講じるべきである。なお、事務手続きを簡素化し介護に関連する職種の人達にも交付できるように改めるべきである（ただし、その配分は職種ごとに違っていいのではないか）。

最終的には介護士の平均給与水準をどの程度まで引き上げるべきかを議論しなければならないと考える。現状では介護士の給与が勤務年数に応じてあまり引き上がらない場合もあり、介護士が数年間働くとケアマネジャー職種に転職する人もおり、ベテラン介護士が定着しづらくなっている。

③介護士等の職場環境

介護現場では人手が足りなく、かなり介護士等のストレスが懸念される。それによって虐待などに発展する可能性もあり、ゆとりのある職場環境を構築すべきである。

ア.人員基準の見直し

介護士らの職場環境を改善するには賃金の引き上げのみではなく、現行よりも手厚い人員基準にしていくことが効果的である。例えば、特養ホーム等の（3：1）基準を見直して人員を手厚くすることが一例ではないだろうか。また、特養等におけるユニット型個室と多床室の人員基準が同じであることは早急に是正すべきである。個室であれば、それだけ手厚いケアが必要となり、人手が多く必要となる（夜間体制も含めて）。

イ.夜間勤務1人体制の改善

グループホーム等の小規模介護施設では、夜間の職員体制が1人となっている（小規模多機能型居宅介護、お泊りデイなども含む）。しかし、現在、コンビニエンス・ストアなどでも夜間は2人体制となっている傾向にあり、これらの夜間人員基準を見直し、例えば、介護士1人+宿直1人といった2人体制に基準を改めるべきである（当然、財政措置も講じるべきである）。

ウ.サービス提供責任者

在宅介護分野におけるサービス提供責任者は、できる限り常勤職員とすべきと考える。

④介護士の専門性

・資格の重要性

現行では介護士はヘルパー2級資格を所有していなくとも、介護現場で従事でき人員基準上の介護報酬に算定できる。しかし、ある程度の経過措置を設けたとしても、専門職としての意義を強化する意味で、例外規定を設けるとしても2級資格を義務付けていくべきである。

なお、介護士への一部の医療行為の解禁は促進すべきであるが、介護保険サービスを限定に例外規定を設けるなどして、ヘルパー2級資格を必要条件としていくべきである。そして、在宅訪問介護における一部の医療行為解禁は施設分野と違い、研修や医療関係者による後方支援などを十分に検討し慎重に進めるべきである。

⑤キャリア・アップ

現在の介護士におけるキャリア・アップは、利用者や一般市民には理解しがたい。なぜならば無資格者、ヘルパー2級資格者、介護福祉士いずれであっても同じ介護業務が可能であるためである。本来、キャリア・アップを考えるならば、上級資格者に応じて許される介護業務等を考えていくべきである（例えば、教育課程を見直し徐々に医療行為の一部を段階的に認めていく）。それによって業務独占的な要素が加わり、キャリア・アップの仕組みが利用者や一般市民にも理解されやすくなる。

また、介護現場は小規模事業所に支えられている側面があり、大手事業所と小規模事業所の共存が望ましいと考える。そのため、小規模事業所におけるキャリア・アップ及び研修の仕組みを別途考えていく必要がある。

2. 情報公表制度の在り方

情報公表制度は、需給間における情報格差を是正する意味で理念としては正しい。しかし、これまでの情報公表制度はあまりにも高齢者側（利用者）に配慮がなく、システム（コンピュータ）に依存しており費用対効果で問題があった。再度、システム化や情報項目など利用者自身の立場になって検証・見直していくべきである。

一部の地域では紙媒体で無料の介護情報誌などが普及しており、情報公表制度よりもはるかに活用されている。このような民間情報会社のノウハウを参考に、利用者にメリットのある情報公表制度の仕組みを再考していくべきである。

3. 介護保険制度における指導監督について

前回の審議会でも述べたが、一部の保険者（市町村）を除いて「現場力」の低下が指摘される（都道府県も含めて）。自治体職員は数年で人事異動もあり、必ずしも介護現場に精通した職員が介護関連部署にいるわけではない。しかも、措置制度時代とは異なり、直接、介護現場の経験がない自治体職員が指導監督の業務に就いている傾向にある。そのため現場経験者を含めた指導監督体制の構築が求められる。それによって悪質な介護事業者を、よりの確に見分けることができる。

また、指導監督等にあたる自治体職員の一部に「上から目線」で対応しがちな者もあり、指導監督にあたっての接遇研修をさらに実施していくべきである。

以上

JAPSW 発第 10-171 号

2010年9月22日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎泰彦様

社団法人日本精神保健福祉士協会
会長 竹中秀彦



介護保険制度の見直しに係る要望書

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より、わが国の高齢者の生活支援に関する諸制度施策の発展充実にご尽力をいただいておりますことに、衷心より敬意を表します。

介護保険部会におきましては、介護保険制度の次期改正に向けた検討スケジュールが示され、各論点に関する熱心な審議の途上にあることと存じます。今般の改正に向けた論点には、幾つもの重要な課題がある中、認知症高齢者をめぐる論点も大きな位置付けにあるとの認識を持っております。

折しも、2009年9月に終了した「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」においても、精神保健医療体系の再構築に関して、認知症疾患患者の増加傾向にある現状認識から、今後の対応については課題として検討が残っておりました。現在、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が所管する「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」において、認知症と精神科医療が検討テーマとなっています。介護保険制度の見直しにおいても、医療と介護の横断的支援を要する体制が課題に挙がっており、今後増加が予測される若年性認知症者の対応など早期受診や早期支援体制の構築、および虐待防止等養護者への支援や虐待への適切な対応などが求められていきます。

精神保健福祉士は、特に精神科医療機関をはじめとする精神医療保健福祉分野において、高齢精神障害者および近年増加している認知症患者、そして、認知症高齢者を抱える家族の支援にも携わってきており、認知症疾患医療センターにも配置されている専門職です。また、保健所をはじめ、市町村や相談支援事業所などの現場においても、高齢精神障害者や若年を含めた認知症の方および高次脳機能障害の方などの相談を担っています。

このたびは、このような立場と視点から、次期介護保険制度の改正に向けて、下記の点につきまして、要望をさせていただきます。ぜひ、実現に向けてのご検討ご高配をお願いいたします。

《要望事項》

地域包括支援センターについては、機能強化の観点から配置職種として精神保健福祉士を加えるとともに、新たに基幹型地域包括支援センターを創設する場合は精神保健福祉士を必置としてください。

《理由》

1. 今後急増する認知症を含む高齢精神障害者等への対応には、精神保健医療福祉との連携支援が不可欠です。

すでに地域包括支援センターにおいては、困難事例への対応として、認知症高齢者や同居家族で医療・福祉的支援が届いていない精神障害者および知的障害者の存在、同居家族のメンタルヘルス課題など、精神保健医療福祉に関連した課題が可視化されつつあります。

高齢のうつ病患者の急増も深刻な問題であり、罹患者総数に占める60歳以上の割合は女性43.4%、男性31.4%という状況にあります（2008年患者調査）。また、介護保険サービスの対象となりうる若年の高次脳機能障害や若年性認知症の問題も見逃せません。

さらに、国の政策課題の一つとなっている精神障害者の地域移行のうち、高齢精神障害者については、介護保険サービスの活用が欠かせないこととなります。

以上のように、今後増え続ける高齢精神障害者等が抱える課題への対応には、精神保健医療福祉との連携が不可欠となり、地域包括支援センターにおける総合相談支援や権利擁護等の機能強化が求められます。

2. マンパワーの充実強化には、精神保健福祉士の活用が有効です。

上記のように、今後地域包括支援センターに求められる精神保健および障害福祉施策との連携による支援や認知症における様々な支援の強化にあたっては、精神保健福祉士の配置が有効に機能すると考えます。

精神保健福祉士は、長く精神保健医療福祉分野のソーシャルワーカーとして、生活支援の立場や視点に専門性を持ち、医療チームの中にあっては他職種と連携しながら、時に判断能力の困難を抱える方の自己決定や権利擁護支援に携わり、実績と研鑽を積み重ねてきました。

これまでに、精神保健福祉士としての支援経験や実績を評価されて地域包括支援センターに配置されている事例もありますが、配置職種としてはあくまでも社会福祉士として従事しているのが現状です。

折しも、1997年に介護保険法が成立した同じ国会において、精神保健福祉士法も成立しております。このため、これまでは精神保健福祉士が介護保険制度に関与しうる専門職として社会的認知が得られておりませんでした。しかしながら資格制定後既に12年が経過し、現在は5万人弱の有資格者が誕生しており、これまでに培ってきた実績と専門性は高齢者施策にも十分に寄与できると考えます。

3. 精神保健福祉士は総合相談・支援事業における障害福祉分野等の一次相談機能に対応する人材です。

障害者の相談支援に関しては、障害者自立支援法による相談支援事業をはじめ、市町村、保健福祉事務所、保健所、各種の障害福祉サービス事業所等において展開されていますが、地域によっては、高齢者の同居家族が有する障害に関する相談等が、地域包括支援センターに寄せられることも多くあります。また、先般公表された「地域包括ケア研究会」報告書でも提言されているように、地域包括支援センターが、地域内の包括的ケアの中核機関として位置づくために、分野や制度横断的な視点で連携を図りながら総合相談支援を展開することが重要になると考えられます。

地域内の中核的な相談窓口には、住民が利用しやすいワンストップ機能を果たすことが求められておりますが、この観点からも専門職の追加配置が必要と考えます。その際には、精神保健医療福祉分野（メンタルヘルス課題対応分野）においてうつ病や認知症、アルコール依存症などの精神障害や知的障害の方々および家族等の支援に専門的に携わってきた精神保健福祉士の配置が必要であると考えます。

4. 基幹型地域包括支援センターの設置と対応の充実強化が求められます。

現在、地域包括支援センターは1,618の全保険者に設置され、ランチ等も含め4,056ヶ所になりますが、7割近くが自治体等からの委託による運営となっています。

今後、設置主体である保険者が方針を明示していくことが求められていますが、センター間の連携調整や、後方支援等、地域の実情に応じた対応を強化するために、基幹型もしくは基幹的機能を果たすセンターの設置が必要となります。その際には、基幹型センター等に総合相談や困難事例への後方支援等、専門的機能を果たすための人材配置が求められ、精神保健福祉士の配置を必須とする必要があります。

以上

【問い合わせ】

社団法人日本精神保健福祉士協会（担当：大塚、木太）

〒160-0015 東京都新宿区大京町2-3-3

四谷オーキッドビル7F

TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993

E-mail : office@japsw.or.jp