

## 論 説

介護保険制度における定期・  
随時型訪問サービスの意義と課題

——「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」をめぐる論点を中心に——

西 島 文 香

## 【目次】

はじめに

第1章. 介護保険制度の変遷と地域包括ケア

1. 介護保険制度の18年
2. 「地域包括ケアシステム」の出自と構想過程

第2章. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の出自と構想過程

1. 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
2. 社会保障審議会・介護給付費分科会における議論

第3章. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要と論点

1. サービスの概要と給付状況
2. 提供体制とサービスモデル
3. 介護報酬の特徴

第4章. 地方中核市における現状と課題

1. A社の事業展開とサービス提供体制
2. D事業所のサービス給付の実態
3. 2018年改定の検討と提供体制・介護報酬のあり方

おわりに

はじめに

2000年4月に施行された介護保険法は、3年を1期とする介護保険事業計画を策定することを定めており、2018年度より第7期事業に移行したところである。

2012年の改定において、地域包括ケアシステムの構築が最重要課題の1つに位置づけられ、新しいサービスも創設された。本稿では、地域包括ケア構想の出自と策定過程を検討し、その中核となることが期待される「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」に着目する。特に、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の構想過程からその意義と論点を検討し、サービスの提供体制と報酬体系などの現状をふまえ、24時間対応型の訪問サービスのあり方や課題を考察することを目的とする。

## 第1章 介護保険制度の変遷と地域包括ケア

### 1. 介護保険制度の18年

人口構造の高齢化と平均余命の伸長にともなう介護需要の増大に対応し、家族等による私的介護を社会化する目的で創設された介護保険制度は、①制度の運営財政は社会保険方式によるにもかかわらず、②40～65歳未満の被保険者のほとんどが、被保険者でありながら保険給付を受けられず<sup>1</sup>、実態は保険の機能を使った「世代間扶養」である、③要「介護」状態だけでなく、要「介護予防」状態までを保険リスクとする、などの特徴があり、「保険」機能の劣化<sup>2</sup>としてその問題点がかねてより指摘されてきた。

とはいえ施行後18年を過ぎ、被保険者数はもちろん、認定者数・受給者数ともに増加し、保険料も増加した一方、保険給付も多様化してきた（図表1-1）。以下では、第1～6期までの事業期間別に、本稿の関心に即して施策と給付状況の推移を見ていく。

#### (1) 第1期（2000～2002年度）

2000年4月から介護保険制度が施行され、約6500万人が被保険者として加入

---

<sup>1</sup> 介護保険制度は、40歳以上65歳以上の第2被保険者については、その給付要件を老化に起因する疾病により要介護・要支援状態にあると認定された場合に限定されている。第2号被保険者は2014年度の月平均で0.33%（厚生労働省「第2号被保険者にかかる介護保険料について」「平成26年度介護保険事業教場報告（年報）」より算出）に過ぎない。

<sup>2</sup> 里見 [2007] 参照。

図表1-1 介護保険の被保険者、認定者、受給者の状況

事業運営期間	第1期			第2期			第3期		
年度	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
保険料(円, 全国平均) <sup>1</sup>	2,911			3,293			4,090		
被保険者数(万人) <sup>2</sup>									
第1号被保険者	2,242	2,317	2,393	2,450	2,511	2,588	2,673	2,751	2,832
うち75歳以上の割合	41.2	42.1	42.7	43.9	44.8	45.4	45.8	46.5	46.9
第2号被保険者	4,308	4,282	4,264	4,262	4,272	4,276	4,239	4,233	4,240
認定者数(万人) <sup>3</sup>	256	298	345	384	409	432	440	453	467
第1号被保険者	247	288	332	370	394	418	425	438	452
第2号被保険者	9	11	12	13	14	15	15	15	15
認定率(%) <sup>4</sup>									
第1号被保険者	11.0	12.4	13.9	15.1	15.7	16.2	15.9	15.9	16.0
第2号被保険者	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
受給者数(万人)									
居宅サービス <sup>5</sup>	124	152	184	214	240	258	257	263	273
地域密着型サービス <sup>6</sup>							16	19	22
施設サービス <sup>7</sup>	60	66	70	73	76	79	81	82	83

事業運営期間	第4期			第5期			第6期	
年度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
保険料(円, 全国平均) <sup>1</sup>	4,160			4,972			5,514	
被保険者数(万人) <sup>2</sup>								
第1号被保険者	2,892	2,911	2,978	3,094	3,202	3,302	3,382	3,441
うち75歳以上の割合	47.6	49.1	49.4	49.1	48.4	48.0	48.4	49.3
第2号被保険者	4,233	4,263	4,299	4,275	4,247	4,220	4,240	
認定者数(万人) <sup>3</sup>	485	506	531	561	584	606	620	632
第1号被保険者	470	491	515	546	569	592	607	619
第2号被保険者	15	15	16	15	15	14	14	13
認定率(%) <sup>4</sup>								
第1号被保険者	16.3	16.9	17.3	17.6	17.8	17.9	17.9	18
第2号被保険者	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	
受給者数(万人)								
居宅サービス <sup>5</sup>	286	302	319	338	358	374	389	391
地域密着型サービス <sup>6</sup>	24	26	30	33	35	39	41	77
施設サービス <sup>7</sup>	83	84	86	87	89	90	91	92

1) 厚生労働省老健局総務課「公的介護保険の現状と今後の役割(平成27年度)」参照。

2) 第1号被保険者数及び75歳以上割合は厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」の各年版を参照。

第2号被保険者数は厚生労働省「第2号被保険者にかかる介護保険料について」より。

3) 被保険者のうち、要介護認定を受け、要介護あるいは要支援と認定された人の数。厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」の各年版を参照。

4) 被保険者に占める要介護・要支援認定者の割合

5) 6) 7) 延べ受給者数の1ヶ月あたり平均人数。厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」の各年版を参照。

なお、2016年度の一部データと2017年度のデータは2018年8月末時点で未公表であり、記載していない。

し、第1号被保険者の要介護・要支援の認定率をもっとも増加した時期である。2001年度の認定率は前年度比12.7%増、2002年度は12.1%増であり、それ以降、前年度比10%以上増加した時期はない。

一方、第2号被保険者は毎年度20万人程度減少し続けるなかで、要介護・要支援の認定者は数万人ずつ増加しており、第2号被保険者の認定とサービス利用も積極的に進んだ時期であり、この点についても以降の各時期と大きく異なる。

介護サービスの受給者数をサービス種別にみると、特に居宅サービスの伸びは前年度比20%以上であり、最も顕著に増加した時期であった。施設サービスについても前年度比6～10%増加し、この時期が最も伸び率が高かった。

#### (2) 第2期(2003～2005年度)

第2期は第1号被保険者の認定増加率が急激に低下したことが最も大きな特徴である。第1号被保険者数は第1期同様、毎年度60～70万人ずつ増加する中で、認定者数は10～20万人程度の増加にとどまり、認定率は前年度比で2003年度は8.6%増、2004年度は4.0%増、2005年度には3.2%増にまで低下し、認定率の伸びが大幅に抑えられた。

第2号被保険者数は微増減がある時期に、認定者は毎年度約1万人ずつ増えており、2005年度に認定率は0.3%から0.4%に微増した。

介護サービスの受給数の伸び率については、居宅サービスが前年度比7～16%増、施設サービスが4%増であり、第2期も比較的高い水準で増加した。

#### (3) 第3期(2006～2008年度)

2005年に介護保険法が改正され、一部を除き2006年度から施行された。この改正では、制度の持続可能性を最大の目的の一つとし、給付体系を大きく見直した。第1に、要支援1と要支援2を新たに設け、こうした軽度者を対象にした「新予防給付」を創設し、「予防重視型」システムに移行したことである。第2に、独居や認知症の高齢者の在宅支援を強化するために、「地域密着型」という新たなサービス体系を創設し、「小規模多機能型居宅介護」や「夜間対応型訪問介護」などの新たなサービスが導入された。第3に、施設における居

住費や食費などが保険給付から外され、特に施設入所者の負担が増大し、被保険者の保険料も第3期において大幅に増加した。

この時期は、第1号被保険者数はそれまでと同水準で増加しているにもかかわらず、要介護・要支援認定率はほとんど変わらず、認定数が抑えられたことがわかる。第2号被保険者の認定数の微増傾向も見られなくなった。

また、2006年度から新たに導入された地域密着型サービスの利用者が第3期を通じて16万人から22万人へと増加していく一方、居宅サービス利用者数の増加率の抑制傾向が顕著となった。また、施設サービスについても利用者数の増加が大幅に抑制される傾向が一増明確になった。今後のサービス体系を再考するうえで、地域密着型サービスと従来からのサービスの補完・代替関係について、その機能や実態を明らかにすることが重要となっている。

#### (4) 第4期（2009～2011年度）

第4期への移行にともなった2008年改正では、大きな社会問題となったコメソンの訪問介護の実態を契機に介護事業者の不正を防止し、事業運営の適正化を図ることを目的した改正が行われた。具体的には、①介護事業者に法令順守責任者を選任するとともに、法令順守マニュアルを作成<sup>3</sup>、法令順守に関する監査を実施する<sup>4</sup>などの業務管理体制を整備することを義務づけ、②不正の疑いがある場合、国、都道府県、市町村が事業者本部に立ち入り検査を行い、是正勧告や措置命令を行うことができる、などの内容である。

また、第3期から明確に打ち出された予防重視と給付抑制への動きの一方で、2009年4月から要介護認定の方法が見直された。この効果や影響について本稿では特に立ち入らないが、第4期、とりわけ2009年度に第1号被保険者の要介護認定率が大幅に上昇したことは他と比べ際立っており、顕著な特徴である。各サービスの利用者数についてもその増加率が第3期を上回る水準で推移しているが、特に居宅サービスの利用者数の増加率が前年度比5%以上となっている。

<sup>3</sup> 事業所数が20以上100未満の中規模事業者が対象。

<sup>4</sup> 事業所数が100以上の大規模事業者が対象。

#### (5) 第5期(2012～2014年度)

2012年は1947～49年生まれのいわゆる団塊の世代が65歳となる初めての年であり、第5期は本格的な超高齢社会に入ること、介護保険給付のさらなる増大が見込まれる時期である。この改正において、地域包括ケアの中核になる新たなサービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」や「複合型サービス」が導入され、地域密着型サービスとして位置づけられた。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」は、特に中重度の要介護高齢者の在宅生活を可能とするために、訪問介護と訪問看護を一体的に行うもので、日中、夜間、深夜帯から早朝までを通じて、定期的にあるいは随時に行われる訪問サービスである。

一方、医療ニーズの高い在宅要介護者への支援を充実させるために、「複合型サービス」<sup>5</sup>が創設された。これは、地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護と、居宅サービスの訪問看護サービスを組み合わせ提供することで、これらのサービスの組み合わせを調整し、それぞれ連携してサービス提供できるよう複合型事業所が創設された。

#### (6) 第6期(2015～2017年度)

2014年の改正において重要な点は予防給付の「保険外し」である。介護保険制度は制定当初から、介護予防という観点から要支援認定者にも居宅サービスなど一定の保険給付を行ってきた。今回の改定は、これらの予防給付を市区町村が独自に実施する「地域支援事業」に移行し、介護事業者だけではなく、地域のNPO法人やボランティア団体、民間企業などもサービス提供を行うことで、「地域で支えあう体制」を目指すものである。

従来の予防給付では、要支援の程度に応じて支給限度額が決定され、その上限内で訪問介護や通所介護などのサービスが利用できた。しかし地域支援事業に移行後は、市区町村が地域の実情に応じてサービスの内容を変更し、基準を緩和し、提供主体を多様にすることも可能となる。具体的に、住民が個人情報

<sup>5</sup> 「複合型サービス」はその後の介護保険法改正に伴い、2018年度から新たに「看護小規模多機能型居宅介護」として規定された。

の保護に留意しながら、生活援助サービスをボランティアとして行う例などがサービスモデルとして示されている<sup>6</sup>。

さらに2015年度以降、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所条件が要介護3以上となり、在宅生活が困難になった中重度要介護者の介護施設としてその機能が重点化されることとなった。

これらの改正は2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」における19の法律の一括改正の一環として行われ、地域において医療・介護・福祉を一体的に提供する地域包括ケアシステムの具体化を進めるものといえる。

## 2. 「地域包括ケアシステム」の出自と構想過程

地域包括ケアは当初は介護保険制度改革の一環として打ち出されたものの、そのシステム構築はいまや「国策」といわれるほど重要性が増している。まず、地域包括ケアシステムという用語について、その行政上の初出は2003年の高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」とされている<sup>7</sup>。当時は、高齢者に関連する様々なサービスにおいて、介護サービスを中核とする考えが示されたにとどまっていた。

その後2008年に、厚生労働省老人保健健康増進等事業として設置された地域包括ケア研究会（座長・田中滋）（以下、「ケア研究会」と略記する）が2009年5月に「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」（以下、「論点整理」と略記する）を取りまとめた。そのなかで、地域包括ケアシステムの理念・定義が示され、以降の地域包括ケアシステム構築推進施策のすべてで踏襲されている。

すなわち地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」であり、日常生活圏

<sup>6</sup> 社会保障審議会介護給付費分科会 [2011e], <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001swyc.html>

<sup>7</sup> 二木立 [2015], pp. 4-5

域については「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想とし、「具体的には中学校区を基本とする」としている<sup>8</sup>。

「論点整理」ではさらに、①サービスが24時間365日を通じて提供される、②自助や互助と地域包括ケアの協調を図る、③地域の住民の個性を地域性にあったシステムを構築するなど、その制度構築の中核となる論点を提示している。特に、地域包括ケアを提供する「前提」として、「自助や互助は、(中略)人生と生活の質を豊かにするもの」としたうえで、「自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要」を明言した。共助であるところの介護保険制度に先立って自助や互助の役割が重要とする見解は、「介護の社会化」を標榜する介護保険制度の発展に明らかに逆行するものであるが、こうした認識は1990年代以降の政府公表の公的文書や主要審議会の報告書などにもみられ、老人保健健康増進等事業の一環である有識者研究会においても踏襲されたといえる。

翌2010年3月、ケア研究会は「地域包括ケア研究会報告書」(以下、「報告書」と略記する)を公表した。ここでは、従来の介護、医療、生活支援、権利擁護や住宅などの提供システムが分断され、有機的な連携が見られないという問題点をあげ、「地域において包括的、継続的につないでいく仕組み」として地域包括ケアシステムが必要である、と説明している<sup>9</sup>。

さらに具体的なサービスのあり方として、滞在型中心から24時間巡回型の訪問介護へ転換する必要性を指摘し、サービスの統合・再編を示唆した。これは後に法定化される定期巡回・随時対応型訪問介護看護へとつながる構想であり、以降は社会保障審議会介護給付費分科会においてこうした議論が引き継がれ、第5期以降の事業で中核となるサービスとして具体化されていくこととなる。

2011年の介護保険法改正において、介護保険法に地域包括ケアシステムの理念的規定が盛り込まれ、これにより法的根拠が与えられた。改正法では地域包括ケアシステムについて「高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、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シ

<sup>8</sup> 地域包括ケアシステム研究会 [2009], p. 6

<sup>9</sup> 地域包括ケア研究会 [2010], p. 17

システム」と定義されている。すなわち、ケア研究会の報告にもとづき中学校区を念頭においた日常生活圏において、入院から退院、さらに在宅医療と地域におけるケアを一体的に継続的に支えるしくみであり、特に、家族や地域が担ってきた見守りや困りごとへの対応策としての生活支援やサービスつき高齢者住宅などの住まいの提供などが重要とされた。今後75歳以上高齢者が急増し、2025年には単身あるいは夫婦のみ高齢者世帯が7割を占めると予測されるなか<sup>10</sup>、いかに「在宅限界点を引き上げる」かに政策課題が焦点化されてゆく。

## 第2章. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の出自と構想過程

2012年に法定化された地域包括ケアの中核として新しく導入されたサービスが「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」と「複合型サービス」である。以下では、特に定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスに焦点化し、その創設経緯とサービスの概要について述べていく。

### 1. 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

ケア研究会が2010年3月に公表した「報告書」を受けて、地域包括ケアの具体的なシステムや個別のサービスのあり方などについての検討が始まった。ケア研究会における議論では、新サービスについて「1日当たりの訪問回数が少ないとともに、緊急時の訪問があまり行われていないため、定期的な身体介護の必要性から24時間短時間巡回型（夜間対応も含む）訪問を求める高齢者や、随時対応型訪問を求める高齢者のニーズに十分に対応できていない」とし、こうしたニーズに対応するとともに、「効率的なサービス提供を行うためには、滞在型中心の訪問介護から24時間短時間巡回型（夜間対応も含む）の訪問介護への転換を図る必要性がある」と提起した<sup>11</sup>。これにより、既存の居宅サービスでは中重度者の在宅生活を支えられないという現状認識のもと、深夜帯も含めた24時間で短時間の訪問介護を随時提供する必要性が初めて示された。これ

<sup>10</sup> 東京大学高齢社会総合研究機構 [2014], p. 14

<sup>11</sup> 地域包括ケア研究会 [2010], p. 20

は後に法定化される定期巡回・随時対応型訪問介護看護の原型となる構想であるが、ここでは滞在型中心から24時間巡回型の訪問介護へ転換する必要性が示されただけであり、介護と看護の一体的提供という構想ではなかった。

また、新たなサービスの介護報酬については「24時間巡回や複合型事業の導入に際して、包括報酬を採用することにより、区分支給限度基準額を超えるケースについて一定程度対応できるのではないか」と述べ、訪問サービスの頻回利用者の負担増への対応策として、包括定額払い方式が妥当であるとの考えが示された。

ケア研究会の「報告書」を受け、新サービスは堀田力を座長とする「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」<sup>12</sup>(以下、「あり方検討会」と略記する)の中で検討されていくこととなった。後に法定化される定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは報告書のタイトルにあるように、当初は「24時間地域巡回型訪問サービス」という名称であった。

あり方検討会は2010年10月に示した「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告中間取りまとめ」(以下、「中間まとめ」と略記する)において、居宅サービスの夜間・深夜・早朝帯の対応が十分でないこと、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などをあげ、緊急時の対応や在宅生活の継続に課題があると指摘した。特に、単身世帯や高齢者世帯にとって既存の居宅サービスでは在宅生活を継続することが難しいとし、24時間地域巡回型訪問サービスの構築に向けて、サービスの対象者や運営・実施体制、介護報酬のあり方などが議論されていくこととなった。

「中間まとめ」では、①継続的アセスメントを前提としたサービス、②24時間の対応、③短時間ケアの提供、④随時の対応、⑤介護サービスと看護サービスの一体的提供という5つの特徴が打ち出された。これらの特徴がもつ既存のサービスとの差異としては、①身体介護の提供を中心に1日複数回の訪問によるサービス提供、②夜間みのサービス提供(夜間対応型訪問介護サービス)ではなく、24時間にわたる在宅生活を支える体制、③現行の訪問介護サービス

<sup>12</sup> 厚生労働省の調査研究事業(「厚生労働省老人保健健康増進等事業」)の一環として設置されたものである。

の20分ルールで対応できない短時間ケアを提供することで、在宅の限界点を引き上げることができる、④随時対応としては、介護・看護職員の訪問だけでなく、通話（会話）や救急等関係機関への通報などの対応もとる、⑤事業所に介護職員と看護職員の双方を配置し、事業所内で介護・看護の協働体制を確立する、という点があげられる。

その後、2011年2月に最終的にまとめられた「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告書」（以下、「最終報告書」と略記する）において「最終的な目標」が明らかになった。ここで目標とされたのは、「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。こうした目標のもと、地域包括ケアの仕組みを支える基底的・中心的なサービスであると位置づけたうえで、「まったく新しいサービス類型」として、短時間の定期訪問に随時対応を組み合わせて、介護と看護を連携させて複数回提供するとされた。

さらに、「中間まとめ」の論点を踏まえつつ、より踏み込んだ「基本コンセプト」が示された。すなわち、①定期訪問の前提に継続的アセスメントを行う、②短時間ケアについては、サービス提供時間や時間帯を柔軟に変更する、③随時対応については、利用者のコール（ニーズ）にもとづき必要な対応を行う、④24時間対応については、深夜帯も含めカバーする、⑤在宅生活を継続するために、介護サービスと一体的に看護サービスを提供する、というものである。

あり方検討会の「最終報告書」は、2011年度の改正法案作成にむけた社会保障審議会介護給付費分科会において最終的な審議に付されることとなる。

## 2. 社会保障審議会・介護給付費分科会における議論

2011年5月に開催された第74回社会保障審議会介護給付費分科会において、あり方検討会で示された「まったく新しいサービス」に関する検討がはじまった。まず、新たなサービスの名称について、厚生労働省老健局振興課長が「法的には正確に内容をあらわしている」として、介護保険法案では「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を正式名称とすること、しかし、「正式名称で呼ぶとかなり大げさな形に」なるので、資料上は「定期巡回・随時対応サービス」

という形で整理することが説明された<sup>13</sup>。しかし、この審議会はあり方検討会の「最終報告書」を受けたものであるので、そこで用いられた「24時間地域巡回型訪問サービス」という呼称が主に用いられ、非常に煩雑であった。

新たなサービスのあり方を考えるうえで、①サービスの対象者像、②サービスの提供体制のあり方、③介護報酬などの政策誘導や財政措置のあり方が重要な論点であると考えられる。したがって以下ではこれらについて、審議会における議論をみていく。

### (1) サービスの対象者像

新たなサービスの対象者像の想定に際して、あり方検討会においても繰り返し確認されたのは、「在宅生活の限界点を上げる」というサービスのねらいである。新たなサービスは要介護3以上の要介護者の在宅生活の限界点を引き上げることを目的としているが、1日に複数回の定期訪問のニーズがある場合や、随時対応による安心感の提供が在宅生活に効果があることから、要介護1、2を含む要介護者全般を対象とすることが謳われた。

しかし、医療ニーズのある要介護者については、従来の居宅サービスに訪問看護サービスなどを組み入れることでも対応可能である。また、医療・看護ニーズの高い要介護者は介護療養施設などの施設サービスも利用できる。新しいサービスの想定においては、利用者像だけではなく、サービスの内容や基準、利用の要件、さらに介護報酬の算定方式やその水準などについて、既存のサービスとの整合性が大きな問題となってくる。

審議会においても対象者の線引きが論点となった。この点に関し、厚生労働省担当者により基本理念は「要介護3以上の在宅生活の限界点を引き上げる」ことにあるが、「カバレッジとしては要介護者全体」という説明がなされた<sup>14</sup>。しかし、医療・看護ニーズの低い要介護者も対象に24時間の随時対応をするためには、現在の訪問看護や夜間対応型訪問介護と同等もしくはそれ以上の人員

<sup>13</sup> 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会 [2011b], <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehk2.html> (2018. 8. 15閲覧)

<sup>14</sup> 同上

配置が必要であり、加えてオンコール体制やオペレーターなどの資格基準が十分確保される必要がある。さらに、そうした高密度な提供体制の確保を可能とする介護報酬が包括定額払いで可能か、また要介護1、2の軽度要介護者の支給限度内で必要なサービスが適切に提供されるか、非常に重要な課題がある。

以下では、事業所がカバーする地域や利用者の規模、人員配置基準や介護報酬など、提供体制に関する論点を検討する。

## (2) サービスの提供体制のあり方

介護給付費分科会の議論では総人口10万人、65歳以上高齢者23,100人、要介護高齢者3,768人という地域をモデルに、実施体制のシミュレーションが示された<sup>15</sup>。この前提には、高齢化率23.1%、要介護認定率は16.3%という圏域が置かれ、明らかに都市部を想定したモデルとなっている。さらに、この圏域内における訪問介護の利用者総数は649人、うち225人が1ヶ月に20日以上訪問介護を利用する「頻回利用者」として想定された。

また、これらの訪問介護サービスを5つの訪問介護事業者でカバーし、事業所についても、複数のサテライト事業所をもつ法人、特別養護老人ホームや老人保健施設など24時間体制の既存施設に兼務させる法人、単独型でオペレーターを常設する法人など、さまざまな提供体制の可能性が示された。

さらに1事業所あたりの利用者を45人と想定したうえで、各事業所における人員配置として、介護職員が22.8人(常勤換算)、看護職員が1.71人(常勤換算)、面接相談員が1.0人(常勤換算)、オペレーターが常時1人という基準が示された。この基準では利用者45人に対し介護・看護職員数は24.51人となり、2対1を超える配置基準は特別養護老人ホームのユニット型個室と同等のものである。審議会の議論においても、こうした高い人員配置に見合った報酬が保証されるのか、また事業経営が成り立つのか、危惧する意見が出された<sup>16</sup>。

<sup>15</sup> 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会 [2011a], p.6。このシミュレーションはあり方検討会の「最終報告書」で提示された。

<sup>16</sup> 社会保障審議会介護給付費分科会 [2011b], <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200001ehk2.html> (2018. 8. 15閲覧)

新たなサービスは従来の訪問看護ステーションと訪問介護事業所を一体化するものととらえられるが、特に看護職員については、少なくとも現在の訪問看護ステーションの人員基準2.5人（常勤換算）と同等かそれ以上の基準とする必要があるとの指摘があった。同年9月の第80回介護給付費分科会においても、中重度の要介護者が重度化し、訪問看護が介護保険から医療保険に切り替わるケースを想定し、医療保険における人員基準2.5人（常勤換算）もクリアする必要があると指摘された<sup>17</sup>。

さらに、オペレーターについては、看護師、准看護師、介護福祉士、保健師、社会福祉士、介護支援専門員など夜間対応型訪問介護におけるオペレーター資格要件に加え、新サービスでは介護職員基礎研修修了者や訪問介護員の課程修了者など、資格要件をより拡大することが提案された<sup>18</sup>。

しかし、オペレーターは日常の状態把握、相談対応に加え、場合によってはトリアージや看護サービスの指示変更などの判断が求められる。審議会でも、従来のオペレーター資格要件をヘルパーにまで拡大することへの危惧や、研修「修了」者ではなく、実際にサービス提供責任者としての「実務」経験を有することが必要などの意見が多く出された<sup>19</sup>。

### (3) 介護報酬のあり方

新たなサービスの介護報酬については、当初のあり方検討会における議論から包括定額払い方式が検討された。報酬体系のあり方について、中重度の要介護者の在宅生活を支えるためには、心身の状態や生活状況の変化に柔軟に対応し、サービスの量やタイミングを変化させることが重要という視点を示した。そのため、特別養護老人ホームや老人保健施設などと同様の「定額包括払い方式の介護報酬を基本とすべき」と明確にし、「包括定額払い方式とすることにより、利用者にとっては、負担の極端な変動が発生せず安心して本サービスを

---

<sup>17</sup> 社会保障審議会介護給付費分科会 [2011e], <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001swyc.html> (2018. 8. 15. 閲覧)

<sup>18</sup> 同上

<sup>19</sup> 同上

利用でき、事業者にとっては安定的な経営が可能になる」という点が強調された<sup>20</sup>。

定額包括払いの介護報酬が適用されているのは、「介護保険3施設」(特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護保険適用の療養型医療施設)などの入所施設の他、小規模多機能型居宅介護など身体介護や生活支援、療養やりハビリ、看護などがパッケージ化されたサービスである。

当初から定額包括払い方式については、事業所がサービス提供を控える事態を招くのではないかと危惧されてきた。新たなサービスでは要介護度1、2という軽度の要介護者も利用することが想定されているが、定期訪問の回数や滞在時間などが控えられる可能性は高い。特に、夜間対応型訪問介護や緊急時訪問看護などの類似の既存サービスの報酬体系・水準やサービスの人員配置基準をふまえ、訪問回数や滞在時間などの「最低」基準を示すことも必要である。

また、定額包括払い方式によって1日複数回の定期巡回型の訪問介護を行う場合、滞在時間は20～40分程度とならざるを得ないと考えられる。従来からの滞在型訪問介護において行われた入浴介助、買い物や調理、食事介助など、ニーズの高い生活支援サービスを組み込むことは難しくなる。この点について利用者像や提供実績をふまえて検討することが重要な課題となる。

### 第3章. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要と論点

#### 1. サービスの概要と給付状況

##### (1) サービスの概要

2012年度に改正介護保険法が施行され、新たに導入されたサービスは「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」(以下、「定期・随時型訪問サービス」と略称する)という名称となった。介護保険に定期・随時型訪問サービスを設置するねらいは、あり方検討会の議論にもあったように、中重度の要介護高齢者の在宅生活を24時間体制で支えるために、日中や夜間、深夜・早朝を通じて訪問介

<sup>20</sup> 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会 [2011], p. 12

護と訪問看護を一体的に提供することである。この点に関しては、介護保険には従来から夜間対応型訪問介護や訪問看護の緊急時対応などが行われてきた。

一方、定期・随時型訪問サービスでは、1日複数回の定期訪問に加え、緊急時の介護・看護ニーズにも随時対応できる点が重要なポイントである。特に、医学的管理や看護が必要な高齢者にとっては在宅生活の大きな支えとなり、独居高齢者にとっては安心感にもつながる。こうしたことから、国は「地域包括ケア」を推進するための中核と位置づけ、既存の短時間巡回型訪問介護や夜間対応型訪問看護と差別化しながら、報酬体系や単価設定を通じて政策誘導を図っている。

新たなサービスの重要な点は3つ指摘できる。まず第1に、地域密着型サービスに組み込まれ、在宅(中重度)要介護者の地域包括ケアを支える重要なサービスとして位置づけられる点である。第2に、サービスの対象者を「要介護者のみ」とし、当初の「中重度の要介護者」から拡大したことである。また、訪問介護と同様に介護予防給付が規定されず、要支援者は給付対象外とされた。

第3に、看護を必要としない要介護者も定期・随時型訪問サービスを利用できることにした点である。すなわち、身体介護サービスを中心に、生活援助サービス(買い物や調理、掃除、洗濯など)も含め、1日複数回の定期巡回の訪問介護サービスを提供し、緊急時の随時対応と看護職員による定期的なアセスメント訪問をパッケージ化し、看護の必要の有無に関わらず、すべての利用者がこれを利用できる。医師の指示による看護サービスを必要とする要介護者は、これらに上乘せして看護職員による療養上の世話や診療の補助を受けることが可能であり、介護報酬は看護の必要の有無で差別化し、それぞれで包括化された。

## (2) 給付状況

定期・随時型訪問サービスの給付について、2011年の社会保障審議会介護給付費分科会で「サービスの目標値」が議論されており<sup>21</sup>、この点をまず確認する。「税と社会保障の一体改革」との関連で医療・介護の長期推計が示され、当該

<sup>21</sup> 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会 [2011e], <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001swyc.html> (2018. 8. 15. 閲覧)

サービスについては、「2025年の段階においては利用者が15万人」であり、1事業所が約50人をカバーするとすれば全国で3000事業所、1保険者当たり1～2か所で事業を行うイメージである、と説明された。

では、サービス開始以降の定期・随時型訪問サービスの給付状況とその推移を見ていく（図表3-1-1）。サービスの提供が始まった2012年度当初、年間の累計受給者数は1万1,300人、実受給者数は2,800人であり、サービスを提供する指定事業者数も開始時の2013年5月審査分では17事業所に過ぎなかった。

図表3-1-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの給付状況

	年間累計 受給者数	対前年度比	年間実受 給者数	対前年度比	受給者1人 当たり費用	対前年度比	事業所数	対前年度比
2012年度	11.3	—	2.8	—	—	—	17	—
2013年度	55.6	492.0	9.6	342.9	140.9	—	207	1217.6
2014年度	106.0	190.6	15.3	159.4	145.2	103.1	385	186.0
2015年度	148.3	139.9	20.5	134.0	147.5	101.6	517	134.3
2016年度	187.0	126.1	25.8	125.9	161.9	109.8	657	127.1
2017年度	233.7	125	31.2	120.9	159.8	98.7	764	116.3
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千円)	(%)	(箇所)	(%)

注1：受給者1人当たり費用は各年度の4月審査分の数値である。

注2：事業所数は各年度の5月審査分の数値である。

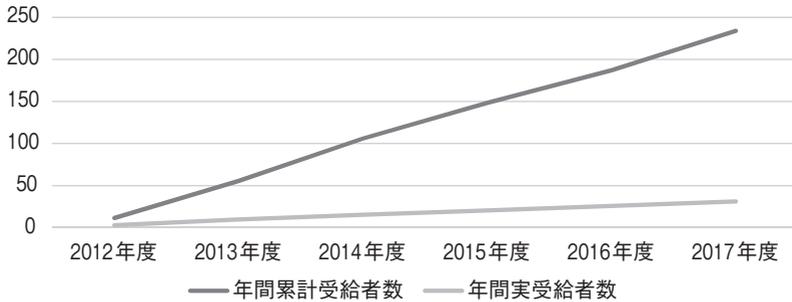
出所：実数は厚生労働省「介護給付費実態調査」各年度版より。対前年比は筆者作成。

その後2012年度から2013年度は、累計受給者数は4.9倍、実受給者数も3.4倍に急増し、事業者数は12倍に激増した。その後もサービス受給者数と事業所数も大幅な増加を続け、2016年度の年間累計受給者数は18.7万人、実受給者は2.6万人、事業所数は657にまで大きく増加した（図表3-1-2）。

一方、1事業所当たりの利用者数<sup>22</sup>の推移をみると、2012年で11.1人、2013年で15.7人、2014年で19.5人、2015年で21.0人であり、事業所単位で見るとほぼ横ばいである。また、受給者1人当たりの費用額は着実に増加しているものの、2017年度の数値は前年度から微減となっている。そもそも各市区町村において、訪問介護や小規模多機能型居宅介護など訪問介護系サービスの利用者のうち、定期・随時型訪問サービスを利用している割合は、2016年12月で1.4%

<sup>22</sup> 厚生労働省「介護給付費実態調査」の各年度版より。なお数値は10月審査分のもの。

図表3-1-2 実受給者数と累計受給者数の推移



出所：厚生労働省「介護給付費実態調査」各年度版より筆者作成

にすぎない<sup>23</sup>。

介護給付費分科会に設置された介護報酬改定検証・研究会が、訪問看護を行う事業所等<sup>24</sup>を対象に行った調査<sup>25</sup>のなかで、中重度の要介護者に支援体制の実態が明らかになった。これによると、「緊急時訪問看護加算の届け出をしていない理由」として、「人材不足により24時間対応の体制確保が難しい」とした事業所は、訪問看護ステーションで74.1%、病院では80.4%であった。一方、「24時間対応が必要な利用者がいない」としたのは、訪問看護ステーションでは17.0%、病院では9.3%に過ぎなかった。

このように、サービスのニーズがあるにも関わらず、普及がなかなか進まない背景には、24時間対応に必要な人材、特にオペレーターの確保が困難であること、さらには、短時間複数回の定期訪問を行う人材に加え、緊急時の随時対応に必要なオペレーターや緊急時に訪問する看護・介護職員の確保が難しいという現状がある。

以下では、2012年度に導入された定期・随時型訪問サービスの提供体制と報酬体系を検討する。

<sup>23</sup> 厚生労働省「介護保険事業状況報告（平成28年12月分）」より。なお数値は、2016年12月審査分のもの。

<sup>24</sup> 訪問看護ステーション、訪問看護実施病院・診療所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、訪問看護未実施の病院・診療所を母集団とし、無作為抽出により約5400事業所を対象に行ったアンケート調査。

<sup>25</sup> 介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会 [2018b], pp. 5-9

## 2. 提供体制とサービスモデル

定期・随時型訪問サービスは改正介護保険法の第8条で以下のように規定された。まず第一項において、「居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、その者の居宅において、(中略)入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話(中略)、療養上の世話又は必要な診療の補助を行うこと。ただし、療養上の世話又は必要な診療の補助にあつては、主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合している認められた居宅要介護者についてのものに限る」としている。

さらに第二項において、「居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、訪問看護を行う事業所と連携しつつ、その者の居宅において(中略)入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話」を行うとしている。

### (1) 人員・設置基準

上述した改正法の条文に対応して、定期・随時型訪問サービスの実施体制は主に2つに類型化される。1つは単独の事業所で訪問介護と訪問看護を一体的に提供する「介護・看護一体型」、もう1つは訪問介護事業所が地域の訪問看護事業所と連携してサービスを提供する「介護・看護連携型」であり、いずれにおいても介護と看護が一体的に提供することが重要となる。

特に「一体型」においては、訪問看護と訪問介護のスタッフが日常的にケア内容について情報交換し、利用者のニーズやケア方針などを共有することができるため、効果的で適切なサービス提供が期待できる。医療ニーズの高い要介護者への24時間対応を可能にするための看護職員の確保が必要となるが、「一体型」の人員基準として、①常勤換算で25人以上の看護職員の配置することが求められ、②常時オンコール体制を確保すること、具体的には常時オペレーターを配置することが義務づけられた。①については、訪問看護を実施する訪問看護ステーションにおける必要数と同数である。また、看護職員の資格は保健師、看護師、准看護師、PT、OT、STなどとされている。

一方介護職員については、「交通事情、訪問頻度等を勘案し、日中、夜間・

早朝、深夜帯等に適切に定期巡回サービスを実施するために必要な数を確保する」<sup>26</sup>とのみ規定されている。また、随時対応サービスに関しては、「常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員が1以上確保されるための必要数」<sup>27</sup>された。24時間で常時1以上の職員を配置するためには、常勤換算で4.2人以上ということになり<sup>28</sup>、随時対応の体制を維持するだけでも看護職員の確保は大きな課題となる。

さらに、随時対応を行うために必須であるオペレーターについては、審議会でも活発に議論された点である。最終的に任用要件は、「一体型」「連携型」ともに、看護師、准看護師、介護福祉士、保健師、社会福祉士、介護支援専門員などの資格を保有する者とし、原則、現行の夜間対応型訪問介護と同様の資格要件となった。一方、これらの職員が配置されていない時間帯については、訪問介護のサービス提供責任者としての3年以上の実務経験を有する者をオペレーターとして配置することも認められた。これらは審議会でも最大の論点の1つであったが、多くの意見が参考にされた結果であろう<sup>29</sup>。

最後に、オペレーターの兼務についても一定認められることとなった。「特に、夜間等における人材の有効活用を図る」ために、特別養護老人ホームや老人保健施設に従事する夜勤職員がオペレーション業務を兼任することが可能となった<sup>30</sup>。

## (2) サービスモデルの検討

2012年度の導入に向けて、社会保障審議会介護給付費分科会は要介護度3と要介護度5の利用者を想定し、それぞれのサービスモデルを提示した<sup>31</sup>。要介護度3のケースでは毎日、①起床、朝食の配下膳、排泄などのモーニングケア、

---

<sup>26</sup> 社会保障審議会介護給付費分科会 [2011d], p. 13

<sup>27</sup> 同上

<sup>28</sup> 同上 [2011e], <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001swyc.html> (2018. 8. 15. 閲覧)

<sup>29</sup> 同上 [2012a], pp. 8-9

<sup>30</sup> 同上

<sup>31</sup> 同上 [2011d], pp. 4-5

②夕食の配下膳，排泄のケア，③排泄，就寝などのナイトケアを定期訪問として1日3回行い，昼間帯は週2回のデイサービスの利用と週5回の昼食配下膳と排泄ケアが定期訪問として入っている。

随時対応については，週4回の緊急コールがあり，そのうち実際に利用者宅に訪問するのは1回のみという想定を示した。対応例として，「昼食後に利用者からコールがあるが特に身体介護の必要なし。数分会話して落ち着いた様子なので訪問は行わず。午後に見守りも兼ね水分補給のため訪問（この時，随時対応を行う。著者注）再度コールがあるが夕方の定期訪問を早めに行くことを伝え対応」<sup>32</sup>と，具体的に示している。

一方，要介護度5のサービスモデルを見ると，要介護3のケースと異なり，モーニングケアとナイトケアに含まれていた配下膳は行われず，別に朝・昼・夜の3回に食事・排泄介助が入り，さらに午後に水分補給が定期訪問として組み込まれている。随時対応については，週4回のオンコールに対し，2日は体調変化に対応した排泄介助を実施し，他の2日については電話対応を行うモデルが示された。

より重要な点は，定期・随時型訪問サービスにおいては，「細かな生活援助（洗濯物の片付け，身の回りの整理など）は，各身体介護と一体的に提供されている」<sup>33</sup>と注釈されている点である。このように，定期・随時型訪問サービスは買い物や調理などニーズが高く，かつ所要時間の長い生活支援サービスと，訪問入浴など利用者のQOLに深く関わり，かつ所要時間の長い身体介護が提供されないケースをモデルとしている。

新サービスは，独居でかつ中重度の要介護者の在宅生活の限界点を引き上げることが目的に構想されたものである。要介護3～5の独居高齢者が買い物，調理，洗濯，掃除などを日常的に行うことは困難であり，すでに家族同居や家族介護，あるいは外部の生活支援サービスを利用することを前提に組まれたサービスモデルとなっている。

---

<sup>32</sup> 同上

<sup>33</sup> 同上

### 3. 介護報酬の特徴

新たなサービスの実施において最も重要な点の1つは、介護報酬の体系と水準である。定期・随時型訪問サービスの報酬体系の最も重要な特徴は要介護度別の1ヶ月単位の定額包括払いであり、介護報酬は訪問看護を利用する場合と利用しない場合に区分し、それぞれで包括化される点にある。

2005年改正で創設された地域密着型サービスのうち、小規模多機能型居宅介護などに同様の定額包括払いが導入された。同様に夜間対応型訪問介護も地域密着型サービスとして新しく創設されたが、これは定期・随時型訪問サービスとニーズや利用者層が重なるものである。したがってまず、夜間対応型訪問介護の報酬体系について以下で検討する。

#### (1) 夜間対応型訪問介護の報酬体系

「夜間対応型訪問介護」は夜間における「定期巡回」と「通報による随時対応」を合わせたものであり、夜間における訪問介護の提供のみを想定したサービスである。サービス内容は「居宅の要介護者に対し、夜間において、定期的な巡回訪問や通報により利用者の居宅を訪問し、排せつの介護、日常生活上の緊急時の対応を行う」<sup>34</sup>とされており、夜間帯(18:00～22:00)に、①定期巡回の訪問介護、②随時の訪問介護、③利用者の通報に応じるオペレーションサービスを組み合わせて提供する。

夜間対応型訪問介護の報酬体系は、包括払いと出来高払いの2本立てである(図表3-2)。サービス提供に際して、オペレーションセンターの設置は任意となっており、これにより報酬体系が異なる。オペレーションセンターが設置されている場合の基本サービス費は、オペレーションサービスの利用に対して定額払いの報酬、定期巡回サービスと随時対応サービスについてはそれぞれ、出来高払いの報酬が設定されている<sup>35</sup>。一方、オペレーションセンターが未設置の場合は、基本サービス費が月額当たりの定額制の包括払いとなっている点で大きく異なる。

<sup>34</sup> 厚生統計協会 [2007], p. 123

<sup>35</sup> 社会保障審議会 [2017b], p. 32

図表3-2 夜間対応型訪問介護の介護報酬

		夜間対応型訪問介護(I) ※オペレーションセンター 設置型	夜間対応型訪問介護(II) ※オペレーションセンター 未設置型
基本サービス費	基本報酬	1,009単位 / 月	2,742単位 / 月
	定期巡回サービス	378単位 / 回	
	随時訪問サービス(I)	576単位 / 回	
	随時訪問サービス(II)	775単位 / 回	
事業所の体制に 対する加算	24時間通報対応加算	610単位 / 月	610単位 / 月
	サービス提供体制強化加算(I)イ, (II)イ <sup>*1</sup>	18単位 / 回	126単位 / 月
	サービス提供体制強化加算(I)ロ, (II)ロ <sup>*2</sup>	12単位 / 回	84単位 / 月

\*1：サービス提供体制強化加算(I)イ(II)イは、職員研修、定期的会議の実施等に加え、介護職の配置割合の高い事業所に算定される。

\*2：サービス提供体制強化加算(I)ロ(II)ロは、職員研修、定期的会議の実施等に加え、介護職の配置割合が中程度の事業所に算定される。

出所：厚生労働省「平成30年度介護報酬改定の主な事項について」、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000196991.pdf> (2018. 8. 22, 閲覧)  
同上「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について」、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000196994.pdf> (2018. 8. 22, 閲覧) より筆者作成

その他、基本サービス費に加えて、日中のオペレーションサービスの実施や介護福祉士等の配置割合、研修の実施など、事業所のサービス提供体制に対して、一定の加算が設けられている。

## (2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の報酬体系

次に定期・随時型訪問サービスについて見ていく。第1の特徴は包括払い方式の報酬体系という点であり、サービスの提供回数や時間数ではなく、要介護度別の報酬区分となっている(図表3-3)。その水準については、要介護度ごとに設定される「区分支給限度基準額」の範囲内で、通所介護や短期入所など他の居宅サービスも利用できる程度となっており、これらのサービスの利用に応じて給付調整を行うという点に第2の特徴がある。また、他の居宅サービスと同様に、緊急時の訪問看護(「緊急時訪問看護加算」)やターミナルケアを実施した場合の加算(「ターミナルケア加算」)も算定される。さらに、2015年度

図表3-3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護報酬

		一 体 型		連 携 型	
基本報酬	要介護度	訪問看護なし	訪問看護あり	訪問看護なし	
		要介護1	5,666単位	8,267単位	5,666単位
		要介護2	10,114単位	12,915単位	10,114単位
		要介護3	16,793単位	19,714単位	16,793単位
		要介護4	21,242単位	24,302単位	21,242単位
		要介護5	25,690単位	29,441単位	25,690単位
事業所の体制に対する加算		緊急時訪問看護加算		315単位/月	
		ターミナルケア加算		2,000単位/当該月	
		生活機能向上連携加算(I)		100単位/月	
		生活機能向上連携加算(II)		200単位/月	
		サービス提供体制強化加算(I)イ		640単位/月	
		サービス提供体制強化加算(I)ロ		500単位/月	
		サービス提供体制強化加算(II)Ⅲ		350単位/月	
		介護職員処遇改善加算(I)		13.7%	
		介護職員処遇改善加算(II)		10.0%	
		介護職員処遇改善加算(III)		5.5%	
		介護職員処遇改善加算(IV)		加算Ⅲ×0.9	
介護職員処遇改善加算(V)		加算Ⅲ×0.8			

出所：厚生労働省「平成30年度介護報酬改定の主な事項について」、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000196991.pdf> (2018. 8. 22, 閲覧)

同上「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について」、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000196994.pdf> (2018. 8. 22, 閲覧) より筆者作成

の改定では、すべての要介護度において報酬単価が引き下げられた一方、通所サービスを利用した際の減算が見直され、減額幅が縮小された。

その他にも、一体型事業所の訪問看護の一部を、契約にもとづき他の訪問看護事業所に行わせることを認めるなど、事業者側にとってもより柔軟な提供体制を可能とする改定でもあった<sup>36</sup>。

また医療ニーズをもつ中重度の要介護者は日々の状態が変化することもあり、医師、看護師、介護職員らが恒常的に意思疎通を図り、適切に連携することが求められる。こうした「特有のコスト」に対し、「総合マネジメント体制強化

<sup>36</sup> 同上

加算」が新たに創設されるとともに、この加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととされた<sup>37</sup>。こうした改定は定額包括払いの報酬体系において、利用者のサービス利用が抑制されないための措置として評価できる。

## 第4章 地方中核市における現状と課題

本章では、地方中核市において定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスに取り組む事業所をとりあげ、その事業展開やサービスの提供体制を紹介するとともに、サービスの実施状況の概要と利用の実態を検討する。最後に、2018年度の改定をふまえ、人員配置や兼務要件などの人員基準や報酬体系のあり方を考察する。

### 1. A社の事業展開とサービス提供体制

A社は地方中核市（以降、B市とする）において、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する指定事業所（以降、D事業所とする）を2014年1月に開設した。その後新たにB市とC市（同じ県下で隣接する他市）および県外においても事業所を開設し、2018年5月現在で計4つの定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業を展開している。

A社はB市において2つの訪問看護ステーションをもち、日常生活圏4地域のうち3地域で定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを提供し、かつB市において独占状態で稼働している点特徴的である。他にも居宅介護支援、デイサービス、通所リハビリ、訪問介護なども実施し、医療ケアのニーズにも対応した居宅介護サービスを幅広く、またきめ細やかに提供している。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施するD事業所はA社の訪問看護ステーションと一体的にサービスを提供する「一体型」に該当する。一体型のメリットは、訪問看護サービスを提供する訪問看護ステーションと密接に連携し、情報交換することから、利用者に関する情報共有や介護スタッフの医療知識の

---

<sup>37</sup> 社会保障審議会介護給付費分科会 [2015], p. 6

向上などが期待できる点にある。一方デメリットとしては、訪問看護ステーションと併設して事業を実施することから、最低2.5人の看護職員を常用でおく必要があり、小規模事業所にとってはこうした固定人件費が経営面でのネックになる<sup>38</sup>。

D事業所の職員構成は、2018年2月末時点で、看護師25名（うち正看護師21名）、PT3名、OT2名、ST3名となっている<sup>39</sup>。サービス利用者総数は125名であり、うち56名は医療保険の訪問看護サービスの利用となっており、介護保険の訪問サービス利用者が過半数を占めている。

## 2. D事業所のサービス給付の実態

D事業所はB市の日常生活圏4地域のうち2地域において、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを独占的に提供しており、サービスを開始したのは2014年1月である。以下では、D事業所のサービス給付の実情と推移を見ていく<sup>40</sup>。D事業所の利用者の平均年齢は毎月の変動はあるものの78～84歳である。独居、日中独居、家族同居で分類される家族構成については、独居が約60～80%を占めている。

まず、1ヶ月当たりの実利用者の推移を要介護度別に見てみる（図表4-1）。サービス開始当初は10人程度の利用者が、半年後には約3倍にまで増加した。その後、30人から40人程度の利用者を確保している。1ヶ月当たりの延べ利用回数は、サービス開始当初は200回未満であったが、半年後には約3.7倍にまで増えた（図表4-2）。サービス開始後、短期間で利用者を確保し、サービスを拡充していったことがうかがえる。1年後には、利用者数が40人、延べ利用回数が800～1200回という高水準で推移している。

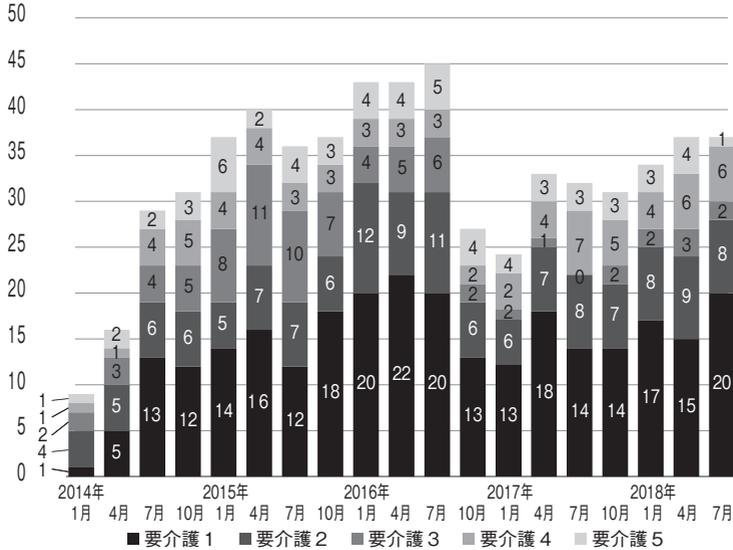
次に、要介護3～5の中重度要介護者の利用割合を実利用者数と延べ利用回数で見えてみる（図表4-3）。D事業所においては、実利用者数のうち中重度の要

<sup>38</sup> 保健・医療・福祉サービス研究会 [2018], p. 9

<sup>39</sup> 同上, p. 4

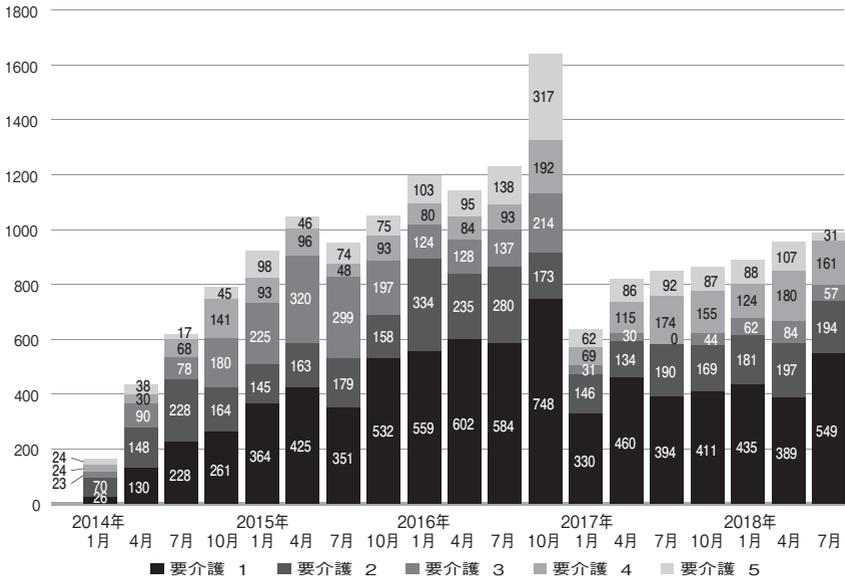
<sup>40</sup> D事業所に関するデータは、「サービス実施状況報告」及び保健・医療・福祉サービス研究会 [2018] を参照。

図表4-1 D事業所における実利用者数の推移（要介護度別）



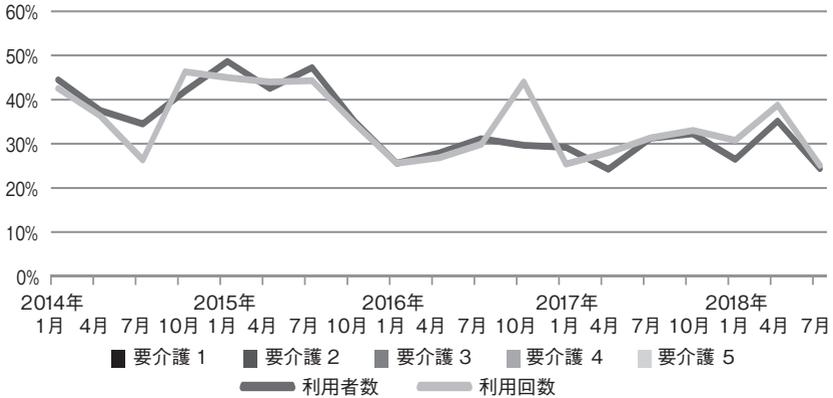
出所：D事業所「サービス実施状況報告」各月版より筆者作成

図表4-2 D事業所における延べ利用回数の推移（要介護度別）



出所：D事業所「サービス実施状況報告」各月版より筆者作成

図表4-3 要介護3～5の利用割合の推移



出所：D事業所「サービス実施状況報告」各月版より筆者作成

介護者が占める割合は、サービス開始当初は40～50%を推移していたが、2016年度以降30%前後で推移している。延べ利用回数で見ても、ほぼ同様の傾向である。こうした実態からも定期巡回・随時対応型訪問介護看護は中重度の要介護者の在宅生活を支えることを主な目的としつつ、軽度の要介護者の在宅生活におけるニーズにも対応したサービスであることがわかる。

利用される訪問サービスの主な内容は、オムツ交換、服薬確認、更衣介助、移乗介助、調理、安否確認であるが、2017年以降、調理が行われていない。生活支援サービスの中核であり、軽度要介護者にとって重要なサービスの提供が難しくなったことがうかがえる。また、随時対応について、審議会で示されたサービスモデルでは週4回の緊急コールに対し、うち1回は訪問対応、残り3回は電話対応という想定が示されていた。しかしD事業所における随時訪問対応はおおむね3回に1回以上である。したがって今後、個別の事業所の利用者の緊急コールの実態を要介護度別、世帯類型別、時間帯別に明らかにし、サービスモデルの見直しをすることが必要である。

また、要介護1～2の者の利用が約半数を占めるなか、今後は軽度要介護者のサービスモデルも検討する必要がある。軽度者の利用実態をふまえ、包括報酬のなかで生活支援などのサービスをどの程度組み込むことができるのか示すことが求められる。

### 3. 2018年改定の検討と提供体制・介護報酬のあり方

導入後6年を経た定期・随時型訪問サービスであるが、最大の課題は指定事業所数と利用者数の伸び悩みである。2016年10月の時点で当該サービスの給付実績のない保険者は1579保険者のうち1023保険者であり、約65%の保険者でサービスが実施されていない状態である<sup>41</sup>。

これに対し、ケアマネージャーや住民を対象とした説明会を市町村が実施することで事業所の事業開始を促し、開業後も市町村がサービスの周知を行い、事業所に対する継続的な支援や利用者の確保を行うことを促すことが課題とされている<sup>42</sup>。

しかしながら、サービス内容が利用者のニーズや地域の特性に合っていないという指摘は以前からあった。特に、利用者の約半数を占める要介護度1、2の軽度要介護者にとって、頻回の短時間身体介護や随時対応の訪問サービスのニーズがどの程度あるのか、特に深夜帯のニーズがどの程度あるのか、検証すべき課題である。また、要介護3以上の中重度要介護者では、日中は通所介護を利用するケースが多く、頻回の訪問ニーズがない場合が多いという指摘もある<sup>43</sup>。

また2012年に、20分未満の身体介護を行う「短時間訪問介護」が新設された。このサービスも定期・随時型訪問サービスと同様に「1日複数回の短時間訪問により中重度の在宅利用者の生活を総合的に支援する」ことを目的としている<sup>44</sup>。さらに、既存の「夜間対応型訪問看護」、「訪問看護」の短時間区分や緊急対応加算なども算定されるなど、訪問看護事業所が単体で24時間体制の随時訪問を実施できる報酬体系が整ってきた経緯がある。これら類似の他の訪問サービスとのすみ分けや利用者像の線引きが不明確であることが、事業者にとって参入の壁となっており、要介護者にとってもサービス利用に至らない理由であると考えられる。

<sup>41</sup> 社会保障審議会介護給付費分科会 [2017a], p. 1

<sup>42</sup> 同上 [2017b], p. 12

<sup>43</sup> 同上 [2017c], <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000167523.html> (2018. 8. 15閲覧)

<sup>44</sup> 同上 [2012a], p. 5

さらに、事業者の新規参入やサービスの拡充に最も影響するのは、人員配置などの提供体制と介護報酬の体系・水準である。これらに関する2018年度の改定における主な内容を見ていく。

まず、オペレーターの兼務要件について、サービス導入前から「オペレーター業務は、深夜だけの委託で現実的に機能するのか」という意見もあり、日中や夜間も兼任を認めることが提案されていた<sup>45</sup>。また、サービス提供事業所を対象にした調査でも、オペレーターの基準と兼務要件の緩和を求める事業所が多く、約7割の事業所が日中においても随時訪問介護員の兼務を認めるよう要望していた<sup>46</sup>。

こうした意見を受け、2018年度からは日中のオペレーターが随時訪問を兼務することが可能となった。この改定により、人員確保が課題であった事業所の新たな参入が進む可能性はある。しかし、特に参入障壁となる夜間の随時対応については、モニタリングやアセスメントを十分に行うことで激減することが指摘されている。24時間の兼務体制影響や随時対応の実態について、今後さらなる検証が求められる。

次に、同一敷地内や集合住宅などの居住者へのサービス提供における報酬の減算についてである。サービス付き高齢者住宅などの集合住宅へのサービス提供については、①集合住宅への頻回訪問の是非、②随時対応の訪問頻度が集合住宅においては高い、③特定事業者による利用者の抱え込みという問題などが指摘されていた。しかし、集合住宅におけるサービス提供の現状は利用者にとってはむしろ望ましいことであり、包括報酬のもとで「過剰供給」や「囲い込み」としてどこまで問題とすべきであろうか。

特に、当初から要介護度に応じた支給限度額の範囲内で包括報酬が設定され、さらに通所介護の利用時の報酬減額が設けられているなかで、集合住宅にかかる減算拡大は事業所の採算に大きな影響を及ぼす可能性がある。むしろ、夜間や深夜帯の随時対応などについては、包括報酬とは別建ての加算などを求める

<sup>45</sup> 同上 [2011e], <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001swyc.html> (2018.8.15 閲覧)

<sup>46</sup> 同上 [2017a], p. 2

声もある。定期・随時型訪問サービスの参入事業者がより積極的に地域に展開できるよう、かつ利用者が安心して在宅生活を継続できるような政策誘導を介護報酬と切り離して行うことも重要であると考える。

### おわりに

本稿が対象とした定期・随時型訪問サービスは地域包括ケア、さらには「骨太の方針2016」の中で実現を目指すとしてされた「地域共生社会」の要となるサービスである。しかしながら、事業所の参入は伸び悩み、特に中山間地における実績がほとんどないのが実情である。定期・随時型訪問サービスは都市部においてのみ有効であり、かつ類似の他サービスとのすみ分けや利用者像の線引きが不明確なため、都市部においても利用者の確保にはまだ課題が残る。

本稿では、夜間対応型訪問介護や小規模多機能型居宅介護などとの比較・検討を行うことができなかった。今後、これら地域密着型サービス全体の体系をふまえて、新たな制度改定や政策誘導のあり方を考察する必要がある、本稿の課題としたい。

本稿の執筆に際して、高知県看護協会や訪問看護事業所などの多くの看護職・事務職の方々に、訪問看護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護に関する制度や業務の実情について質問対応や情報提供などのご協力を頂いた。特に、20年以上訪問看護や退院支援などの業務に携わってこられた吉良智栄氏には頻回に及ぶ質問対応やインタビュー、資料提供など、多大なご協力を頂いた。また、高知大学人文社会科学部の深山誠也氏には、D事業所のインタビュー調査への協力および膨大なインタビュー内容を文章化する労をお取り頂いた。ここに記して謝意を表します。

### 【参考文献】

- 荒井信雄 [2012] 「どうなる、これからの訪問介護 ～報酬改定と今後の展望」『地域ケアリング』 vol. 14 no. 8, pp. 18-27
- 石田一紀 [2013] 「24時間定期巡回・随時対応型訪問サービスを実践していく前に—雇用形態の改善とチームケア」『ゆたかなくらし』 377, pp. 8-13

- 大多賀政昭 [2012] 「地域包括ケアシステムにおける24時間定期巡回・随時対応型訪問サービスの位置付けと課題」『保健医療科学』vol. 61 no. 2, pp. 139-147
- 小田美紀子・坂西純子・並河直子 [2013] 「『定期巡回・随時対応サービス』モデル事業に取り組んで ―訪問看護を中心とする『一体型』のメリット」『訪問看護と介護』vol. 18 no. 2, pp. 123-128
- 糟谷貴司・藤原由佳 [2012] 「訪問看護24時間対応電話で構築された利用者との関係性」『病院・地域精神医学』54巻3号, pp. 53-55
- 里見賢治 [2007] 「社会保険の劣化と社会保険中心主義の破綻」『賃金と社会保障(2007年3月下旬号)』, pp. 4-16
- 里見賢治 [2011] 「介護保険の10年と2011年改定の動向」『賃金と社会保障 No.1535(2011年4月上旬号)』, pp. 4-25
- 鈴木祐介 [2015] 「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズに関する研究」『社会福祉学』第56巻第3号, pp. 58-73
- 竹端寛・伊藤健次・望月宗一郎・上田美穂編著 [2015] 『自分たちで創る現場を変える地域包括ケアシステム ―わがまちでも実現可能なレシピ』ミネルヴァ書房
- 千代妙子・南千佳子・九里美和子・田口敦子・村嶋幸代 [2013] 「夜間・早朝の計画的訪問看護からの展開 ―実績を基盤に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護も」『訪問看護と介護』vol. 18 no. 2, pp. 117-122
- 東京大学高齢社会総合研究機構編 [2014] 『地域包括ケアのすすめ ―在宅医療推進のための多職種連携の試み』東京大学出版会
- 永田祐 [2013] 『住民と創る地域ケア包括システム ―名張式自治とケアをつなぐ総合相談の展開』ミネルヴァ書房
- 二木立 [2015] 『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房
- 根本輝 [2017] 「高齢者の24時間ケアにおける随時対応の意義について」『社会福祉学』第58巻第3号, pp. 41-53
- 林由美子 [2014] 「24時間地域巡回型訪問サービス提供実績」『大妻女子短期大学紀要』No. 55, pp. 59-64
- 松岡洋子 [2012] 「日本における24時間訪問サービスの可能性 ―北欧における在宅24時間ケアからの示唆」『地域ケアリング』vol. 14 no. 8, pp. 6-17
- 松本京子 [2013] 「『ホームホスピス』『低サービス』『訪問看護』で24時間365日～職域を超えて“暮らしのパートナー”に」『訪問看護と介護』vol. 18 no. 2, pp. 111-116
- 宮本太郎編著 [2014] 『地域包括ケアと生活保障の再編 ―新しい「支え合い」システムと創る』明石書店
- 森田祐代 [2013] 「訪問看護サービスにおける24時間の電話対応と緊急時対応の実態」『日本看護研究学会雑誌』Vol. 36 No. 2, pp. 105-117
- 米内美奈子・三上薫・山崎博司・須藤義・橋本弘史 [2013] 「『一体型』の24時間看護・介護で最後まで ―定期巡回・随時対応型訪問介護看護への取り組み」『訪問看護

と介護』vol. 18, no. 2, pp. 129-134

### 【参考資料】

- 厚生統計協会 [2007] 「保険と年金の動向」第54巻第14号
- 厚生労働省 「介護給付費実態調査の概況」各年度版
- 厚生労働省 「介護保険事業状況報告（年報）」各年度版
- 厚生労働省
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2011a] 「定期巡回・随時対応サービス及び複合型サービスについて（第74回社会保障審議会介護給付費分科会資料2）」, 2011. 5. 13
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2011b] 「第74回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehk2.html>
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2011c] 「介護給付費分科会における議論について（主な論点）（第78回社会保障審議会介護給付費分科会資料2）」, 2011. 8. 10
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2011d] 「定期巡回・随時対応サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）の基準・報酬について（第80回社会保障審議会介護給付費分科会資料1）」, 2011. 9. 22
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2011e] 「第80回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001swyc.html>
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2012a] 「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告（第88回社会保障審議会介護給付費分科会参考資料1）」, 2012. 1. 25
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2012b] 「平成24年度介護報酬改定について（骨子）（第88回社会保障審議会介護給付費分科会資料1-1）」, 2012. 1. 25
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2014a] 「平成27年度介護報酬改定に向けて（定期巡回・随時対応サービス, 小規模多機能型居宅介護, 複合型サービス, 訪問看護について）（第101回社会保障審議会介護給付費分科会資料1）」, 2014. 5. 23
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2014b] 「第101回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000049464.html>
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2015] 「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告（第119回社会保障審議会介護給付費分科会参考資料1）」, 2015. 2. 6
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2017a] 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護（第138回社会保障審議会介護給付費分科会資料1）」, 2017. 5. 12
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2017b] 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護（第138回社会保障審議会介護給付費分科会参考資料1）」, 2017. 5. 12
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2017c] 「第138回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000167523.html>
- 社会保障審議会介護給付費分科会 [2017d] 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護, 夜間対応型訪問介護の報酬・基準について（第149回社会保障審議会介護給付費分科

- 会資料 2)」、2017. 11. 1
- 社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会 [2018a] 「定期巡回・随時対応サービスを含む訪問サービスの提供状況に関する調査研究事業（第15回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会資料1-1）」、2018. 3. 5
- 社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会 [2018b] 「定期巡回・随時対応サービスを含む訪問サービスの提供状況に関する調査研究事業（第15回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会資料 1-5）」、2018. 3. 5
- 地域包括ケア研究会 [2009] 「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」
- 地域包括ケア研究会 [2010] 「地域包括ケア研究会報告書」
- 地域包括ケア研究会 [2013] 「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」
- 地域包括ケア研究会 [2014] 「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」
- 地域包括ケア研究会 [2016] 「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
- 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会 [2011] 「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会中間報告書」
- 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会 [2012] 「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告書」
- 保健・医療・福祉サービス研究会 「訪問看護・定期巡回サービス視察研修資料」、2018. 3