

厚生労働省  
老健局長 宮島 俊彦 様

## 介護保険制度改正への提言

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会  
センター部会長 今 裕 司

東京都社会福祉協議会 センター部会は、東京都内の地域包括支援センター、在宅介護支援センターが264箇所、通所介護事業所が399箇所、計663箇所が加入している団体です。

介護保険制度改正に際し、現場事業所が抱える課題を解決すべく、以下の点について提言としてまとめさせていただきました。

### 地域包括支援センターに関する提言

- I 介護予防・日常生活支援総合事業について
- II 地域包括支援センターの機能強化について
- III 大都市東京における地域包括ケアシステムの展開の課題
- IV 地域包括と訪問看護の連携について
- V 介護予防支援業務について
- VI 災害時の地域包括支援センターの役割について

### デイサービスに関する提言

- I 予防給付について
- II サービス提供時間について
- III 送迎サービスについて
- IV 加算について
- V 入浴サービスについて
- VI 通所介護の生活相談員について
- VII 通所サービスにおける事業所規模の判定方法について

《連絡先》 東京都社会福祉協議会 福祉部 高齢担当（吉原/小野寺）  
〒162-8953 東京都新宿区神楽河岸1-1  
Tel 03-3268-7172 /Fax 03-3268-0635

## I 介護予防・日常生活支援総合事業について

### 【現状と課題】

本年6月22日に公布された「介護サービスの基盤強化のための介護保険等の一部を改正する法律では、新たに「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。平成23年9月30日付「介護保険最新情報 Vol.237」によれば、この事業の導入により、①要介護認定において「要支援」と「非該当」を行き来するような高齢者に対する、切れ目のない総合的なサービスの提供、②虚弱・引きこもりなど介護保険利用に結び付かない高齢者に対する円滑なサービスの導入、③自立や社会参加の意識の高い者に対するボランティアによるこの事業への参加や活動の場の提供、④生活支援の必要性が高い要支援者に対する、地域の実情に応じた、生活を支えるための総合的なサービスの提供などが可能になると考えられるとしている。

ケアマネジメントの継続性という観点からは、非該当（元気高齢者、二次予防事業対象者）から介護保険給付対象者（要支援・要介護高齢者）まで、その時々ニーズに合わせて切れ目ないサービス（サポート）が包括的に提供されることが必要である。私ども東京都社会福祉協議会 センター一部会では、平成22年9月30日付で、介護予防支援業務に関して、居宅介護支援事業所の業務と位置づけ、計画作成費について、居宅介護支援費と同等の介護報酬とすることを提言した。

この背景には、地域包括支援センター等（以下、センターという。）の業務実態として、要支援・要介護更新認定における予防と介護の行き来により、計画作成担当者が変わるなど利用者への負担が大きいことがあげられる。そしてこのことは、現状においても大きな課題となっている。

### 【提言内容】

前述の「現状と課題」に記載した要支援と要介護の行き来に伴う利用者への負担が大きいことから、引き続き対応策の検討をお願いしたい。また、標記事業に関しては、現時点で手引き等が出されておらず、事業の詳細について明らかとはなっていないが、すでに公開されている国の資料から懸念される事項について提言する。

- (1) 事業の決定に関して、本人の意思に反した判断が行われることのないよう、客観的な判断基準を明確にするとともに、本人が決定に異議を唱えた場合や本人の意向に変化が生じた場合の対応方法等に関しての規程を設けること。
- (2) 現行の予防給付と介護予防サービスでは、サービスの種類・質・量等に著しい開きがある。事業対象者と決定されたことにより、本人にとって必要なサービスが十分提供されないといった事態が発生しないよう、予防サービスに関して、地域の特性及び本人のニーズに十分対応できるメニューを整えること。
- (3) 介護保険部会や介護給付費分科会では、軽度者や生活援助を介護保険給付から除外するという議論が出ていたが、今回の事業はそこへ向かう布石ともとれる。本事業の真の目的と標記議論の関連性について明らかにすること。

## Ⅱ 地域包括支援センターの機能強化について

### 【現状と課題】

東京都が実施した「地域包括支援センターに関する実態調査」では、職員が各業務に使っている時間は「介護予防支援業務」が36.5%と最も多く、業務の課題は「地域のインフォーマルサービスを活用したネットワーク構築」が68.8%と最も多かった。また、センター長や管理者を専任で配置しているのは約2割であり、ネットワーク構築に取り組める環境が充分には整っていない。

また、都市部においては委託型のセンターが多く、具体的な業務は明確な運営方針等が示されぬまま、区市町村より一方的にセンターに委託され、かつ、その評価は相談件数等数量的なものが中心で、現場職員にとっては、負担感が強く、業務へのモチベーションが低下している。

今回の改正では、地域包括支援センターの機能強化として、①地域包括支援センターの設置者は、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等の関係者との連携につとめなければならない、②区市町村は、委託型地域包括支援センター等に対して、包括的支援事業の実施に当たっての運営方針を明示する、という2つの規定が新設された。この点に関しては、一定の評価が出来ると考える。地域包括支援センターの機能強化を具体的に実施していくため、下記を提案する。

### 【提言内容】

#### (1) センター長の配置について

地域包括ケアシステムの中核機関として、行政、介護サービス事業者、医療機関、民生委員等の関係者と円滑に連絡調整し、ネットワークを構築していくには、組織を代表するセンター長の配置が必要である。3職種以外にセンター長を配置すること。

#### (2) 介護予防支援業務について

介護予防支援業務を居宅介護支援事業所の業務として位置づけ、計画作成費については、居宅介護支援費と同等の介護報酬とすること。このことにより、地域包括支援センターの本来業務である総合相談支援等の充実を図り、ネットワーク構築やワンストップ相談機能の強化に取り組み、地域包括ケア体制の確立を図るとともに、ケアマネジメントの継続性が担保できる。

#### (3) 運営方針の明示について

運営方針明示に関して、具体的な実施が区市町村からの一方的なものであれば現状の丸投げと何ら変わることがない。実施にあたっては、区市町村がセンターの意見を十分汲み取った上で、業務内容、業務実施体制等に関して具体化することが必要である。具体的な検討に当たって、センターとの十分な協議はもちろん、地域包括支援センター運営協議会の意見聴取等を行うこと。

#### (4) 地域包括支援センターの事業評価について

地域包括支援センターの事業評価について、単に数量的な評価だけではなく、業務実態が的確に評価出来るよう評価手法について検討すること。

#### (5) 基幹型地域包括支援センターの設置について

委託型地域包括支援センターに対しての指導助言や、関係機関との連携をスムーズに行うために、区市町村内に最低でも一箇所は基幹型地域包括支援センターを設置すること。

## Ⅲ 大都市東京における地域包括ケアシステムの展開の課題

### 【現状と課題】

東京都では急激な高齢者人口の増加が見込まれる中、親族との関係や地域とのつながりが希薄であるなどの問題が顕著であり、特にURや都営住宅においては立て替えによる高層化や住み替えが進み、地域コミュニティの脆弱化を招いている。セキュリティの維持を優先することで近隣との関係構築が難しく、孤立する高齢者が増えている。また、低所得者層の高齢者が増加している。大型量販店の進出の影響を受け、地域に密着した商店街などが衰退し、高齢者の買い物難民が発生しているなど解決すべき課題は数え上げればきりが無い。

地域包括ケアシステムでは日常圏域サービス基盤については30分以内に駆け付けられる範囲とされているが、東京都は区部、市部、島嶼部（23区・26市・5町・8村）に分かれており、それぞれの地域特性の隔たりが大きい特徴がある。すでに既存のサービス体系のなかで在宅サービスが充実している地域もあれば、施設サービスを中心とせざるを得ない地域もある。在宅サービスの充実が困難な自治体もある。今後区市町村の取り組みによってはさらに地域格差が大きくなることが懸念される。

### 【提言内容】

#### (1) 地域ケアシステムの検証の必要性について

地域包括ケアシステムを構築するためには、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される必要がある。国は地方分権を進める上で都道府県や区市町村の自主性に任せるだけでなく、区市町村の取り組みを検証し評価する仕組みを構築すること。

#### (2) 介護と医療の連携について

地域包括ケアシステムは関係機関が縦割りの状態では機能しない。特に医療機関とのネットワーク構築については区市町村や地域包括支援センターの努力だけで構築できるとは考えにくい。介護と医療を連動させるためには、医師を含む医療従事者全体に地域包括ケアシステムの内容が周知される必要がある。そのため、制度を設計した国は医療機関への周知活動に積極的に関与すること。

#### (3) 人材確保について

介護や医療現場では現状も慢性的な人材不足が続いている。24時間定期巡回型訪問サービスのような新規事業については、さらに人材の確保が難しい地域も出て来ることが予想される。国は地域格差が広がることを区市町村の責任と言い切るのではなく、どの地域においても分け隔てなく必要な人材が確保されるよう、介護報酬（地域区分も含め）を充分検討した上で適切に設定すること。

## IV 地域包括と訪問看護との連携について

### 【現状と課題】

ターミナル期の患者が退院し、医療保険で訪問看護を利用し療養する場合、介護保険に位置づけられているサービス担当者会議の招集にかかわらず、介護保険サービスとのチーム形成が難しいことがある。また、訪問看護を利用している 65 歳未満の高齢者は、医療ニーズが満たされ病状が安定していると、福祉ニーズが十分に取扱われない実態がある。

地域包括支援センターは、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務として、医療ニーズの高い高齢者の重度化を防止することが求められている。訪問看護が把握している医療依存度の高い地域の高齢者の実態を把握し、医療的側面だけではカバーできない福祉ニーズを捉え、包括的に高齢者を支えることが必要である。

また、65 歳未満の特定疾病の高齢者及び障害者自立支援法から介護保険への移行期にある 64 歳から 65 歳の高齢者に対して、切れ目のない継続的な支援を行うためには、医療保険による訪問看護のみの利用者を把握しておくことも必要である。

### 【提言内容】

地域包括支援センターは包括的・継続的なケア体制を構築するために、医療連携の一環として、訪問看護事業所との連携を強化することにより福祉ニーズを満たし、安定した在宅療養環境をサポートする体制を整備することが必要である。（なお、訪問看護事業所との連携強化は、震災等有事に在宅療養の実態を把握し、在宅酸素、人工呼吸器等の利用者に迅速な対応を行うためにも不可欠である。）

そのためには、介護保険のケアプランに介護保険・医療保険を問わず訪問看護ステーションとの連携を位置付け、ケアプランに組み入れることで加算される仕組みが必要である。また、地域包括支援センターにおいては、介護予防プランと同様に、医療保険のみの利用者に対してのプランニングを業務として位置付け、「病院・訪問看護ステーション等との医療連携を構築する」ことを運営規程として明示すること。その上で、モニタリングを通して医療連携の評価を継続的に実施していくことが重要である。

医療依存度の高い利用者の実態を把握するためには、医療機関に対し、退院時の情報提供書を、訪問看護ステーションだけでなく、地域包括支援センターへの提供を推進することが有効な方法である。

なお、上記の医療連携に係る業務遂行のためには、専従の専門職の人員を配置すること。

## V 介護予防支援業務について

### 【現状と課題】

介護予防通所介護や介護予防通所リハビリテーションにおいて、事業所によって利用時間（約2～8時間）、入浴の可否など様々な形態になってきている。介護給付では時間による報酬単位や加算で算定に差があるものの、介護予防では一律に月単位の報酬で算定されている（例1）。そして、月単位のため入院のためにほとんどサービス利用がない場合であっても1か月分の報酬が算定することとなっている。

また、要支援1は週1回、要支援2は週2回という標準利用回数の考えから報酬単位が定められていることで要支援2は要支援1の2倍近い報酬単位が定められている。しかし、実態として要支援2であっても週1回を望む利用者もいる。そのため、認定更新時に要支援1から要支援2となり週1回のままの参加を望むのに、利用負担額がかなり高くなり不満を持つ介護者もみられる。なかには、要支援1に戻したために区分変更をかけるケースもある。

さらには、週2回希望している利用者であっても、認定結果が遅れひとまず週1回でサービスを利用し、その後、要支援2と認定されたときには利用できなかったにもかかわらず遡って標準利用回数が週2回である要支援2の利用負担を余儀なくされている現状もある（例2）。

（例1）ともに要支援2で時間数等が異なる通所介護利用の場合（基本報酬単価のみ）

Aさん・・・週1回×2時間利用（入浴無）＝月4, 353単位

Bさん・・・週2回×6時間利用（入浴有）＝月4, 353単位

（例2）介護度が異なり利用回数と同じ通所介護利用の場合（基本報酬単価のみ）

Aさん（要支援2）・・・週1回×6時間利用＝月4, 353単位

Bさん（要支援1）・・・週1回×6時間利用＝月2, 226単位

### 【提言内容】

介護予防通所介護および介護予防通所リハビリテーションの報酬単位を介護度別ではなく、介護予防訪問介護同様の週1回など回数別の月単位報酬に設定すること。また、事業所によって提供時間数にばらつきが出てきていることから、半日単位、1日単位と提供状況に合わせて2分類程度の月単位数を設定する必要がある。さらに、サービス提供月に入院期間が16日以上あった利用者は、医療保険とは併用不可という原則からも福祉用具同様に月単位数の1/2にすること。

ただし、現状の標準利用回数は活かし、要支援1は週1回（あるいは週1日分）、要支援2は週2回（あるいは週2日分）を限度利用回数として業務の簡素化を図ること。

※ デイサービスセンターに関する提言「I」を参照

## VI 災害時の地域包括支援センターの役割について

### 【現状と課題】

本年3月11日の東日本大震災を受け、都内においても地域包括支援センターが、震災後の利用者等の安否確認や避難者のニーズ把握を行ってきた。

しかしながら、先般実施された東京都と東京都社会福祉協議会の合同調査の結果を見ると、区市町村単位での一体的な取り組みが行われていない現状がある。

### 【提言内容】

避難者のニーズ把握及び避難の長期化による地域からの孤立防止等に関して、区市町村と地域包括支援センターが一体的かつ組織的に取り組む必要がある。合わせて、災害等により直接被災した場合の利用者の安否確認等に関して、その実施方法を具体的に定める必要がある。

そのためには、区市町村が主体的に取り組むことはもちろんであるが、東京緊急対策2011に基づいて東京都が実施した「避難者の孤立化防止事業」のように、都道府県においてモデルとなるマニュアルを作成するなど、区市町村に対する技術的な支援を行うこと。

※ 参考資料 東日本大震災に伴う地域包括支援センター等の状況把握調査結果

## I 予防給付について

### 【現状と課題】

介護予防通所介護においては、「利用回数」ごとの算定方法ではなく「月単位」の算定方法が用いられている。これについて、平成18年4月改定関係Q&A VOL1 問11の中で、「標準利用回数」の考え方が示されており、要支援1は週1回程度、要支援2は週2回程度とされている。あくまでも教育班マニュアル等による参酌基準としての「標準利用回数」という考え方にもかかわらず、現実的には機械的にこの考えを当てはめている傾向がみられ、一部事業所ではそれを超える利用に関して自費払いを前提とするなどの実態が散見されている。

また、予防給付、介護給付と行き来する利用者に対するケアマネジメントの連続性が担保されず、利用者の担当ケアマネジャーが著しく変更するケース（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の行き来）もあり、一部利用者に不利益が生じている。

### 【提言内容】

(1) 予防給付、介護給付と行き来する利用者に対して、ケアマネジャーが変更することにより不利益が生じないように、予防給付になっても従前の居宅介護支援事業所が継続して支援できるような適正な報酬設定を設ける等の措置を講ずること。

(2) 介護予防における自己負担金発生に対して、一部利用者の不利益にならないように、適切な利用回数（要支援1は週1回、要支援2は週2回等）、利用時間（半日程度、1日程度等）を「標準」ではなく明確な「基準」として設定すること。

また、その「基準」によって定められた予防支援計画に基づく指定予防通所サービスについては、介護予防報酬の包括的支払いの考え方を踏まえ、自費払いを前提とするような事態が生じないように適切に指導されたい。

※例えば、介護予防訪問介護のように、要支援1・2に係わらず月ごとの利用回数に応じた単位設定（週1回利用は〇〇単位、週2回利用は〇〇単位、週2回を超えたら〇〇単位）の考え方を取り入れれば、『要支援1で週1回利用の方が要支援2になった場合、これまで通りの利用（週1回利用）でも利用料が倍近くになること』や『要支援2で週2回利用されていた方が要支援1になったとたん、週1回しか利用できなくなる』、また『週〇回以上は自費です』といった事態や不公平感が解消できる。

(3) 要支援者個々の生活課題は多様であり、それに伴う「予防の目的」も同様であるため、それに対応する支援の在り方にも多様性が求められる。よって、「メニューありき」ではない多様な予防メニューの在り方を指向する必要がある。

各々の事業所が、利用者の意欲や生活向上に向けたサービス提供のためにも、個々の生活課題の多面性も踏まえた上でのアセスメントと計画における個別性を重視し、「画一的」ではないもっと在宅生活に密着した、その人の生活の質の向上につながるようなメニューが設定出来るよう適切に指導されたい。

※ 地域包括支援センターに関する提言「V」を参照

## Ⅱ サービス提供時間について

### 【現状と課題】

社会保障審議会介護保険部会（第 29 回）の資料には通所介護の課題として「利用者や家族のニーズに応じた柔軟な通所介護サービスが必ずしも提供できていない可能性がある」とある。これまで事業者側の都合とも思われるような、画一的なサービス提供によるデイサービスの使い勝手の悪さが指摘されてきた。

今後、延長・宿泊・短時間利用サービスの実施によりその解消を目指すのであるならば、デイサービスのサービス提供時間は、利用者の選択に資するという介護保険法の骨子に基づき、利用者や家族の状況を鑑み、個々のニーズに合わせて柔軟に設定されるべきである。

更なるサービスの多様化・利用者ニーズの多様化に伴い、利用者本位のサービス提供が求められる中で、事業所に利用者が全員揃ってから同時にスタートし、同時に終了した時間のみがサービス提供時間とされることは、実態にはそぐわない。

### 【提言内容】

(1) 「お泊りデイサービス」や時間延長・短時間利用の実施によって、今まで以上に多様な利用形態、利用時間によるサービス実施が考えられる。延長宿泊サービス等の実施の有無にかかわらず、事業所の営業時間の中で、利用者個々のニーズに合わせた利用時間をサービス提供時間とすること。職員配置基準を満たしている状況で、利用者個々の「通所介護事業所に到着してから出発するまで」の時間をサービス提供時間と位置付けること。

(2) 長時間・短時間の利用が進むことによって、サービス単位を新たに設けることなく、日中のサービス提供時間に連続して算定できるようにすること。

### Ⅲ 送迎サービスについて

#### 【現状と課題】

デイサービスの送迎は現状、「ドア・ツー・ドア」が基本となっている。しかし、その形態は様々で、エレベーターのない多層団地などでは、職員が上階の戸口まで付き添ったり、都心の高層マンションなどでは幾重ものロックやセキュリティを介して戸口まで送迎をしたりとその対応は多様性を極め、多くの時間を要している現状がある。

そのうえ、「ドア・ツー・ドア」の定義が明確になっていないためか独居の方や家族の支援が得られにくい利用者に対して居宅内にまで入りトイレ介助や服の着替え、ベッドからの移乗や移動、電気・ガス・施錠チェックまで送迎に行ったデイサービス職員が対応している（対応せざるを得なくなっている）実態も見られる。

このような状況によって待ち時間が長くなり、同乗している他の利用者の安全確保についても課題となっている。

#### 【提言内容】

(1) 上記のように利用者個々の住居や状況により様々な対応が求められることで現場に混乱が生じることを防ぎ、利用者全員を安全確実に送迎するため、デイサービス職員が送迎業務で行う「ドア・ツー・ドアの支援」の範囲やその支援内容についての定義を明確に示してほしい。

(2) デイサービスが行う送迎業務は、センターから利用者宅の戸口までの送迎に伴う支援で、居宅内での個別支援は、本来ホームヘルパーの業務であると考える。

デイサービス外出準備のための居宅内での個別支援については、デイサービス職員とホームヘルパーの業務の役割分担と万が一事故が起こった場合の責任の所在を明確にし、居宅内支援は基本的には訪問介護ヘルパーが行うことを認めること。

## IV 加算について

### 【現状と課題】

- (1) 「サービス提供体制強化加算Ⅰ」は、設定基準について現行では「介護福祉士の常勤換算数÷全介護職員の常勤換算数(%)」となっている。職員を人員基準よりも手厚く配置している事業所にとって、サービス提供体制を強化しているにも関わらず、必ずしも正当に評価されているとは言えない。

例：30名定員の一般型デイサービスで介護職員中、介護福祉士が2名の場合

A. 配置基準通りの場合：2名（介護福祉士）／4名（配置基準通り）＝50%

B. 配置が2名多い場合：2名（介護福祉士）／6名（プラス2名）＝33%

介護福祉士数 / 常勤換算数 = 介護福祉士割合

※ BはAに比べ手厚い職員体制にも関わらず、介護福祉士の割合が40%に満たないことから、サービス提供体制加算の対象外となっている。

- (2) 通所リハビリテーション事業では、通所リハビリテーション訪問指導等加算があり、居宅を訪問し、通所リハビリ計画の作成及び見直しを行った場合、550単位/月の加算となるが、通所介護事業においても同様のケースが多いにも関わらず、加算がない状況である。

### 【提言内容】

- (1) 設定基準について、「全介護職員の常勤換算総数」に対する割合ではなく、「人員配置基準」に対する割合とすること。分母を「人員配置基準に対する割合」とすることで基準が明確になるとともに、職員を手厚く配置している事業所に対して、正当に評価することができると思う。
- (2) 通所リハビリテーション訪問指導等加算のように、通所介護事業所における個別機能訓練計画の変更が、当該利用者の在宅訪問によって行われた場合による加算を新設すること。

## V 入浴サービスについて

### 【現状と課題】

通所サービスでは、入浴サービスを高齢者の一般的な日常生活として捉え、提供している事業所も多く、利用者が安全且つ快適に入浴が行えることで利用している実態がある。

実際には、利用者一人を、入浴していただくために着脱を行う職員や、入浴室までの誘導員、入浴介助員、その他にも入浴後のアフターケア（ドライヤー等）の人員など相当数の職員の手を必要とされる。また、機械浴等の入浴であれば介助員等の手は倍以上かかることも少なくない。

しかし、現状の入浴サービスは、2006年の介護保険制度改正時より歩行浴・機械浴の単価を一本化したのみではなく、入浴単位が低いために、提供する事業所の減少や入浴制限などが起こり、利用者の日常生活を欠く現状がある。また、本人の体調不良などにより、入浴が出来なくなった場合は清拭等で対応するが、清拭の場合も入浴と同等の人数や物品を使用しているが加算を得ることが出来ない現状がある。

その他にも予防通所サービス利用者が、入浴サービスを希望することも多く、サービス提供した場合は要介護利用者と同等のサービスを実施しているにも関わらず加算が無い状況にあるため、検討を願いたい。

### 【提言内容】

- (1) 入浴サービスの実施にあたっては、入浴を担当する配置人数を鑑み、また入浴する形態（歩行浴・機械浴）を踏まえ適正な報酬設定を行うこと。
- (2) 入浴サービスを実施する際、本人の体調不良等で入浴が困難になった場合において全身清拭を実施した際は、入浴サービスと同等に扱い、加算の算定をすること。
- (3) 予防通所利用者については、自宅での入浴が様々な理由から困難と判断され、その利用者のQOL等を鑑み、通所事業所においてサービスを提供した場合は、加算の算定をすること。

## VI 通所介護の生活相談員について

### 【現状と課題】

通所介護の生活相談員の人員に関する基準には、サービス提供時間を通して1名以上専従していなければならないとある。

しかし、生活相談員の職務としてサービス担当者会議への出席や契約事務の家庭訪問等で施設を離れなければならないことが多く、外出に制限がかかることで生活相談員としての対応に苦慮する現状となっている。

さらには、「サービス提供時間を通して」の配置になっているにも関わらず、運営基準の中でその役割は明確になっていない。

### 【提言内容】

(1) 通所介護の生活相談員は、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（H11 厚令 46）に定める生活相談員に順ずるものとされ、その第6条では「特別養護老人ホームの職員は、専ら当該特別養護老人ホームの職務に従事する者でなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。」となっており、現実的には担当者会議、地域との連携、面接等で施設を離れることが認められている。

通所介護においても、生活相談員の当日の出勤は必要であるが、施設を離れる場合に連絡がとれる体制で他職種での人員配置基準が満たされ、利用者の安全が確保されているのであれば、当日の動きの中で相談員の職務として必要な会議や面接への出席は、特別養護老人ホームの相談員に順ずる取扱いとすること。

(2) 生活相談員の役割を利用者・家族の相談相手として位置づける等、明確にすること。

## Ⅶ 通所サービスにおける事業所規模の判定方法について

### 【現状と課題】

(1) 前年度（4～2月）の延べ利用者数に基づいた現行の判定方法では、利用定員・開所日数が全く同じ条件で指定を受けた事業所でも適応される規模が異なる可能性があるが、その場合には、延べ利用者数が少ないほうが翌年度の報酬単価が高くなる仕組みとなっている。

一般的に、利用者や地域のニーズに応え良質なサービスを提供している事業所の方が、利用者等からの支持を獲得し利用実績も高くなると考えられるが、現行の判定方法はこのような競争原理と矛盾すると考える。同じ指定要件・運営基準のもとに運営される事業所は、同じ報酬単価（運営条件）であることが、競争原理でありイコールフットイングであると考ええる。

(2) 現行の判定方法では、年末年始などの休日を除きほぼ365日開所に近い場合には、延べ利用者数の計算方法に配慮があるものの、土曜日や祝祭日の開所の有無については考慮されておらず、開所日数の多寡に対する評価が不十分であると考ええる。

週休2日制が一般的となり、学校等も土曜日の休みが定着している現在、子育て中の女性職員や非正規職員が多い介護現場では、土・日・祝日のお休み希望が非常に多い状況にある。事業所および職員の立場からすると、土・日・祝祭日にサービスを提供する場合の方が、職員の勤務条件は厳しくなり、サービス提供体制を整えることも大変であるにも関わらず、報酬単価上はマイナスに作用することとなるのは不合理と言わざるを得ない。

### 【提言内容】

(1) 前年度の延べ利用者数に基づく現行の判定方法を、届出上の定員と開所日数に基づいた判定方法に改めること。

※ 複数単位を運営している場合には、（例えば、月～金曜40名・土曜20名など）曜日毎の定員が異なる場合もあることを考慮すると、週・月平均や年度通算の延べ定員数といった方法が考えられる（利用当日の定員区分で算定する方法も考えられるが、同じ利用者でも利用日ごとに区分が変わるなど、複雑で分かりにくくなるため現実的ではない）。

(2) 土・日・祝祭日等も開所するなど開所日数の多い事業所への評価を見直すために、以下の仕組みを設ける。

① 規模の算定にあたっては、標準的な開所日数を（学校や役所等に準じて土・日・祝日および年末年始を休業とする）年間250日程度とし、土曜・祝日開所等を評価する為に延べ定員数に6/7、土・日・祝日開所を評価する為に5/7を乗じて定員区分を設定すること。

② 例えば（年末年始等特別の場合を除き）週6日（土・祝）開所の場合に2%、週7日開所の場合に5%といった基本報酬の上乗せを行うか、日数の多い事業所に一定の加算を設定すること。