

令和4年度 宮城大学大学院

博士論文

療養通所介護事業に関する政策の実証的検証

事業構想学研究科博士後期課程

地域・社会システム領域

2175001

石原 美和

## 目次

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 第1章 序論                         | 1  |
| 1-1 研究の背景                      | 1  |
| 1-2 文献検討                       | 3  |
| 1-3 研究の目的                      | 5  |
| 1-4 研究の意義                      | 6  |
| 1-5 研究の方法                      | 7  |
| 1-6 本論文の構成                     | 9  |
| 第2章 在宅医療をめぐる制度の変遷と在宅看護ニーズの増大   | 12 |
| 2-1 在宅医療・看護制度の変遷               | 12 |
| 2-2 在宅における更なる医療ニーズの増大          | 18 |
| 2-3 在宅看護の現状                    | 28 |
| 2-4 まとめ                        | 32 |
| 第3章 療養通所介護事業の創設と変遷             | 33 |
| 3-1 「通所看護」のモデル事業による制度化の試み      | 33 |
| 3-2 療養通所介護の創設                  | 38 |
| 3-3 療養通所介護制度の変遷                | 40 |
| 3-4 療養通所介護事業所の制度改正と開設状況        | 45 |
| 3-5 まとめ                        | 48 |
| 第4章 利用定員上限の改正に関する政策評価          | 50 |
| 4-1 開設事業所数への影響                 | 50 |
| 4-2 定員数への影響                    | 51 |
| 4-3 スケールメリットの検討                | 54 |
| 4-4 まとめ                        | 56 |
| 第5章 障害児通所支援事業の弾力的実施に関する政策評価    | 57 |
| 5-1 開設事業所数への影響                 | 57 |
| 5-2 事業の併設への影響                  | 58 |
| 5-3 延べ利用回数への影響                 | 63 |
| 5-4 全世代対応の看護の特徴と療養通所介護の制度的位置づけ | 64 |
| 5-5 まとめ                        | 66 |

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| 第6章 介護報酬改定に関する政策評価          | 67  |
| 6-1 収支状況の実態                 | 67  |
| 6-2 基本報酬の検証                 | 68  |
| 6-3 送迎及び入浴介助体制加算に係る報酬の検証    | 71  |
| 6-4 介護保険包括報酬化の影響            | 72  |
| 6-5 まとめ                     | 74  |
| 第7章 地域密着型サービス移行に関する政策評価     | 75  |
| 7-1 地域偏在としての事業所設置市町村の特徴     | 75  |
| 7-2 事業所から見たサービス圏域について       | 80  |
| 7-3 自治体の指定・監督権限と事業計画        | 82  |
| 7-4 まとめ                     | 84  |
| 第8章 結論                      | 85  |
| 8-1 本研究のまとめ                 | 85  |
| 8-2 本研究の成果と今後の研究課題          | 88  |
| 謝辞                          | 89  |
| 引用文献                        | 90  |
| 付録1 療養通所介護事業所の実態調査          | 93  |
| 付録2 アンケート自由回答一覧             | 112 |
| 付録3 療養通所介護事業所の開設市町村の特徴      | 119 |
| 付録4 自治体ヒアリング結果              | 123 |
| (別紙1) 療養通所介護事業所 アンケート調査票    | 125 |
| (別紙2) 療養通所介護自治体ヒアリング調査 質問項目 | 143 |

## 目次(図表)

|        |                                       |    |
|--------|---------------------------------------|----|
| 図 1-1  | 本論文の構成                                | 11 |
| 図 2-1  | 2025 年に向けた在宅医療の体制構築について               | 16 |
| 図 2-2  | 年齢階級別受療率(人口 10 万人対)                   | 18 |
| 図 2-3  | 年齢別在宅医療患者数                            | 19 |
| 図 2-4  | 人口推移と将来推計                             | 20 |
| 表 2-1  | 要介護 5 の利用者介護区分(入居系・居宅系)               | 21 |
| 図 2-5  | 要支援・要介護認定者数の推移                        | 21 |
| 表 2-2  | 第 2 号被保険者のサービス区分毎利用者数                 | 22 |
| 図 2-6  | 在宅医療患者に対する医療処置の状況                     | 23 |
| 図 2-7  | 医療的ケア見数(0~19 歳)の推移                    | 24 |
| 図 2-8  | 在宅での人工呼吸器使用者数(0~19 歳)                 | 25 |
| 図 2-9  | 医療ケア実施をしている障害児通所支援の状況                 | 26 |
| 図 2-10 | 最期を迎えたい場所                             | 26 |
| 図 2-11 | 死亡の場所                                 | 27 |
| 表 2-3  | 訪問看護の概要・基準(2018 年)                    | 29 |
| 図 2-12 | 在宅看護サービスを提供する事業所の推移                   | 29 |
| 図 2-13 | 訪問看護ステーションを中心とした在宅看護システム              | 31 |
| 図 3-1  | 療養通所介護の制度化までのプロセス                     | 37 |
| 表 3-1  | 療養通所介護の人員配置・設備基準等                     | 38 |
| 図 3-2  | 療養通所介護事業所の間取り図(K 事業所)                 | 39 |
| 表 3-2  | 療養通所介護事業制度の変遷                         | 41 |
| 図 3-3  | 療養通所介護事業所開設の推移(著者作成)                  | 46 |
| 図 3-4  | 事業所の地域偏在と 10 万人あたりの事業所数               | 47 |
| 図 3-5  | 療養通所介護事業所の分布(神奈川県)                    | 48 |
| 図 4-1  | 開設事業所数の推移(著者作成)                       | 51 |
| 表 4-1  | 療養通所介護事業所における定員数等の実態(実態調査データ)         | 51 |
| 図 4-2  | 療養通所介護事業所定員数の分布(2018 年時点)(実態調査データ)    | 52 |
| 図 4-3  | 療養通所介護事業所利用圏域人口と定員数(2018 年時点)         | 53 |
| 図 4-4  | 療養通所介護事業所利用圏域人口と定員あたり延べ利用回数(2018 年時点) | 53 |
| 図 4-5  | 利用終了の理由(著者作成)                         | 54 |
| 図 4-6  | 療養通所介護事業所開設の推移                        | 55 |
| 表 4-2  | 事業別職員配置基準                             | 56 |
| 図 5-1  | 開設事業所数の推移(再掲)                         | 58 |
| 表 5-1  | 療養通所介護事業所における併設事業の実態(実態調査データ)         | 59 |
| 図 5-2  | 障害児等通所支援事業実施の有無(実態調査データ)              | 59 |
| 表 5-2  | 開設時期と障害児通所支援の実施                       | 60 |

|        |                                      |     |
|--------|--------------------------------------|-----|
| 表 5-3  | 障害児等通所支援を実施しない理由（実態調査データ）            | 61  |
| 表 5-4  | 児童発達支援のサービス・職員配置基準                   | 62  |
| 図 5-3  | 療養通所介護事業所利用圏域人口と定員あたり登録利用者数(2018年時点) | 63  |
| 図 5-4  | 障害児等通所支援実施の有無と延べ利用回数                 | 64  |
| 図 5-5  | 訪問看護と通所サービスの制度について(著者作成)             | 65  |
| 表 6-1  | 療養通所介護事業所の収支状況(著者作成)                 | 67  |
| 図 6-1  | 事業所または施設サービス別に見た要介護状態区分別構成割合         | 69  |
| 図 6-2  | 利用者1人の1日あたりの介護報酬試算                   | 69  |
| 表 6-2  | 個別送迎体制強化加算の実態(実態調査データ)               | 71  |
| 表 6-3  | 入浴介助体制加算の実態(実態調査データ)                 | 71  |
| 図 6-3  | 療養通所介護の報酬体系の見直し                      | 73  |
| 図 6-4  | 給付限度額について                            | 73  |
| 表 7-1  | 療養通所介護事業所がある都道府県(実態調査データ)            | 75  |
| 表 7-2  | 療養通所介護事業所の有無による在宅医療関連施設の整備状況の違い      | 76  |
| 図 7-1  | 都道府県別訪問看護事業所数と療養通所介護事業所の関連           | 77  |
| 表 7-3  | 療養通所介護事業所の有無による介護関連施設の整備状況の違い        | 78  |
| 表 7-4  | 療養通所介護事業所の有無による訪問診療実施状況の違い           | 79  |
| 表 7-5  | 療養通所介護事業所の有無による看取り実施状況の違い            | 79  |
| 表 7-6  | 療養通所介護事業所の開設の有無による環境要因の違い            | 80  |
| 図 7-2  | 療養通所介護事業所利用圏域人口と定員あたり登録利用者数(2018年時点) | 81  |
| 表 7-5  | 補助金、助成金の活用状況(実態調査データ)                | 82  |
| 図 7-3  | 地域密着型サービスへの移行に伴う利用者の分断イメージ           | 83  |
| 付録1-表1 | 療養通所介護事業所の概要                         | 95  |
| 付録1-図1 | 療養通所介護事業所開設年度                        | 96  |
| 付録1-図2 | 療養通所介護事業所開設主体別推移                     | 96  |
| 付録1-図3 | 療養通所介護事業所定員数                         | 97  |
| 付録1-図4 | 併設事業所の状況                             | 98  |
| 付録1-表2 | 養通所介護の利用者属性                          | 98  |
| 付録1-表3 | 障害児等通所支援の利用者属性                       | 99  |
| 付録1-表4 | 提供している主なケア                           | 100 |
| 付録1-図5 | 利用者の主傷病名の比較                          | 100 |
| 付録1-図6 | 利用終了者の状況(人)                          | 101 |
| 付録1-図7 | 療養通所介護事業所の管理者が看護師である意義               | 102 |
| 付録1-表5 | 利用定員に対する最低基準の職員配置数(参考)               | 103 |
| 付録1-表6 | 宿泊サービスを希望している利用者                     | 105 |
| 付録1-表7 | 事業所1カ所の収支状況                          | 105 |
| 付録1-図8 | 地域密着型サービスへの移行に伴う利用者分断のイメージ           | 109 |
| 付録2    | アンケート自由回答一覧                          | 112 |

|  |     |
|--|-----|
| 付録3-表1 療養通所介護事業所の開設の有無による環境要因の違い       | 119 |
| 付録3-表2 療養通所介護事業所の有無による在宅医療関連施設の整備状況の違い | 120 |
| 付録3-表3 療養通所介護事業所の有無による介護関連施設の整備状況の違い   | 120 |
| 付録3-表4 療養通所介護事業所の有無による訪問看護事業所の整備状況の違い  | 121 |
| 付録3-表5 療養通所介護事業所の有無による実施状況の違い          | 121 |
| 付録3-表6 療養通所介護事業所の有無による看取り実施状況の違い       | 122 |
| 付録4 自治体ヒアリング結果                         | 123 |

## 第1章 序論

### 1-1 研究の背景

#### (1) 療養通所介護事業の創設

「療養通所介護事業」とは、ガン末期患者や難病患者、医療的ケア児など、医療ニーズの高い中重度在宅療養者を対象とした「看護師による通所でのケアサービス」のことであり、2006年に創設された。この制度ができる前は、医療ニーズの高い中重度在宅療養者をケアする訪問看護師や家族から「在宅療養を継続するには、通所サービスが不可欠である」という声がある一方で、通所介護サービスは医療的ケアの提供を前提としていないためにその利用を断られていた。また、高齢者介護施設の入所サービスについても、通所介護と同様の理由により利用を断られることが多く、在宅療養で不安定な状態となり、病院に入院になるなど、在宅療養の継続が難しくなることも多かった。

療養通所介護事業は、通所において看護サービスを提供することから「通所看護」として、介護保険法上の独立したサービスとしての創設を目指していた。しかし、医療ニーズの高い療養者へは医療の提供が想定され、医療の提供を行う施設は医療法上では、病院と診療所、助産所に限定されるため、それ以外の場所でのサービス提供は医療法に抵触するという関係団体の反対があった。そのため、調整の結果、療養通所介護事業は医療サービスに位置づけられている「看護」ではなく「介護」として創設されることとなり、このため、医療的ケアの提供を前提としたサービスであるものの、介護保険法上の「通所介護」における介護報酬の一類型として位置づけられた。一般の通所介護よりも高い報酬ではあるものの、報酬の算定要件として厳しい職員配置基準や面積基準が定められており、医療的ケアや重度要介護者へのサービスであることを考えると、経営的には厳しい条件にあることが窺え、療養通所介護事業所数はあまり増加していないのが現状である。

#### (2) 在宅看護ニーズ増大への対処と課題

近年、急性期病院の在院日数の短縮と在宅復帰率の評価の導入も行われ、国の政策は、療養の場所を「病院から在宅へ」の流れに転換し、更に推進している。また、政府の意識調査では、国民の意識としても、60歳以上の人の5割以上が終末期を自宅で迎えたいと考えている[内閣府, 2012]。しかしながら、実際の死亡の場所は、病院が8割を超えており、自宅は1割強と少なく、国民の希望する状況とは乖離が大きい。更に、医療技術の進歩により、高齢者のみならず、がん・難病患者や重度障害児の在宅療養も増加傾向にあり、医療ニーズの高い在宅療養者へのサービスが更に求められている。こうしたニーズの増大に伴い、在宅療養する中重度者のケアや看取りのために、「在宅看護サービス」の整備が喫緊の課題となっている。

「在宅看護サービス」とは、バイタルや酸素飽和度測定、経管栄養、気管内吸引などに代表される医療的ケアを含む「看護師によるサービス」を、訪問や通所、もしくは短期入所により提供するものである。医療ニーズの高い中重度の在宅療養者は、主に訪問診療や訪問看護、訪問介護サービスを利用しているが、通所や短期入所についてはサービスの利用を断られることがあり、自宅のみでのサービス利用は、家族の介護負担は大きい。こうした医療と介護の制度の狭間で見落とされている医療ニーズの高い中重度在宅療養者に対するサービスの脆弱さは徐々に問題視され、在宅看護サービスの整備が求められている。

こうした流れを受けて「訪問看護ステーションにおける多機能設置モデル事業」(社会福祉・医療事業団助成事業)や「介護事業所における小規模多機能化事業(通所看護等)」(厚生労働省：未来志向型プロジェクト)などのモデル事業が実施され、通所により看護サービスを提供することで、重度者の状態改善と安定化、家族などの介護者のレスパイトが促され、その結果、医療ニーズの高い中重度者であっても在宅療養が継続できることが検証されている [日本訪問看護振興財団, 2003] [加藤基子ほか, 2003]。

これを受けて、通所での看護サービスを提供する事業の創設が望まれたが、(1) で述べたように関係団体の調整が難航し、「通所看護」として新たな介護保険サービスとして法律に位置付けられず、2006 年度の介護報酬改定において、「療養通所介護」として介護報酬における「通所介護」の一類型として創設された。すなわち、療養通所介護事業は、法律上は通所介護に含められており、独立したサービスとしての位置づけは得られなかった。一方で、介護報酬の給付については制度化された [石原美和, 2004] [石原美和, 2006]。

その後の制度改正により、療養通所介護事業所は、利用定員の拡大とともに、介護保険の対象となる高齢者のみならず、重度の障害者・見も受入れるようになった。また、事業所の運営安定化に向けた介護報酬の見直しや、身近な地域でのサービス整備を進めるため「地域密着型サービス」への移行も行われた。しかし、療養通所介護事業所は全国で約 100 事業所と少なく、地域的にも偏在している。

このように、療養通所介護事業は、医療ニーズの高い中重度の在宅療養者への看護サービスの提供において重要な一端を担っており、また、乳児から高齢者までの全世代を対象とすることや、予防から看取りまでの様々なレベルにある利用者にも対応するという特徴は、地域共生型社会の理念に合致するものである。そのため、療養通所介護事業所の設置の推進と均てん化が望まれる。

このような観点から、療養通所介護サービスの制度上の位置づけやこれまでの制度改正が療養通所介護事業所の開設やその運営に与えた影響について検証しておく必要がある。



## 1-2 文献検討

### (1) 療養通所介護事業の有用性と課題

療養通所介護の有用性に関する先行研究として、河野らは、訪問看護利用者に対して、療養通所介護サービスの提供を行い、その表情と意識の変化から医療看護ケアニーズの高い利用者へも良好に導くことを観察分析している [河野あゆみ, 2009]。鶴飼らは、療養通所介護事業所で働く看護師以外の専門職らから見た看護実践の効果として、療養者の健康状態の安定、豊かな反応の表出、意欲の湧出と生活の拡大、介護者の交流、多職種チームで継続して提供してもらえる介護者の安心感といった療養通所介護のサービス利用者への効果を分析し、事業が療養者だけでなく介護者も含めたサービス利用者に効果的であったことを述べている [鶴飼知鶴, 2017]。家族の負担に関して柴崎は、療養通所介護の利用が家族の介護負担軽減に効果的であったことを述べている [柴崎祐美, 2016]。また、療養通所介護事業は訪問看護ステーションが母体となって開始されるケースが多いことから、訪問看護ステーションの多機能化の観点から療養通所看護事業を述べた文献として、萩原は、療養通所介護は訪問看護ステーションを多機能化することで、重度かつ医療ニーズの高い療養者が地域で生活を続けられるよう制度化されたサービスであることを述べている [萩原正子, 2019]。木全は、訪問看護の滞在時間の延長や頻回な訪問、利用者宅外の病院や就学先などの場所への訪問など、利用者や家族のニーズに対応する看護を提案し多機能化している例を挙げ、保険制度内の利用にとどまらず、訪問看護の多機能化を図ることの必要性について言及している [木全真理, 2019]。更に、医療ニーズを併せ持つ中重度の在宅療養者への在宅看護システム構築の観点からは、佐藤は、都道府県ごとの各種整備計画において、療養通所介護が位置づけられること、開設・運営支援への期待を述べている [佐藤美穂子, 2009]。このように、療養通所介護事業の必要性とともに、開設や運営への支援が必要であることが示されている。

これらの先行研究により、療養通所介護事業の有効性が示されている。

### (2) 療養通所介護事業の運営実態

療養通所介護事業の普及状況や運営上の課題に関する先行研究として、清水は、訪問看護以外の看護サービス、特に、重症の在宅療養者向けの施策がなぜ普及しなかったのかについては一考する余地があるとし、その理由として、看護・介護職員確保の困難さ、事業所登録の基準が厳格であることや、介護報酬単価が低く採算が取れない可能性を指摘している [清水準一, 2015]。当間も、看護師ら専門職の配置数や所要時間に比べて、介護報酬が低いことを指摘している [当間麻子, 2009]。本間は、療養通所介護が一部の療養者へのサービス提供となり、十分な看護サービスの提供になっていないことを指摘し、サービスに見合った報酬体系の組み立てと医療ニーズの高い利用者のニーズに対応できる人材の育成を提言している [本間彰子, 2011]。ただし、これらの研究はいくつかの事業所の実態に基づくもので、事業所毎に内部環境や外部環境は大きく異なることから、より多くの事業所の実態を把握した上で分析することが必要である。

療養通所介護事業の経営実態については、療養通所介護が介護保険法の法律レベルで独立したサービスとして位置付けられていないため、政府統計資料（経営実態調査や介護保険事業状況報告等）には独立して掲上されておらず、「地域密着型通所介護」に内包されている。しかも、2018年度の地域密着型通所介護事業所19,452カ所のうち療養通所介護事業所は89カ所と0.5%にも満たない割合であり、地域密着型通所介護事業所の統計データでは、療養通所介護事業の実態は見えない。例えば、厚生労働省の介護事業経営実態調査においては、各介護サービスにおける収支差率が示されており、サービスの一つとして地域密着型通所介護が挙げられているものの、療養通所介護としての集計は行われておらず、公表データから療養通所介護事業所の経営実態を把握することはできない。そのため、厚生労働省も介護報酬改定時には、療養通所介護事業所について特別集計を行って検討している。例えば、2018年度の療養通所介護の介護給付費等の費用は11.5億円で、地域密着型通所介護4,022億円の0.3%であり[厚生労働省, 2020]、事業所数と同様に地域密着型通所介護の統計からは実態は把握できない。また、療養通所介護に関する事業内容は「介護情報サービス情報公表システム」で各都道府県のホームページ上で公表されているが、各都道府県単位で集計されたものである。このように、公的資料からは療養通所介護事業に関する詳細な実態の把握はできない。

療養通所介護事業の運営については、日本訪問看護財団が、2008年、2009年、2010年、2012年、2013年、2015年に療養通所介護事業所に対する調査を行い、報告書が刊行されているが、個別事業所の詳細な運営実態やその変遷までは明らかにはされていない。また、事業の普及に向けて療養通所介護事業所開設ガイドも作成され[厚生労働省老人保健健康増進等事業, 2015]、開設へのプロセスや手続きについて解説したことは普及に貢献したと考えられるが、普及に向けた課題については言及されていない。なお、訪問看護に関するもう一つの団体である日本訪問看護事業協会の刊行物では、療養通所介護については言及されていない。

このように、療養通所介護の制度創設当初は活動事例が紹介され、その内容は看護効果や家族支援効果をテーマにしたものが中心となっていた。また、運営・経営に関しても個別事業所の実態に基づく課題や報酬の低さや職員配置基準の厳しさについて定性的な指摘を行い、事業運営の継続に対して制度の見直しを訴えたが、療養通所介護事業の制度についての評価・検証は十分とは言えない。

### (3) 政策評価研究

本研究では、療養通所介護事業の制度改正に対する評価を行うため、政策評価という視点や手法を用いる。公共政策の評価について窪田は、政策評価の理論と実践が不十分である原因として、「事務事業評価システムの誤用や政策評価研究の多くが実際に導入された制度とその運用の批評に終始していること」を挙げている。政策評価は本来、「公共政策のデザインのための情報提供と再定義がなされなくてはならない」としている[窪田好男, 2008]。真山は、政策評価の際には、「誰が何のために行う評価なのかという視点」が重要であるとしている。政策評価を行う場合、「政策過程の全体または一部を評価しようとする

るのか、政策ないし施策・事業そのものを評価しようとするのか」について明確にすべきであるとしている。また、政策過程を評価の対象とする場合、「政策の管理者や組織管理者の機能を補完する役割が期待されている」とし、「過程評価の研究目的も、政策管理や組織管理の改善を目指すもの」になり、つまり「マネジメントの改善を目指した研究となる」旨を示唆している[真山達志, 1999]。

療養通所介護事業は国の介護政策の一つとして創設され、数次にわたる制度改正が行われてきた。しかし、これまで政策評価としての研究視点は不足していたことが伺える。療養通所介護事業の政策評価、特に政策過程に着目することで、マネジメント改善への示唆を得ることも期待される。

### 1-3 研究の目的

療養通所介護事業は、在宅医療ニーズが増大する中で求められている「在宅看護」サービスの構築に向けて、その中心となっている訪問看護ステーションと連携し、医療ニーズのある要介護者への通所サービスを行う目的で創設された。制度創設にあたり、通所において看護サービスを提供することから「通所看護」として、介護保険法上の独立したサービスとしての創設を目指したが、介護保険法上の「通所介護」における、一般の通所介護よりも高い報酬の類型として創設された。しかし、一般の通所介護よりも高い報酬ではあるものの、報酬の算定要件として厳しい職員配置基準や面積基準が定められており、医療ニーズの高い中重度の在宅療養者へのサービスであることを考えると、経営的には厳しい条件にあることが窺え、療養通所介護事業所数はあまり増加していないのが現状である。

一方で、創設後に療養通所介護事業の推進を目指して、利用定員上限の拡大、障害児等通所支援事業の弾力的実施、報酬の見直しのほか、市町村が事業所指定権限を持つ地域密着型サービスへの移行など、段階的に制度改正が行われてきた。しかし、こうした改正にも関わらず、創設後 16 年を経過した現在でも全国の療養通所介護事業所数は極めて少なく、地域的にも偏在している状況にある。

療養通所介護事業が、医療ニーズの高い中重度療養者の受入れ先として重要であることは既に従来研究からも明らかにされている。しかし、療養通所事業所の運営実態に関する公的統計がないことから、これまでの研究は、事業所の事例そのもの、もしくは事例から課題を指摘する研究がほとんどであり、療養通所介護事業所に係る政策について分析する研究は少ない。本研究では、独自に行った調査データを以て、政策の効果や影響を検証するものである。その際、以下の視点を以て検証を行うものとする。

まず、医療ニーズの高い在宅中重度療養者へのサービスの提供が脆弱であることは、国民の視点から見た際、生活上の懸念材料である。そして、その不安に対応して問題を解決するのが行政の立場である。医療や介護保険制度ではサービスの報酬単価も公定価格として国が決められているため、公共事業としての性格を有している。訪問看護ステーションにつ

いては、平成 29 年度介護保険事業計画第 6 期の見込み量は 46 万人で、実績値は 48 万人と見込み量よりも多く整備されている。一方で、療養通所介護事業所は、介護保険事業計画には挙げられておらず、開設数はあまり増えていない。在宅療養者へのサービス提供を推進すべく行われた制度改正にも関わらず、事業所の開設数は増えていない。このように、療養通所介護事業が公共政策としてのサービスでありながら、推進に向けた制度改正にも関わらず停滞している状況は、政策評価として制度論の観点から考察すべきであると定義付けた。そのため本研究に於ける指標は、「開設数」や「定員数」、また「利用回数」など、実証的に評価し得る指標とした。

本論文では、現場からの必要性の要請により、医療ニーズの高い方々へも対応できる事業所として創設され、数次にわたる制度改正が行われたにも関わらず療養通所介護事業所の増加が見られず、また開設地域に偏在が見られるのはどうしてか。これは政策による基準や報酬が適切ではないのではないのか、という問題意識を起点とし、制度改正の政策評価を行うことを目的としている。具体的には、まず、療養通所介護事業所の運営・経営実態が公的データに掲げられていないことから、独自の実態調査を実施し、その実態を明らかにする。次に、実態調査データを基に、利用定員上限の拡大、障害児等通所支援事業の弾力的実施、報酬の見直し、地域密着型サービスへの移行という 4 つの制度改正に焦点を当て、これらの制度改正が療養通所介護事業所の開設や経営改善に繋がったのかについて、実証的に政策評価を行う。

#### 1-4 研究の意義

本研究の意義としては、療養通所介護事業所の開設数の増加や経営改善のために、更にもどのような制度改正が必要かを考える際の貴重な資料になることが第一義的な意義である。しかし、療養通所介護事業が医療と介護の間にあることや、共生型社会を目指す方針のもとで医療と介護のシステム再構築の動きがある中で、療養通所介護のあり方や医療と介護のあり方についても示唆を与えうるものと考えられる。

療養通所介護事業は、2012 年の障害児等通所支援の実施に関する弾力的措置以降、介護保険対象の高齢者のみならず、未就学児から成人の障害者まで、全世代を対象とした地域共生型サービスの先駆的事业となった。2016 年には政府において一億総活躍プランが打ち出され、共生型社会を目指す方針が示されたため、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ要介護者や障害児・者を、地域で支えて生活を成り立たせ継続できるように支援を行うことは、国や自治体の課題となっている。政府が掲げる地域共生社会の実現や、2040 年に向けて、医療ニーズの高い中重度の在宅療養者に、持続して看護サービスが提供される在宅看護システムの構築に当たり、本研究は貴重な資料になると考えられる。

## 1-5 研究の方法

本研究の目的である、療養通所介護をめぐる4つの制度改革（①利用定員上限の拡大、②障害児等通所支援の弾力的実施、③報酬の見直し、④地域密着型サービスへの移行）に関する政策評価を行うに当たり、本研究では、まず、在宅看護のニーズと制度、取り組みの変遷について整理した上で、療養通所介護事業の制度と運営実態について概観した。その際、療養通所介護事業の運営実態や経営状況の詳細は公的データでは不明であることから、療養通所介護事業所の開設状況及び運営実態に関して独自調査することとした。また、地域的偏在の背景を探るため、自治体の認識に関する調査を実施することとした。これらの調査結果に基づき、4つの制度改革が開設状況や運営・経営に与えた影響について分析し、制度改革の政策評価を行った。具体的な研究方法は以下のとおり。

### (4) 在宅看護と療養通所介護の動向の整理

厚生労働省審議会資料などの文献から、在宅看護と療養通所介護の動向について整理した。

まず、わが国の在宅医療・看護に関する政策の変遷について整理した。その一方で、在宅看護サービスに関する海外の動向について整理するとともに、在宅看護ニーズの動向について、高齢者、難病等重度障害者、小児（医療的ケア児）の別にニーズの推移を整理した。また、国民側の療養場所の希望についても整理した。在宅医療・看護をめぐる国の施策の変遷については、社会的入院の解消から地域共生社会の実現への動きとして整理した。これらを踏まえて、在宅看護サービスとして核となる訪問看護ステーションの普及状況や、更に中重度在宅療養者を支えるための通所や宿泊サービスの整備の必要性について整理した。

次に、療養通所介護事業に関する制度創設とその後の制度改革について、その制度化のプロセスにおけるモデル事業の実施から整理した。制度創設の経緯とその後の制度改革については、その背景とともに時系列で整理した。

### (5) 事業所の開設状況及び運営実態に関する調査

前述の通り、療養通所介護事業は政府統計資料に独立して掲上されておらず、その実態は見えづらい。本論文では療養通所介護事業所の開設・運営状況等について、すべての事業所を対象に実態調査を行った。

調査方法は、厚生労働省の「介護情報サービス情報公表システム」から検索した療養通所介護事業所、全93か所（2018年5月時点）を対象とし、2018年8月に管理者宛てに調査票を郵送で送付・回収した。調査内容は、開設年次、定員数、併設事業等の基本属性のほか、利用状況、運営・経営状況についてであり、開設や運営について問題となっていることについての自由記載での回答も求めた（調査票は別紙1、調査結果は付録1と2に示す）。分析方法としては、基本属性については単純記述統計を行った。

また、療養通所介護事業所の立地状況を調べるため、地域経済分析システム（RESAS：リーサス）を用い、事業所から車で30分圏域の人口を短距離移動時間分析により算出した。その上で、利用圏域人口と定員、登録利用者数等の相関関係を調べた。

更に、2018年8月の調査対象である83事業所について、2021年10月に運営状況について追跡調査を行った。その結果を集計すると共に、運営継続が確認できなかった事業所の内、電話で連絡がついた事業所については、廃止時期と廃止の事情についてのヒアリング調査も実施した。

#### (6) 自治体の認識に関する調査

療養通所介護は、訪問看護ステーションを基本とした在宅看護サービスと連携して運営されているため、その地域における在宅医療提供体制の構築によって偏在していることが想定される。また、療養通所介護は、公的な介護保険サービスの一部であるため、事業者側だけでなく、自治体の視点も重要である。このため、療養通所介護事業所の地域的な分布を明らかにするとともに、療養通所介護事業所の設置のある自治体と設置のない自治体の間に療養通所介護事業の基盤となる訪問診療や訪問看護に関する在宅医療関連施設等の整備状況に差異があるかを統計分析し、地域的偏在の要因を明らかにすることとした。

まず、「介護情報サービス情報公表システム」を利用し、都道府県別の療養通所介護事業所開設数と訪問看護ステーションとの相関について分析した。次に、総務省 e-Stat 在宅医療サービスの実施状況データベースを利用し、療養通所介護事業所が開設されている市町村と開設されていない市町村について、環境の比較、在宅医療施設の整備状況やサービス提供状況について、t検定による2群比較を行った（分析結果は付録3に示す）。

更に、自治体の療養通所介護事業制度の理解度や推進への認識の違いを明らかにするため、2018年5月から2019年10月にかけて、療養通所介護事業所数が多いK県とY市、U市、設置事業所がないM県とS市の介護保険事業整備の担当者等を対象に、療養通所介護への認識と知識、医療的ニーズのある重度要介護者・重度障害児者に係る介護保険事業計画への記載、自治体単独施策、療養通所介護が増えない理由等について、半構成式質問紙によるヒアリング調査を行なった（調査票は別紙2、調査結果は付録4に示す）。

#### (7) 制度改正が療養通所介護事業に与えた影響の分析

(2)及び(3)の独自の実態調査やヒアリング調査の結果を基に、療養通所介護をめぐる4つの制度改正（①利用定員上限の拡大、②障害児等通所支援の弾力的実施、③報酬の見直し、④地域密着型サービスへの移行）について、これらが療養通所介護事業所の開設状況や運営・経営に与えた影響について分析し、制度改正の政策評価を行った。統計分析は単純記述統計を行い、障害児等通所支援の実施の有無による違いについては2012年以降の開設事業所とその前の開設事業所との比較をFisher正確確率検定により行った。障害児等通所支援の実施の有無による延べ利用回数の差の検定は、Mann-Whitney U検定を行った。分析ソフトは、IBM SPSS Statistics Version 25 for Windowsを用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。また、調査票に記載された自由回答から質的データを追加して考察を行

った。職員配置状況や介護報酬については、得られた既存データを基にシミュレーションによる比較分析を行った。

## 1-6 本論文の構成

本論文の構成を図 1-1 に示す。本論文は全 8 章から構成され、その内容は以下の通りである。

第 1 章は、序章として、本研究の背景と文献検討、研究の目的、本論文の構成について述べる。我が国では在宅医療ニーズの増大に伴い、在宅での重度者のケアや看取りのための在宅看護サービスの整備が必要となっている中で、療養通所介護は医療ニーズの高い中重度の在宅療養者を対象とした、看護師による通所でのケアサービスとして創設された。しかしながら、その推進のために行われた制度改正にも関わらず、療養通所介護事業所の数は増加せず、開設地域に偏在が著しい状況にある。

療養通所介護に関する先行研究等においては、看護効果や家族支援効果をテーマにしたものが中心であり、療養通所介護事業の制度についての評価・検証については十分とは言えない。本研究では、療養通所介護をめぐる制度改正が療養通所介護事業所の開設や経営改善に繋がったのかについて、独自の実態調査を基に、政策評価分析を行うことを目的とする。

第 2 章では、在宅看護ニーズの増大に関する国の制度変遷や社会的背景について述べる。先ず、在宅医療患者数の増加について、高齢者、難病患者及び重症心身障害児それぞれに焦点を当て、在宅医療ニーズの増大と社会的背景について論述するとともに、2000 年の介護保険制度創設以後、地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会の実現といった、在宅看護をめぐる一連の国の制度変遷について、時系列に整理する。その上で、看護師の活動の基盤となる事業所の整備と家族のレスパイトも考慮したサービスの提供が求められる中で、訪問看護ステーションだけでは、医療ニーズのある中重度者の在宅療養を支えられないため、看護サービスとしての療養通所介護の取組が生まれてきたことについて、具体例に基づき論述を加える。

第 3 章では、療養通所介護事業について、その前身となるモデル事業の開始から制度創設の経緯について整理する。先ず、厚生労働省による「通所看護」のモデル事業の目的とその成果について、重度者の状態改善と安定化による入院の回避、家族のレスパイトを可能にするなど、利用者とその家族、関係専門職種からの評価も高く、制度化が望まれていることが分かった。利用希望者は高齢者だけでなく、重症心身障害児など幅広く、地域に受け入れ先がないケースが多数報告されたことから、制度的検討の必要性が指摘された。これを受け療養通所介護は、介護報酬上の「通所介護」の一類型として創設された。その後、創設から 16 年間で利用定員上限の拡大、障害児等通所支援事業の弾力的実施、報酬の見直しのほか、市町村が事業所指定権限を持つ地域密着型サービスへの移行という 4 つの

主な制度改正が行われ、在宅重度者の医療ニーズに対応しつつ、さまざまな発達段階、社会的背景、障害を持つ人が共生できる社会の実現に向けて、事業を継続発展させる必要があることが見出された。しかしながら、療養通所介護事業所の数は横ばいで増えておらず、また、地域による偏在も見られることから、制度改正の効果について検証が必要であるとの問題提起を行う。

第4章から第7章までは、療養通所介護事業をめぐる上記4つの制度改正ごとに、本研究において独自に実施した療養通所介護事業所及び地方自治体を対象とした実態調査の結果を基に、医療ニーズの高い在宅中重度者の看護ニーズの増大に対応するという目的を果たすことができたのかどうかという観点から、制度改正の内容について評価を行う。まず、第4章では、療養通所介護事業所の利用定員上限数の引き上げの影響について考察する。2006年の制度創設以降、3年毎の介護報酬の改定時に定員上限数は見直され、最大18人にまで引き上げられたものの、事業所数の増減との因果関係は確認できなかった。定員上限数の変遷と事業所数の変化について、実態調査のデータを基に結果を示す。

第5章では、障害児等通所支援事業実施の弾力化による影響について考察する。2012年に療養通所介護事業での障害児受け入れが可能となり、利用者の枠が広がった。しかし、障害児通所支援の利用回数が増えるなどの影響はあったものの、療養通所介護事業所数の増加については反応がみられなかった。こうした原因について、実態調査の結果を踏まえた分析を基に考察する。

第6章は、療養通所介護事業の報酬について、介護報酬単価の変遷や類似施設との比較シミュレーション操作などから、報酬の適正性について検討する。療養通所介護事業は制度創設直後から、赤字経営が指摘されており、介護報酬の低さが課題とされていた。2021年には利用回数に応じた出来高報酬から、包括報酬へと変更されたが、こうした報酬の適正性について分析結果を示すとともに、同じ類型である地域密着型通所介護について、開設数の推移、職員配置基準、報酬などの視点から療養通所介護との比較分析を試み、考察する。

第7章は、2014年に療養通所介護事業が地域密着型サービスとして位置づけられ、事業所の指定監督権限が都道府県、市町村へ移行したことによる影響について着目し、療養通所介護事業所の設置がある市町村とない市町村の2群比較を行い、在宅医療関係機関等の整備状況について分析した。また、地域密着型への移行で生じた事業所側の運営に与えた影響や、自治体側の療養通所介護に関する認識やサービス整備に関する問題点を考察する。

第8章では、本研究で得られた成果に基づき、療養通所介護を取り巻く制度改正についての評価を示すとともに、療養通所介護の制度的な位置づけについての考察を述べ今後の検討課題を整理し、結論とする。



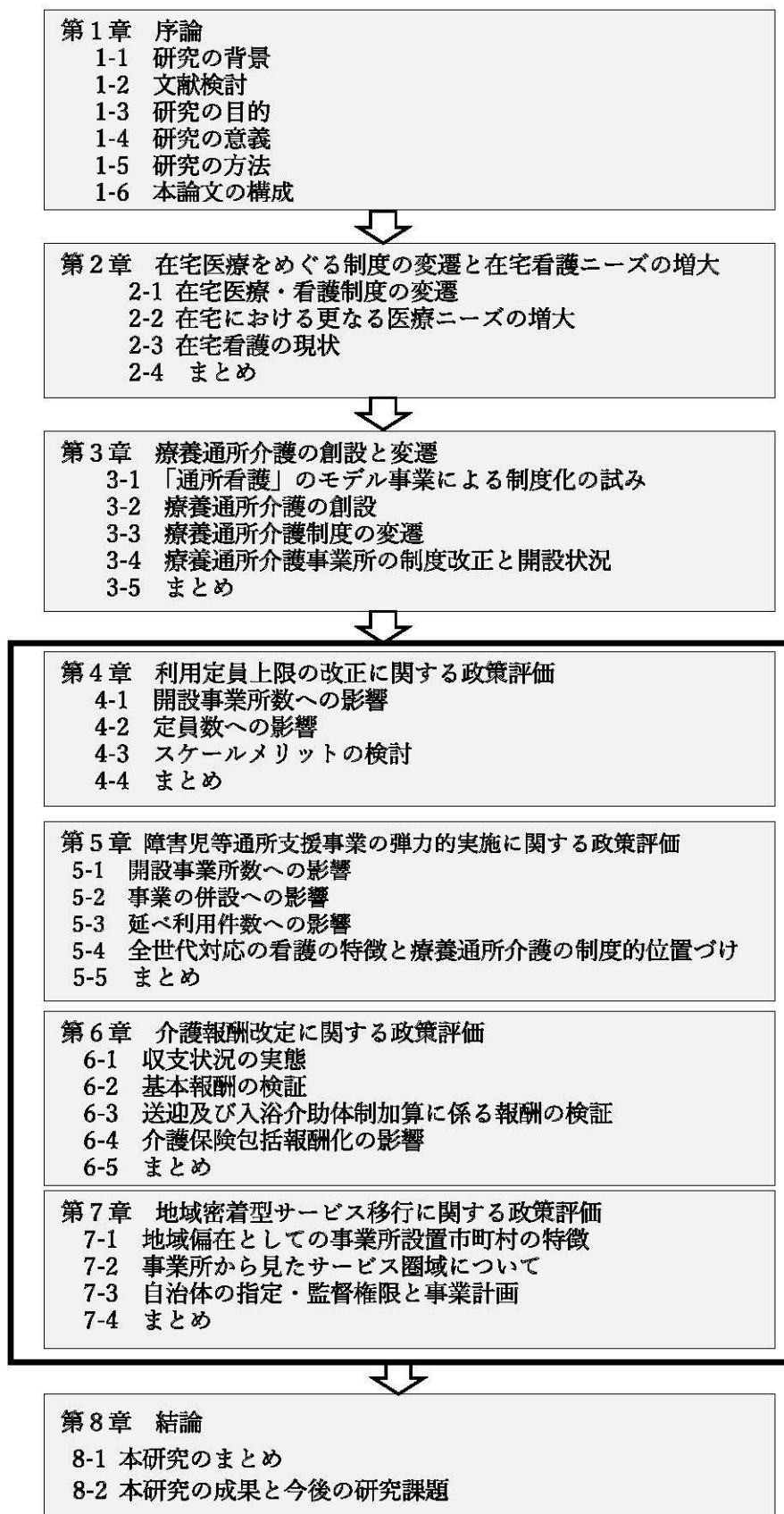


図 1-1 本論文の構成

## 第2章 在宅医療をめぐる制度の変遷と在宅看護ニーズの増大

本章では、まず、在宅医療・看護政策の変遷と、海外の動向、高齢者、難病患者や重度障害者、小児（医療的ケア児）における在宅医療ニーズの拡大について述べるとともに、国民が希望する療養の場所について述べる。在宅看護ニーズへのサービス基盤の中心となってきた訪問看護ステーション及びその機能拡大として療養通所介護事業の取組が生まれてきたことについて述べる。

### 2-1 在宅医療・看護制度の変遷

#### (1) 我が国における在宅医療・看護施策の変遷

「在宅医療」とは、専門知識を持つ医療職が自宅やグループホーム、サービス付き高齢者住宅等の住まい（以下、居宅という）に訪問して医療サービスを提供するものであり、医師による訪問診療や歯科医師による訪問歯科診療とともに、医師の指示により看護師が行う訪問看護、PT（Physical Therapy：理学療法士）・OT（Occupational Therapy：作業療法士）・ST（Speech Therapy：言語聴覚士）が行う訪問リハビリテーションなどがある。

先ず医師による訪問診療について、1986年には老人保健法に基づく老人診療報酬において寝たきり老人への訪問診療が、1988年には診療報酬において在宅患者への訪問診療が創設された。訪問診療に係る診療報酬については、2006年に老人とそれ以外の診療報酬が統合され、その後、評価の充実が累次図られてきた。

2006年には、第五次医療法改正により、「在宅療養支援診療所」が創設され、2008年には「在宅療養支援病院」が創設された。2012年にはそれぞれについて「機能強化型」が創設され、更なる在宅医療に取り組む医療機関の強化が図られている。

ここで、「在宅療養支援診療所」とは、在宅医療の主たる担い手となっている診療所である。主な施設基準は、24時間の連絡・往診・訪問看護の体制が確保されていること、緊急時の入院体制や連携する医療機関等への情報提供を行うこと、年に1回看取り数等を報告することとされている。「在宅療養支援病院」は、前述の在宅療養支援診療所と同じ施設基準に加えて、病床数は200床未満で4km以内に診療所が存在しないこと、往診を担当する医師は当該要因の当直体制を担う医師とは別であること、という基準が追加されている。

これら在宅療養支援診療所・病院のうち、一定の訪問診療実績を有するものを「機能強化型」として称している。機能強化型と称されるのは、在宅医療を担当する常勤の医師が

3名以上配置されている、過去1年間に緊急の往診の実績を5件以上、看取りの実績を2件以上有しているなどの基準を満たした診療所・病院とされている。これらの要件は、地域の訪問看護ステーション等との連携によって満たすことも認められている。その場合、機能強化型の「連携型」とされ、診療所や病院が単独で満たすものは、「単独型」と分類される。

次に、「在宅看護」とは、山田は在宅看護の定義として、「自宅やそれに準じた環境で療養生活をしている新生児から高齢者を対象に、保健・医療・福祉のあらゆる面から、生活の質 quality of life を高めるため、本人および家族に対し、看護を提供することである」と示している [山田雅子, 2013]。これは、後に述べる地域共生社会の実現に向けた基本的考え方に通じるものとなっている。

在宅看護については、主に、訪問看護について整備が進められてきた。1982年の老人保健法の老人診療報酬において、医療機関からの訪問看護が創設され、その後精神疾患やがん・難病などの在宅療養者も対象とされた。また、自治体による訪問サービスとしては、1989年に厚生省が策定した「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」における「寝たきり老人ゼロ作戦支援訪問指導」が挙げられる。これは、保健師らが在宅で療養している高齢者を訪問し、日常生活指導や家族介護指導、諸制度活用等に必要な相談や調整など、療養生活のサポートに重きを置いた公的サービスであった。1992年には、看護職が独立開業できる事業所として、訪問看護ステーションが創設され、看護師らが医師の指示により患者の居宅を訪問し看護サービスを提供する訪問看護の形態が確立された。1994年には老人以外の在宅療養者への訪問看護サービスが開始され、診療報酬から給付が行われるようになった。そして、2000年の介護保険制度施行により、介護報酬からも給付が行われることとなった。

このような訪問看護事業の整備の動向を受け、看護師の養成に関する制度についても、1996年、保健師助産師看護師法に基づく看護師学校養成所指定規則の第3次改正により、「在宅看護論」が看護基礎教育に位置付けられ、在宅看護を担う人材育成が推進されることとなった。

## (2) 在宅看護サービスに関する海外の動向

海外の在宅看護に関する事情については、それぞれの社会保障制度の違いが大きいため、比較することは難しいが、OECD諸国では、主に、英国式税財源方式とドイツ式社会保険方式に分類される。

英国式に分類される国は、英国、スウェーデン、デンマーク等で、特に、英国では、地区担当看護師を配置し、地域の高齢者に関する予防的訪問指導を実施するなど、公衆衛生活動に重点をおいている。一方、ドイツ式分類される国は、ドイツ、オランダ、フランス等で、我が国もこれに分類されている。フランスでは看護師の15.8%が開業看護師として、医師の処方に基づく注射や創処置などの医療行為や、保健衛生的なケア、ケアプランの策定を行い、地域で活動している。報酬も出来高払いで請求する仕組みが確立している。また、オランダやドイツでは、看護と介護は一本化されており、学歴レベルの階層の関係に

あり、限られてはいるものの簡単な医療処置などを行う介護職も養成されている。具体的な基準については、県レベルの自治体が定める仕組みとなっている。

次に、療養通所介護の対象者に相当するような、医療ニーズの高い中重度の療養者に対して提供されている、訪問看護以外の看護サービスについて見てみる。急性期を脱したが依然状態が不安定である者が、退院時に利用するサービスは、「skilled nursing facility」であり、脳卒中や心不全、がんといった疾患を有する利用者の状態安定化や再入院率の低下に向けた取り組みの効果についての報告されている [Walter P Wodchis, 2004] [Rachel M. Werner, 2019]。また、日本の療養病床や老人保健施設にあたる「skilled nursing home」については、ケアの質の確保の観点から、安全の確保や事前指示、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)、意思決定支援、人生の最終段階におけるケアの質向上に関する取組に関する文献が見られた。医療ニーズが高く中重度の療養者については、在宅か「skilled nursing home」への入所が主な選択肢となっていることが想定される。

一方、通所看護サービスに関しては、精神科患者や重度心身障害児に関する文献が多く検索されたが、日本の療養通所介護が対象としている医療ニーズの高い神経難病やがん末期、脳卒中後の重度障害を有する患者に関する文献は見当たらなかった。

療養通所介護は訪問看護だけでは支えられない医療ニーズの高い在宅の中重度の療養者の健康状態の安定化を図っているが、この重症化予防等の機能に近似しているサービスとしては、フランスの「在宅にいながらの入院相当制度」があり、開業看護師やその他の職種が連携して手厚い訪問により病院への入院の回避を行っている。

このように、海外の在宅看護サービスについては、制度上の違いが大きく影響しているために比較は難しいが、一部の機能については、療養通所介護の看護師による重症化予防や入院回避の効果と重なる点がある。また、日本では医療と介護の狭間で看護が制度上見えにくい、海外では看護サービスとして確立しているという点は注視に値する。

### (3) 社会的入院の解消と医療・介護制度改革

我が国では、戦後の高度経済成長の真っ只中で、「福祉元年」と言われた 1973 年に老人医療費支給制度、いわゆる老人医療費無料化が実施された。その結果、高齢者の受療率が上昇し、高齢者人口の増加と相まって老人医療費が急増するとともに、「病院のサロン化」や「過剰受診、過剰診療」を引き起こした。また、「老人病院」の増加や施設代わりの病院利用を促進する一方で、医師や看護師等の配置が薄い病院が増加するという「社会的入院」や「寝たきり老人」の問題が顕在化した。

このため、1982 年の老人保健法の制定により、増大する高齢者の医療費を医療保険制度間で公平に負担する仕組みとともに、老人医療費への一部負担金が導入された。また、1989 年には、「ゴールドプラン」、1994 年にはそれを全面的に見直した「新ゴールドプラン」が策定され、在宅と施設の両面から高齢者の介護サービス基盤整備が進められた。また、1993 年の医療法改正により、長期にわたり療養が必要な患者に対する介護機能を重視した「療養型病床群（療養病床）」が創設された。

2000年には、高齢者の自立支援に向け、介護を社会全体で支え合う仕組みとして、介護保険法が施行された。介護保険法の目的は、①保健医療福祉サービスの統合と一体的な提供、②サービスを選ぶ権利の保証、③自立支援、④在宅ケアの重視、⑤民間活力の導入（多様なサービスの提供）とともに、⑥社会的入院の是正であった。社会的入院への対策として、介護保険法においては、医療法に基づく療養病床（医療療養病床）の一部について、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設（介護療養病床）」として位置づけられた。しかしながら、医療療養病床と介護療養病床の入院患者の状況に関する厚生労働省の調査〔厚生労働省 平成26年入院医療等の調査速報〕によると、両方の療養病床には「医療の必要性の高い患者と低い患者が同じ比率で混在する」という統計結果が出された。

そこで、2006年の医療制度改革法において、2011年度末までの介護療養病床の廃止が定められ、老人保健施設など他の介護施設への転換促進策が進められた。具体的には、介護療養病床に入院する医療措置の必要性の低い患者を「従来から介護保険サービスを提供する介護施設」に移し、医療措置の必要性の高い患者は「医療療養病床」にスライドさせることで、より効率的なケアを実施するとともに、以前から抱える高額医療費の問題や、スタッフの人員不足の解決が目的とされた。しかしながら、その後、介護療養病床の廃止期限は2度にわたり延長され、現在は2023年度末までの廃止に向けて、2017年介護保険法改正で創設された介護医療院（(4)参照）への転換促進策などが進められている。

#### (4) 地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想に基づく在宅医療の推進

介護保険法は、制度施行5年後の2005年に初めての制度改正を迎えたが、在宅療養する中重度者へのサービスの整備が方針として打ち出された。一方、軽度者への家事支援の過剰提供などが問題視され、要介護になるおそれのある高齢者を対象とした介護予防事業（地域支援事業）制度の導入や、地域包括支援センターが創設され、住民には自立支援としての介護予防、保険者には地域包括支援センターを中学校区に1か所設置するなど、住民へのサービス拡充が図られた。

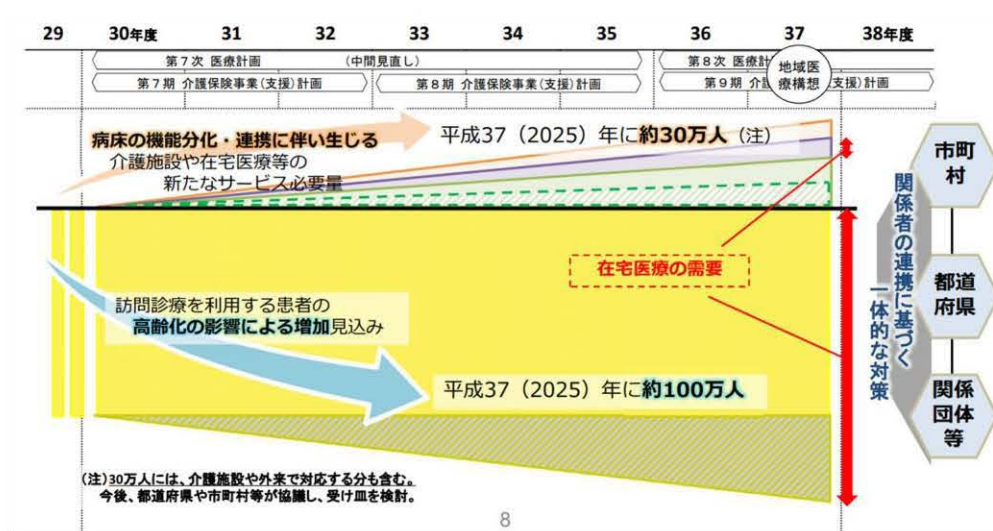
また、2011年には「地域包括ケアシステム」が提言され、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、その構築に向けた制度の充実が進められてきた。2014年に制定された医療介護総合確保推進法においては、「『地域包括ケアシステム』とは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防、又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義されている。つまり、介護だけでなく、医療や予防、住宅政策や生活支援を組み合わせ、地域での高齢者の生活を支えていくこと、また、医療や介護予防の観点からは、高齢患者の重症化予防や介護予防を強化して、可能な限り自立した生活を送れるようにすることが重要であり、地域における医療・介護の関係機関が連携して、在宅での療養を望む方々に対して、包括的かつ継続的な医療や看護・介護サービスの提供を行うことが必要とされた。

このため、2014年度の診療報酬改定において、急性期病床からの患者の受け入れのみならず、在宅にいる患者の緊急的受け入れや在宅への復帰支援を行う機能を持つ「地域包括ケア病棟」が創設され、その報酬算定基準の中に在宅復帰率が導入された。また、2014年の介護保険法改正により、市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業が制度化された。

更に、医療介護総合確保推進法においては、医療と介護の連携による切れ目のないケアの提供体制を構築する観点から、各都道府県において、地域における効率的な医療提供体制を構築するためのビジョンである「地域医療構想」を策定するとともに、地域医療介護総合確保基金を通じて、病床の機能分化・連携等に関する事業を推進することとされた。これを受けて、図2-1で示すように、2016年に各都道府県において策定された地域医療構想によると、病床再編により2025年までに在宅医療・介護等で約30万人の追加的な受け皿を整備する必要があるとされている。

また、2017年の地域包括ケア強化法による介護保険法改正により、医療と生活の両方のニーズに対応する介護保険施設として、新たに「介護医療院」が創設され、介護療養病床からの転換促進策が講じられた。これらを踏まえ、在宅医療とそれに伴う介護サービスの整備、これら医療・介護の連携の推進については、2018年度の医療計画・介護保険事業（支援）計画同時策定において対応すべき課題の一つとなった。

このように、社会的入院による医療費の増大を抑制するため、医療から介護へのサービスの転換とともに、医療と介護の連携により、病院から在宅への移行が進められ、「在宅医療」の整備拡大を行う必要性が生じた。



出典：2017 第11回医療計画の見直し等に関する検討会（厚生労働省）

図2-1 2025年に向けた在宅医療の体制構築について

一方で、介護保険制度に基づく各種サービス（訪問・通所・短期入所の居宅サービス、特養・老健等の施設サービスなど）は、高齢者を支えるには無くてはならないものとして

定着・発展している。2022年6月現在、我が国の高齢化率は28.9%で、要支援・要介護高齢者は、644万人、制度創設当初の218万人から約3倍以上に増加している。そのうち要介護3以上の高齢者は225万人で、全体の3割以上を占めている[厚生労働省老健局, 2018]。しかし、2016年には介護保険総給付費は10兆円を超え、月額保険料も制度創設当時の2000年では全国平均2,911円であったが、第8期(2021~2023年)では全国平均6,014円と倍増し、東京都青ヶ島村の9,800円と北海道音威子府村の3,300円では約3倍以上の格差が生じており[厚生労働省, 2021]、制度の持続可能性の確保が課題となっている。保険者である市町村は、要介護者を支える介護サービスの基盤整備と、介護保険財政の健全運営という課題に同時に対応を迫られている。

#### (5) 地域共生社会の実現

重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう支援する、「地域包括ケア」の理念を普遍化し、高齢者のみならず、生活上の困難を抱える障害者や子どもが地域において自立した生活を送ることができるようにする「地域共生社会」の実現に向けた取り組みも進められている。具体的には、地域住民による支え合い等のインフォーマルサービスと公的支援が連動し、地域を『丸ごと』支える包括的な支援体制を構築することとされている。厚生労働省は、2016年7月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を省内横断的に立ち上げた。そして、介護保険法、障害者総合支援法、子育て支援等の各制度が縦割りのシステムで生じた課題の解決を目指している[厚生労働省, 2017]。また、介護保険と障害福祉では、在宅の高齢者や障害児者を対象としたデイサービスなど、同一の事業所で一体的にサービスを提供する取組が地域の実情に応じて進められてきたが、2017年の地域包括ケア強化法において、同一の事業所が介護保険や障害福祉それぞれの制度に基づく指定を受けやすくなる「共生型サービス」の制度が創設された。

このように、我が国では、急速な高齢化や多様なニーズに対応するため、在宅で暮らす本人や家族に対して、サービス基盤を確保するとともに、住民も参加して地域全体で支え合うことをベースとした制度改革が進められ、その中で、医療面に着目した「ケア」の推進が図られてきた。

本研究での分析対象である療養通所介護事業所は、介護保険制度による通所介護事業所の一類型であるが、介護保険対象者以外で医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ利用者らの要望があり、児童福祉法による児童発達支援及び放課後等デイサービス、障害者総合支援法による生活介護などの事業所の指定を受けることができるよう、共生型サービス創設以前の2012年に厚生労働省障害福祉課事務連絡により緊急的対応が行われていた[厚生労働省, 2012]。

## 2-2 在宅における更なる医療ニーズの増大

### (1) 高齢者におけるニーズ

図 2-2 は医療サービスを受けている率（受療率）を年齢別に示している。外来医療、入院医療ともに 10～49 歳で低く、50 歳過ぎから徐々に増加し、65 歳以降になると急速に上昇する。そして、外来医療は 75～84 歳で 12%を超えピークとなる。85 歳以上になると外来医療は減少に転じる一方で入院医療は急激に上昇し、90 歳以上では約 8%にもなる。このように高齢者（65 歳以上）における医療ニーズは非常に高いことがわかる。

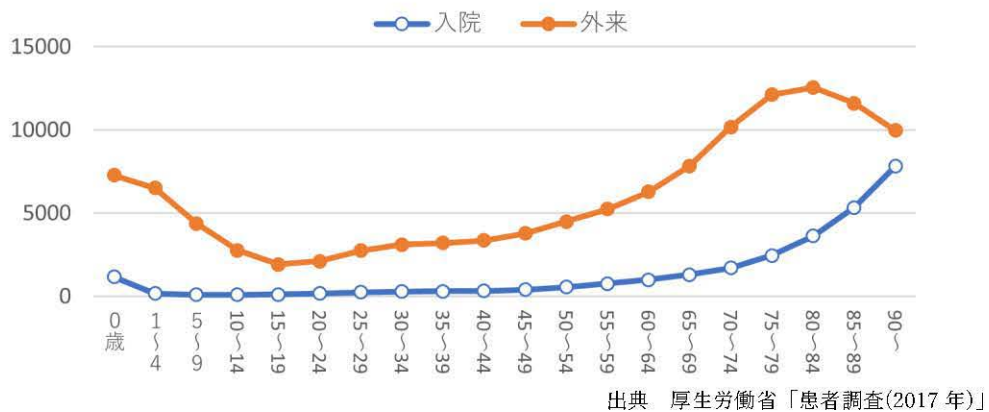


図 2-2 年齢階級別受療率（人口 10 万人対）

図 2-3 は在宅医療を受けている患者数の推移を示している。1996 年から 2005 年までは横ばいであったが、2005 年から 2011 年の 6 年間で 1.69 倍、2011 年から 2017 年の 6 年間で 1.63 倍と急速に増加している。2017 年時点での在宅医療患者数 18 万人そのうち 83%が 75 歳以上であり、75 歳以上の増加率は 2005 年から 2011 年で 1.73 倍、2011 年から 2017 年で 1.80 倍と、全体の増加率より高くなっている。



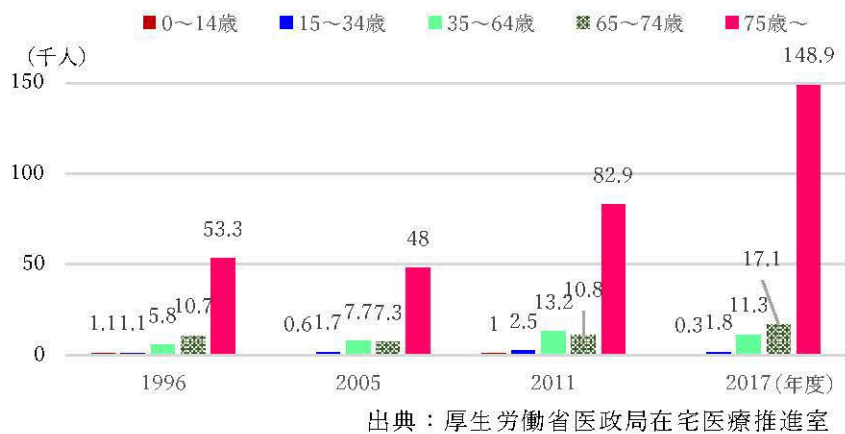


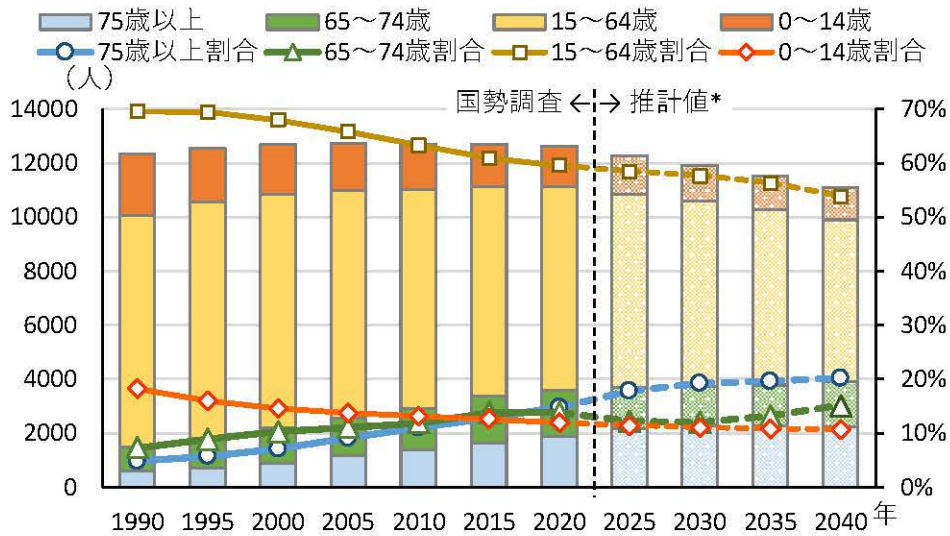
図 2-3 年齢別在宅医療患者数

このように 75 歳以上の在宅医療患者数の増加率が高い要因の一つとして、75 歳以上人口の増加が考えられる、

図 2-4 は国勢調査による 1990 年からの年齢階層別の人口推移と 2040 年までの推計人口を示している。75 歳以上人口は、2005 年の 1,160 万人から 2020 年には 1,860 万人に増加し、この 15 年間で 1.60 倍と、急激に増加している。しかし、75 歳以上の在宅医療患者数は 2005 年から 2017 年の 12 年間で 3.10 倍にもなっており、人口の増加率以上に増加していることから、75 歳以上の在宅医療患者数の増加には、75 歳以上人口の増加以外の要因もあると考えられる。

近年は病床の機能分化が進み、介護療養病床は 2023 年度末での制度廃止に向けて削減されてきており、重度者で医療ニーズのある要介護高齢者の療養場所がケア付き住宅や自宅へ移行し、そこで医療・看護サービスを受けるようになってきている。このことが、75 歳以上の在宅医療患者数が増加したもう一つの要因と考えられる。

特に、近年では高齢者の「居宅」が多様化し、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）など、外部からのサービス提供を想定した住まいも増加しており、これらも「在宅」に分類されるなど、制度上の「在宅」の概念そのものが拡大している。



\* 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 29 年推計)」  
 出典：内閣府「令和 4 年度版 高齢社会白書」2020

図 2-4 人口推移と将来推計

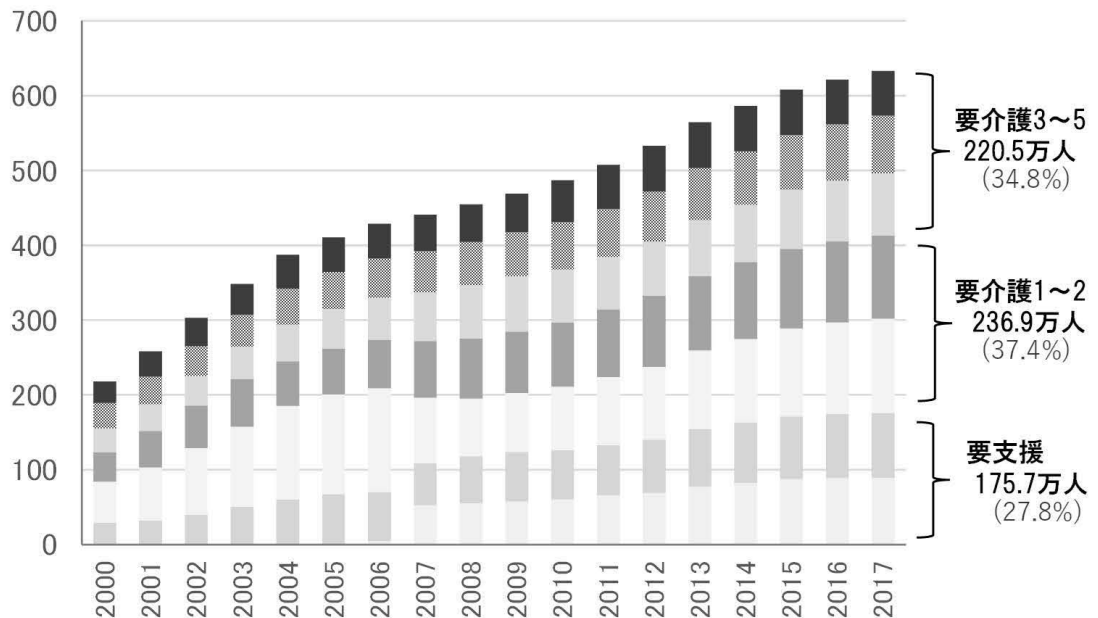
表 2-1 は、要介護 5 の利用者を実際に入居という形態でサービスを提供している入居系と、自宅に住む利用者へサービスを提供する居宅系に分類し直したものである。このうち、介護老人福祉施設などの入居系サービスの利用者のうち要介護 5 の利用者の割合は 23.0% を占め、通所介護や通所リハビリテーションなどの居宅系における要介護 5 の利用者の割合 9.7% と比較して、2 倍以上の割合になっているが、居宅系の要介護度 5 の利用者の数は、入居系に比べると、5.3 倍で、居宅の利用者数は多い。

図 2-5 は要支援・要介護認定者数の推移を示している。認定者数は 2000 年から 2017 年の 17 年間で約 3 倍にも増加している。そのうち要介護度 5 の認定者は、2017 年時点で 599,346 人、要支援・要介護認定者全体の 9.3% を占めている。図 2-3 の将来人口推計によれば、75 歳以上人口は 2040 年には 2,239 万人と 2020 年の 1.20 倍に増加すると見込まれている。介護予防の取組も推進されてはいるものの、このように、要介護 5 の認定者数の増加傾向が続くことが予測され、在宅医療・看護のニーズは更に増大することが見込まれる。

表 2-1 要介護5の利用者介護区分（入居系・居宅系）

|     | サービス種類  | 合計利用者数       | うち要介護5 (%)            |
|-----|---|--------------|-----------------------|
| 入居系 | 介護老人福祉施設<br>介護老人保健施設<br>介護療養型医療施設<br>介護医療院<br>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br>地域密着型特定施設入居者生活介護<br>認知症対応型共同生活介護<br>特定施設入居者生活介護   | 14,765,039人  | 3,400,647人<br>(23.0%) |
| 居宅系 | 通所介護<br>通所リハビリテーション<br>地域密着型通所介護<br>認知症対応型通所介護<br>看護小規模多機能型居宅介護<br>小規模多機能型居宅介護<br>訪問介護<br>訪問入浴介護<br>訪問看護<br>訪問リハビリテーション<br>居宅療養管理指導<br>定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br>夜間対応型訪問介護<br>福祉用具貸与<br>短期入所生活介護<br>短期入所療養介護(介護老人保健施設)<br>短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)<br>介護予防支援・居宅介護支援 | 185,893,539人 | 18,078,408人<br>(9.7%) |

2020年厚生労働省介護保険報告書（年報）を参考に著者作成



出典：2018 介護保険事業報告（厚生労働省）

図 2-5 要支援・要介護認定者数の推移

(2) 難病患者や重度障害者のニーズ

(1) では高齢者における在宅医療ニーズが増大することについて述べたが、本項では、高齢者以外の難病患者や重度障害者について述べる。

表 2-2 は、介護保険サービス利用者数における 40 歳以上 65 歳未満の 2 号被保険者数の割合をサービス区分毎に示したものである。2020 年においては、全体では、1.8%と少ないが、入所施設 3 種では、介護療養型医療施設が最も多く 1.6%であるが、居宅介護サービスでは、2.2%と割合が大きかった (表 2-2)。また、地域密着型サービスについては、5 年前との比較では、1,048%と増加傾向にある。このことから、40 歳以上 65 歳未満の年齢層については、居宅サービスや地域密着型サービスを利用して、住み慣れた自宅等で療養生活を送ることや、人生最期の時を迎えたいという選択が増えてきているものと考えられる。

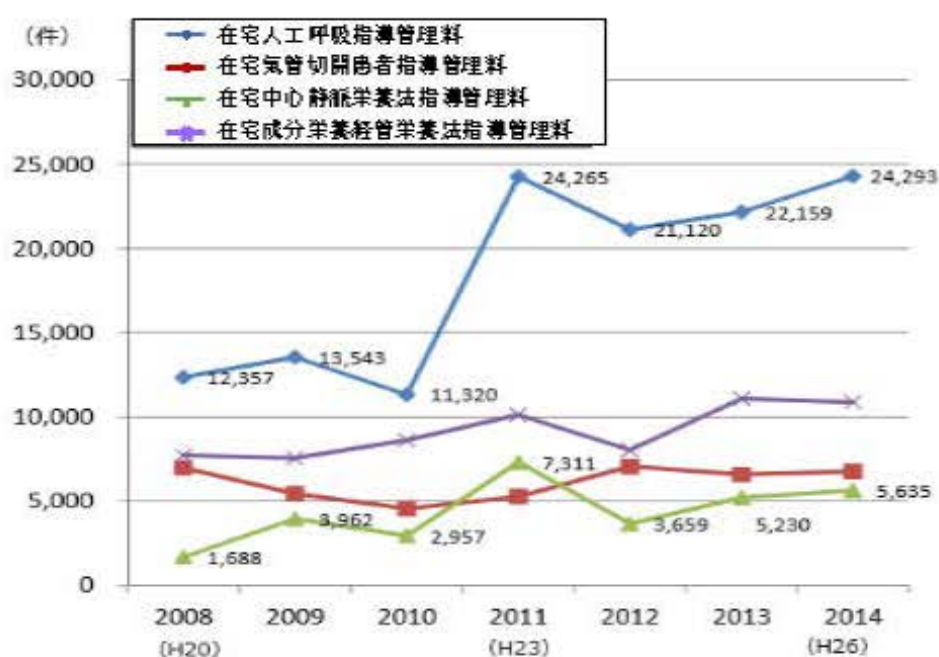
表 2-2 第 2 号被保険者のサービス区分毎利用者数

|            | サービス種別       | 2016年               | 2020年               | 5年前との比較 |
|------------|--------------|---------------------|---------------------|---------|
| 施設サービス     | 介護老人福祉施設/総数  | 6,217,963           | 6,680,399           | 107.4%  |
|            | 第 2 号被保険者    | 52,029<br>(0.8%)    | 50,504<br>(0.8%)    | 97.1%   |
|            | 介護老人保健施設/総数  | 4,227,656           | 4,224,636           | 99.9%   |
|            | 第 2 号被保険者    | 63,532<br>(1.5%)    | 54,812<br>(1.3%)    | 86.3%   |
|            | 介護療養型医療施設/総数 | 670,034             | 221,291             | 33.0%   |
|            | 第 2 号被保険者    | 13,046<br>(1.9%)    | 3,535<br>(1.6%)     | 27.1%   |
| 地域密着型サービス  | 地域密着型サービス/総数 | 9,242,704           | 10,457,616          | 113.1%  |
|            | 第 2 号被保険者    | 152,113<br>(1.6%)   | 136,723<br>(1.3%)   | 89.9%   |
| 居宅介護サービス   | 居宅介護サービス/総数  | 46,911,066          | 47,104,512          | 100.4%  |
|            | 第 2 号被保険者    | 1,088,369<br>(2.3%) | 1,022,730<br>(2.2%) | 94.0%   |
| 利用者総数      |              | 67,269,423          | 68,815,692          | 102.3%  |
| うち 2 号被保険者 |              | 1,369,089<br>(2.0%) | 1,268,304<br>(1.8%) | 92.6%   |

2016 年-2020 年厚生労働省介護保険状況報告 (年報) を参考に著者作成

2017 年度版「障害者白書」によれば、身体障害者 (18 歳未満の身体障害児を含む) は全国で 392.2 万人、知的障害児者 (18 歳未満の知的障害児を含む) は 74.1 万人、精神障害者は 392 万人で、このうち、身体障害者の 5.8 万人 (1.5%)、知的障害者の 11.9 万人 (16.1%)、精神障害者の 16.9 万人 (4.3%) は、入院あるいは施設入所中である [内閣府, 2017]。このように多くが施設に入所しているが、障害者施策の動向は、ノーマライゼーションの理念に基づき、施設から地域 (居宅) への「地域移行」や地域での自立生活支援

の取り組みが進められている。2012年に成立した障害者総合支援法では、重度障害者や難病患者も含めて、地域で生活する障害者への支援の充実が図られた。障害者が高齢化しつつあり、重度障害者の増加が背景にある。また、医療ニーズの高い障害児・者については、これまで国立療養所の重症児病棟や重症心身障害児施設等の入所施設の整備が優先的に行われてきたが、更なる医療技術の発展等により、図2-6で示すように在宅での継続的な医学的管理も可能となり、医療的ケア児の在宅での生活や発達支援の観点も含めた体制の整備が進められている。これらの施策により、在宅における障害児・者の医療ニーズも拡大している。



出典：2013年社会医療診療行為別調査(厚生労働省)

図2-6 在宅医療患者に対する医療処置の状況

### (3) 小児（医療的ケア児）におけるニーズ

近年の医療技術の発展や新生児集中治療室(NICU)の整備等により、新生児を含めた小児の救命率が向上している。それとともに、医療ニーズの高い障害児に対して、重症心身障害児施設等に入所する以外にも、在宅での継続的な医学的管理が推進されており、在宅医療サービスを利用しながら、在宅で療養することに伴う新たな課題も発生している。

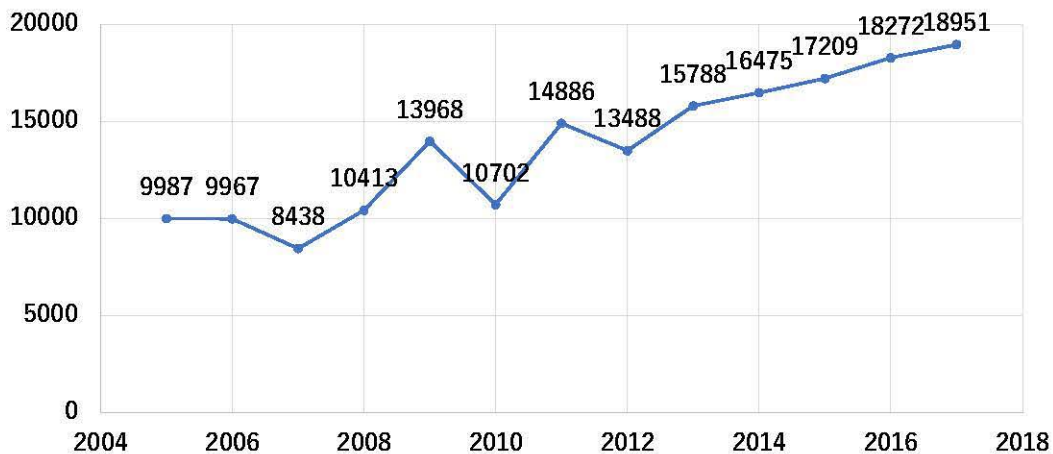
NICUは、出生1万人あたり25~30床を目標に整備されており、2014年には3,052床(出生1万人あたり全国平均30.4床)が整備された。都道府県による整備状況にはバラつきはあるものの、全体的に増加傾向にある。そして、総出生数は減少しているが、全出生における低体重児数(出生体重2,500g未満)は増加傾向にある。特に、出生体重が1,000g未満の超低体重児の出生数は35年間で約2倍に増加している。このような医療技術等の

進歩により、重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複した重症心身障害児だけでなく、肢体不自由や知的障害は伴わないが、人工呼吸器や気管切開、経管栄養等の高度な医療的ケアを日常的に必要な児が増加し、これらの児への対応が求められている [桑木光太郎, 慢性重症障がい児を社会がどうみていくか 4 医療行政の現状と今後, 2016].

また、NICU 側の問題としては、退院できずに長期入院となる児が増加している。長期入院児とは、NICU やその後方病床に1年以上入院している児をいう。田村によれば、長期入院児の年間発生数はNICU 1,000床あたり95例で [田村正徳, 2011-2013], 新規の入院を受け入れられなくなるという社会問題となっている。これらの児がNICU から退院しても地域で必要なケアを受けられることが必要となっている。

出典：2018「医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携推進に関する研究（田村班）」

図 2-7 は、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児（医療的ケア児）の推移である。2005 年は 9,987 人、2015 年は 17,209 人と 10 年間で約 2 倍に増えている。しかし、重症心身障害児施設や一般病院小児科などで、全てを担うのは不可能であり、在宅医療への移行が深刻な課題となっている。

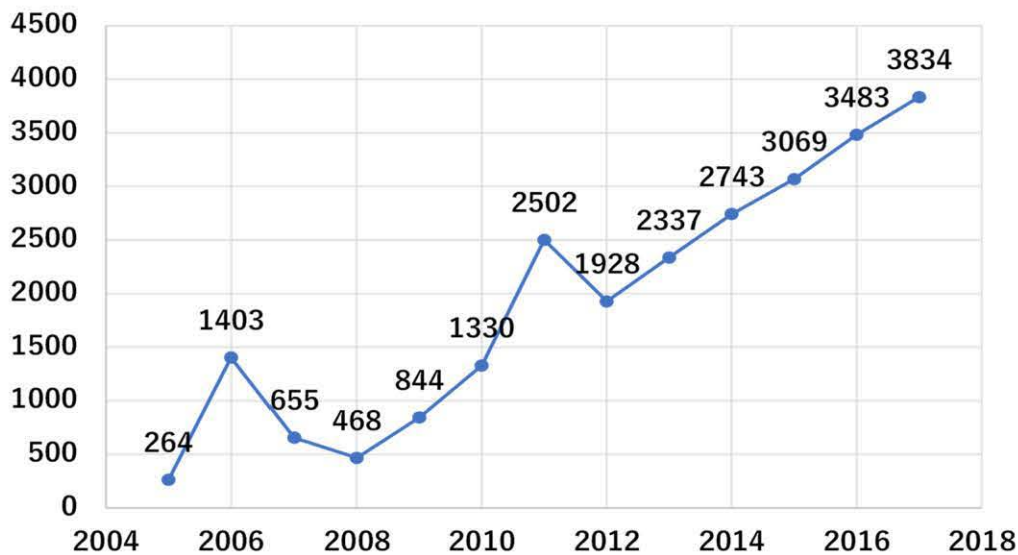


出典：2018「医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携推進に関する研究（田村班）」

図 2-7 医療的ケア児数(0~19 歳)の推移

図 2-8 は、人工呼吸器を使用する医療ニーズの高い児の数の推移であるが、2005 年から 8 年間で、約 10 倍に増えている [厚生労働省政策統括官, 2015]. 小児領域の在宅医療に関しては、その医療的資源（診療所、病院、訪問看護ステーション等）が不足していること、保護者等へどのようなサービスが利用できるのか周知が進んでいないことも問題として挙げられている [桑木光太郎, 2016]. 更に、高齢者への支援と異なり、主介護者となる母親が若いため、精神的にも不安定になりやすい。こうした障害児の在宅におけるケアは、単

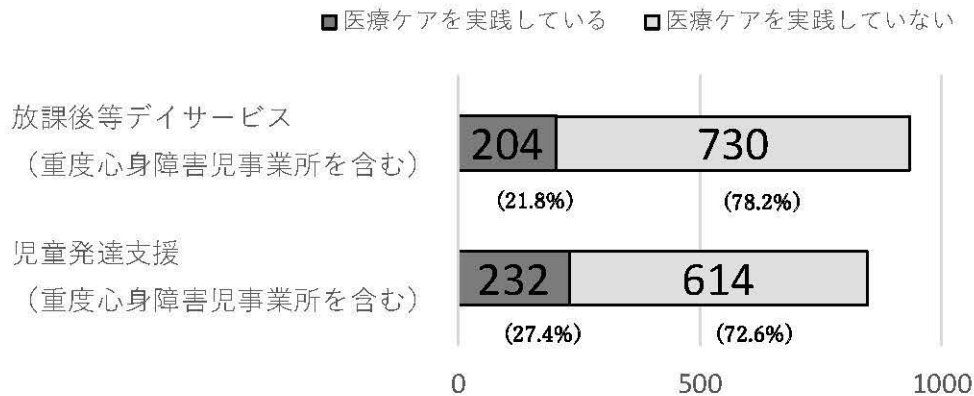
に医療的な処置を施すというだけでなく、保護者への精神的支援，児の発達への対応も必要になってくる。



出典：社会医療診療医療行為別調査  
2018「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」

図 2-8 在宅での人工呼吸器使用者数(0～19 歳)

このような在宅にいる障害児を受け入れる通所サービス事業所の整備については，第 5 期障害福祉計画等に係る国の基本指針の見直しについて国から自治体へ示され，平成 30 年 4 月を始動時期とされた。その中で，主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所を市町村に少なくとも 1 か所確保することが明記された。平成 28 年度厚労省社会福祉等施設実態調査（全国）によれば，児童発達支援事業所は 4,984 事業所（前年度比 21.0%増），放課後等デイサービス事業所は 9,385 事業所（前年度比 32.4%増）と急増している。しかし，図 2-9 に示すように，事業所の増加により軽度者へのサービスは増加したものの，医療ケアを実施している事業所は，全国で児童発達支援 232 か所（27.4%），放課後等デイサービスで 204 か所（21.8%）と，全体における割合は未だ少ないという現状がある。特に，未就学児を対象とする児童発達支援については，NICU から退院する患児の増加や就学困難な医療ニーズの高い障害児も対象となっている。

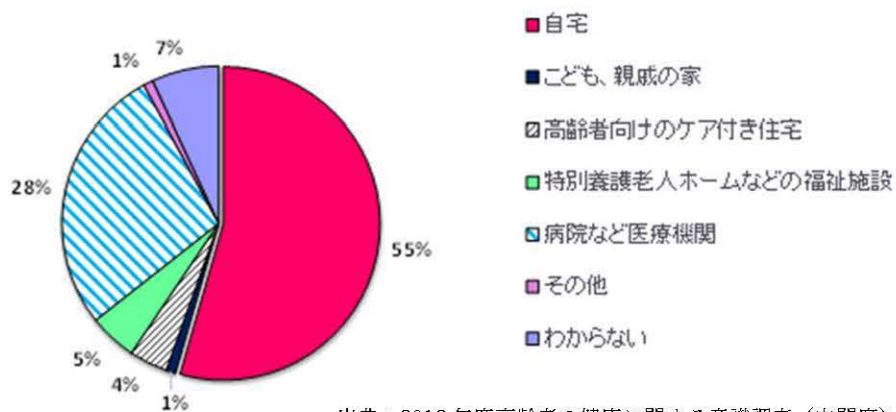


出典：2015 社会福祉実態調査（厚生労働省）

図 2-9 医療ケア実施をしている障害児通所支援の状況

#### (4) 国民が希望する療養の場所と終末期医療

2012年度に内閣府が行った『高齢者の健康に関する意識調査』[内閣府,2012]では、「介護が必要になった場合にどこでどのような介護を受けたいか」について聞いてみると、自宅で介護を受けたい人の割合は 73.5%であった。また、人生の最期をどこで迎えたいかという問に対する回答については、図 2-10 に示すように「自宅」が 55%で最も高く、「病院などの医療施設」が 28%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は 5%となっている。



出典：2012 年度高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

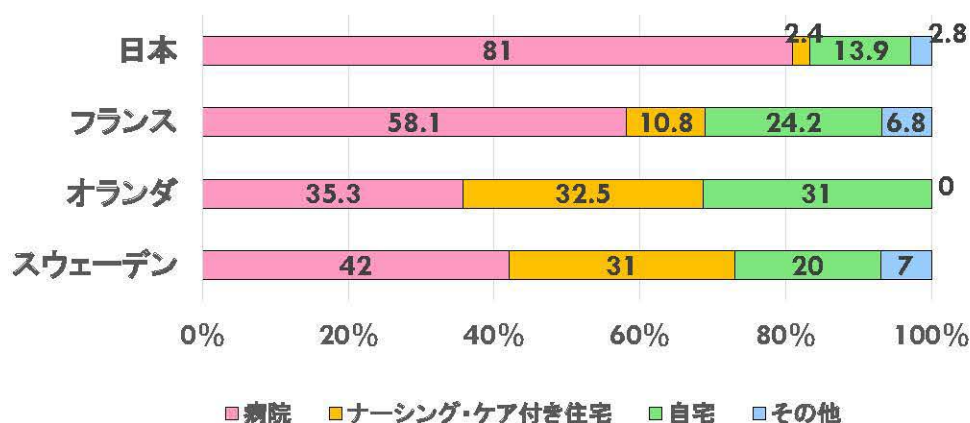
図 2-10 最期を迎えたい場所

2014 年度に厚生労働省が行った『終末期医療に関する調査』によると、7 割の国民が在宅で終末期を迎えることを希望している。介護してもらい場所についても 41.7%が自宅を希望すると答えており [厚生労働省医政局,2015], 6 割以上の方々ができるだけ自宅での生活を希望していた。このように、我が国の国民の多くは、介護が必要な状態になっても、住み慣れた自宅で暮らしを継続し、人生の最後を過ごす場も自宅を希望している。また、



2015 年度に内閣府が行った『高齢者の生活と意識に関する国際比較調査』でも、「身体機能が低下して、車いすや介助者が必要になった場合、自宅に留まりたいか、どこかへ引っ越したいか」という問いに対して、自宅に留まることを希望する人の割合は日本 65.2%、アメリカ 74.9%、ドイツ 73.4%、スウェーデン 68.4%と、各国とも 6 割を超えている。

しかしながら、図 2-11 で示したように、実際の死亡の場所については、わが国は諸外国に比べて圧倒的に病院における死亡が多い。特にケア付き住宅における死亡と自宅での死亡が少ないことが示されている。



出典：2017 医療と介護の連携に関する意見交換（厚生労働省）

図 2-11 死亡の場所

今後は、在宅での「看取り」のニーズが高まり、人生の最後を迎える場が病院から自宅や高齢者介護施設へ移行していくことが想定される。それにともない、自らが望む人生の最終段階における医療・介護について事前に考え、医療・介護チーム等と繰り返し話し合いをする、アドバンス・ケア・プランニング(Advanced Care Planning 以下 ACP)の考え方を取り入れることが進められている [厚生労働省, 2018]。

ACP とは、利用者が医療従事者から十分な説明を受け、多職種で構成されたチームとの綿密な話し合いを経て、利用者本人が望む医療・介護の在り方を検討するものである。本人の意思が確認できない場合には、家族が代理決定を行うこととなり、家族が本人の意思を推測し、利用者本人にとって最善の方針をとることが重要である。

ACP の導入と推進により、自宅や高齢者介護施設での看取りに関する対応も変化することが予想される。このように、「自宅で療養したい」という国民の要望があり、看取りにも対応した在宅医療・看護サービスの取り組みの動きもあり、後は自宅での看取も増えていくものと想定され、これによっても在宅看護ニーズは増大していくものと考えられる。

## 2-3 在宅看護の現状

### (1) 訪問看護ステーションの設置の推進

在宅での療養を実現するためのケアシステムの一つとして、訪問看護ステーションがある。訪問看護ステーションは1992年に制度化されたが、それ以前から、看護師や行政保健師が在宅療養者の家を訪問するという活動、つまり、寝たきり老人訪問指導事業等が市町村において任意で行われていた。ただし、これらの活動はその地域限定のものであり、在宅療養の増加に対応できるものではなかった。1992年に、(旧)老人保健法の改正に伴い、訪問看護ステーションが事業所として創設され、常勤換算の看護師2.5人以上の看護職と法人格が必要となった。(表2-3)。その後、高齢者だけでなく、高齢者や難病患者、小児に対して、診療報酬から給付されることになり、NPO法人や営利法人にも開設が認められ、事業所数は増えていった[一般社団法人全国訪問看護事業協会, 2014][野村陽子, 2015]。

2000年の介護保険法施行により、介護報酬からも給付されることとなり、訪問介護保険、医療保険の双方に対応する訪問看護ステーションの整備が進められてきた。そして、厚生労働省が発表したゴールドプラン21では、2006年までに9,900か所の訪問看護ステーションを整備することが目標とされた。超高齢社会・多死時代を迎えるにあたって、地域住民が人生の最後のときまで安心して療養生活を送れるよう、訪問看護ステーションは、24時間365日、療養生活と在宅での看取りの支援が可能なサービスとして、その拡充が進められてきた。しかし、2006年、「7対1看護」が病棟看護の算定要件に導入されると看護師不足が顕著となり、休・廃止する訪問看護ステーションも増えた。

そのため、事業所数の拡大を目的として、事業所の大規模化や機能強化の推進に方向転換されるとともに、ターミナルケアの充実などを促す形で診療報酬・介護報酬の改定が行われた。2012年には、規模拡大に向けた機能強化型訪問看護ステーションが創設され、難病や小児、看取りの実績評価や24時間体制の担保等が算定要件とされた。

表 2-3 訪問看護の概要・基準 (2018 年)

|        | 指定訪問看護ステーション   | 病院又は診療所である<br>指定訪問看護事業所   |
|--------|--|---|
| 人員配置基準 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師、看護師又は准看護師(看護職員)<br/>常勤換算で2.5以上となる員数<br/>うち一人は常勤</li> <li>・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士<br/>指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数</li> </ul> <b>【管理者】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数</li> </ul>  |
| 設備・備品  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室</li> <li>・指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら事業の用に供する区画</li> <li>・指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品</li> </ul> |

出典：2017 社会保障審議会介護給付費分科会から著者作成

図 2-12 に示すように、在宅看護の基盤である訪問看護ステーションは、ニーズの増大に対応して事業所数が増加し、特に 2011 年以降は安定的に事業所数を増やしている。一方で、療養通所介護事業所は横ばいが続いている。

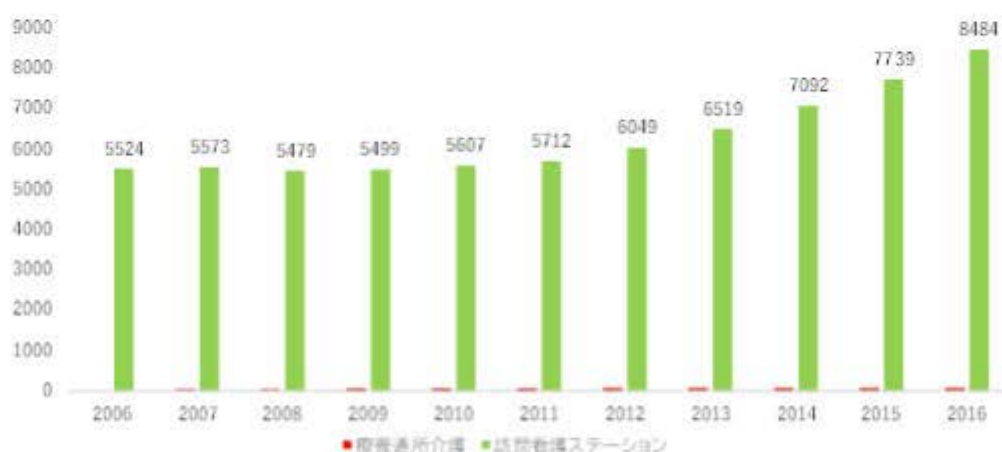


図 2-12 在宅看護サービスを提供する事業所の推移

医療機関外で、医師の指示のもとで、地域住民を訪問して看護サービスを提供する訪問看護ステーションは 30 年ほどの歴史を持つ。かつては、看護職が事業所の管理者として、サービスの提供に責任を持つことができるのは、助産師が管理者と定められている助産所

のみであったが、訪問看護ステーションの管理者は保健師・看護師と定められ、それに加わった。その上、訪問看護ステーションは、助産所と異なり、診療報酬や介護報酬の公的保険からの給付を受けられる仕組みとなっており、社会保障制度における経済活動が明確に位置づけられている。訪問看護ステーションは、事業所として独立しており、医療法人等が経営している場合でも同様である。

訪問看護は、介護保険においてサービス提供する場合は、地域のケアマネージャー、地域包括支援センター、医師などから依頼を受けて実施することが多いが、ケアマネージャーのケアプランに位置付けられ、医師からの指示も必須となっている。訪問看護ステーションの利用者は、介護保険が約7割で、医療保険によるものは約3割となっている。要介護5では更に訪問看護の利用率は高まるが、3割で推計しても、356,600人程度が利用していることとなる。

一方で、医療保険による訪問看護は、介護保険による利用に比べ医療ニーズが高く、利用者の疾患に特徴がある。介護保険の高齢利用者では約半数が脳梗塞等の循環器系疾患であるのに比べて、医療保険では、約4割が神経難病で、約2割が精神疾患、約1.5割ががん末期となっている。そして少数ではあるが、急増しているのは人工呼吸器を装着している小児であり、高齢者よりも医療ニーズの高い利用者となっている。

難病やがん末期患者等の医療ニーズの高い利用者は、個々人の医療ニーズに対応したケアが必要であり、病院の療養病床に入院する以外に、訪問診療や、訪問看護を受けながら在宅での療養生活を送っている。この医療保険の訪問看護利用者は近年増加傾向にあり、在宅で医療ケアを行う看護ニーズは着実に高まっている。一方で、訪問看護ステーションにおいては小児への対応を強化し始めたばかりであり、今後のさらなる医療的ケア児の増加に対する整備が必要である。

## (2) 医療ニーズの高い重度者を支えるための在宅看護サービスの取組

訪問看護は在宅での療養を希望する利用者・家族に対して一定の役割を果たしてきたが、1日1時間程度の訪問だけでは、在宅療養生活の継続を支えるには限界があった。特に、誤嚥性肺炎の予防のための集中的な排痰ケア等は短時間での実施は難しく、肺炎等による入院を回避することが難しかった。そのため、集中的なケアを適宜行えるよう、訪問のみならず通所や短期入所サービスで医療ニーズのある利用者を受け入れてほしいと訪問看護師の側も求めてきた。通所や短期入所サービスは、利用者にとっては、日中数時間に集中的にサービスを受けることができ、家族にとっては、日頃の介護から解放される機会（レスパイト）が得られることになる。また、異常の早期発見により重症化や緊急入院の回避も期待され、利用者本人も入院医療機関側の負担の軽減効果が期待される。そして、重度で医療ニーズの高い利用者が外出の機会を得て、社会的な活動により精神的な健康が改善する効果もある。

このように、医療ニーズの高い中重度の療養者に対して、通所や短期入所サービスにより医療的ケアを提供するサービスが求められていた。家族の要請に応える形で、訪問看護ステーションにおける看護師による重度者への長年のケア実績から、制度外での通所サー

ビスが全国で同時多発的に実施されていた。中には、主治医からの要請があり、訪問看護ステーションの1室で宿泊させる場合もあった。短期入所施設が受入れを拒否した際には、短期入所施設へ医療処置のため訪問して吸引や胃ろうを行うことを条件に受け入れてもらった事例もあった。北関東のA事業所には、それぞれのベッド横に窓がある5床のフロアがあり、2階には訪問看護ステーションのオフィスを構えたものだった。大きなログハウスで、通所や短期入所を受け入れてもらえない医療ニーズの高い利用者が通所し、短期間の滞在ができるよう5床を有していた。訪問看護利用者の家族の疲労や冠婚葬祭で不在時のニーズに対して、自費による泊まりケアを行っている事業所もあった。このような独自の通所サービスや短期入所をサポートする活動は、経験豊富な訪問看護師らが行っていた。

外部の施設への訪問も含め、訪問看護ステーションを中心に、在宅看護サービスの取組の全体像をとらえたのが図2-13である。

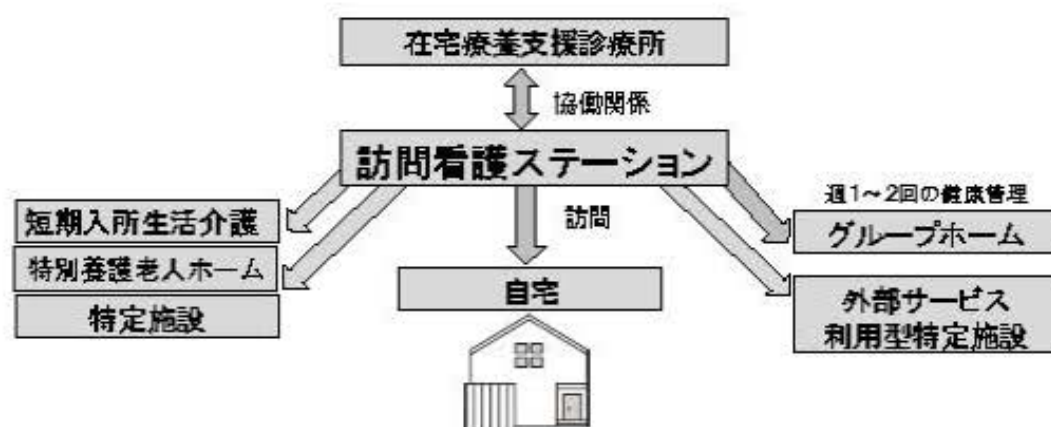


図2-13 訪問看護ステーションを中心とした在宅看護システム

訪問看護ステーションには、自ら在宅療養支援診療所と協働して療養通所介護事業などで通所サービスを事業展開することと、一方で、施設やサービス付き高齢者住宅において看取り等を行う際にバックアップすることの2通りの機能があり、これを両輪として在宅看護サービスの取組が行われている。既存のサービスの谷間に落ちている医療ニーズの高い要介護者が在宅での生活を継続できるように、やむにやまれず対応している状況であった。こうした訪問看護師の活動から発生した、医療ニーズの高い重度者への通所や短期入所への取組は、訪問看護師らが訪問看護ステーションを基軸に通所や短期入所サービスを提供できないかという発想の転換によって、3章で述べる療養通所介護事業の制度化へとつながっていくことになる。

こうした中で、訪問や通所サービスに従事する看護職員の確保も求められている。2016年時点の看護職員就業者数は、約166万人[厚生労働省医政局, 2017]で、第7次看護職員需給見通しに関する検討会報告書によると、2015年には約150万1千人の需要とされていたため、概ね順調に推移していると言えるが、2025年に向けては、8~20%増が求められ

ている。しかしながら、訪問看護事業所の看護職員就業者数は、約4万7千人で、看護職員就業者数の約3%と少ない。「医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会の中間とりまとめ」では、「領域別偏在については、高齢化の進展や地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴い、今後、訪問看護や介護分野における看護ニーズが大きく増加することが見込まれる」と指摘されており、2025年の需要数は、2016年の2.4~2.7倍の看護職員が必要とされている[厚生労働省医政局, 2015]。訪問看護をはじめ在宅看護という働き方に応じた看護師の確保策を講じていくことが求められており、新たな看護師の活躍の場への理解を得ていく必要がある。

## 2-4 まとめ

在宅医療には、医師の訪問診療と、看護師やリハビリテーション職による訪問があり、後者においても医師の指示によりサービスの提供が開始される。在宅医療施策は、診療報酬による改定を中心に推進されてきた。また、看護教育に関する制度においても基礎教育カリキュラムに在宅看護論が導入され、人材育成施策としても推進されている。

諸外国における在宅看護の動向は、制度の違いが大きいが、訪問看護を中心に基盤整備が図られていた。一部の在宅看護の機能については、療養通所介護の看護師による重症化予防や入院回避の効果と重なる点があり、制度的にも確立していた。

我が国の制度についても、社会的入院の解消や介護保険制度の導入、また地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現など、中重度の在宅療養者を地域で支える視点が重視されていた。

利用者側のニーズについても、急速な高齢化だけでなく、医療の発達による難病患者、重度障害者、医療的ケア児の増加など、社会的に在宅医療ニーズは高まっている。また、国民の意識としても、長期の療養や終末期は自宅で過ごしたいとの希望が多いことは重要な点である。

在宅での療養を支える在宅看護サービスの一つとして、訪問看護がある。看護職によるサービスは医療と介護にまたがり、また乳幼児から高齢者まで全世代を対象としている。1992年に制度化された訪問看護ステーションは、今や全国に普及し、開設数も増えており、高齢者だけでなく、難病や小児、看取りまで、24時間体制での運営となっている。しかし訪問看護だけでは、中重度在宅療養者のサービスとしては脆弱であり、軽度者と同様に、通所によるサービスの構築が重要である。こうした視点は利用者だけでなく、訪問看護の現場からも指摘されるようになり、中重度在宅療養者の通所サービス、つまり療養通所介護事業の創設への足掛かりとなった。

### 第3章 療養通所介護事業の創設と変遷

第2章においては、在宅医療ニーズの増加に伴い、介護保険制度の創設、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みなどが進められた一方で、重度者へ向けたサービスは未だ希薄であることが分かった。本章では、重度者へ向けた在宅医療サービス、特に通所サービスの変遷について、モデル事業の実施から、療養通所介護の創設に至る経緯に焦点を当てた。

#### 3-1 「通所看護」のモデル事業による制度化の試み

##### (1) モデル事業の実施

前述のとおり、医療ニーズの高い中重度の療養者は、地域で受け入れられる通所や入所施設が限られているため、訪問診療や訪問看護等を利用しながら、家族が主たる介護者として、その負担のもとに在宅で療養生活を送っていた。2000年の介護保険制度施行により、在宅サービスは増大したものの、医療ニーズへの対応が困難であることを理由に、通所や短期入所サービスの利用を断られるなど、医療ニーズが高い中重度の在宅療養者は、サービスの利用が困難な状況であった。このような療養者は、訪問診療や訪問看護だけでは状態が安定せず、肺炎等により入退院を繰り返すという状況だった。

また、一般的な通所サービスでは、介護保険あるいは障害者福祉サービスでは、提供されるサービス内容は、ゲームやレクリエーション、日常生活介助の集団活動が占め、個別活動内容においても、趣味創作活動、日常生活動作訓練などが多いと報告されている。そのため、訪問看護サービス利用者のうち、痰吸引・吸入・在宅酸素・在宅中心静脈栄養・気管カニューレ・人工呼吸器・ターミナルケアなどの医療処置を必要とする利用者の9割は希望しても通所や短期入所サービスの利用ができない状況となっていた。このように、痰の吸引や酸素吸入などの医療処置の対応ができないと利用を拒否され、医療処置等の医療ニーズの高い中重度療養者は、「介護難民」と称されることもあった〔石原美和、2004〕。

このような医療ニーズの高い中重度療養者を、地域で支えるサービスが脆弱である状況が問題視され、2000年の介護保険制度施行後初めての制度改正のテーマは「在宅中重度者を支えるサービスの強化」と掲げられた。また、2002年の「訪問看護ステーションにおける多機能設置モデル事業」（社会福祉・医療事業団助成事業）や2003～2004年の「介護事業所における小規模多機能化事業（通所看護等）」（厚生労働省：未来志向型プロジェクト）

において、医療ニーズ等に対応したサービスが初めて実践されることとなった [日本訪問看護振興財団, 2003] [加藤基子ほか, 2003].

先ず、2002年に日本訪問看護振興財団は、「訪問看護ステーションにおける多機能設置モデル事業」(社会福祉・医療事業団助成事業)を実施した。「吸引や経管栄養等の医療ニーズが多い利用者は、在宅で介護する意思の強い介護者であっても、介護負担が増大すると社会的入院しか選択肢がないという実態」であることを鑑み、訪問看護だけでなく、「利用者が通所することによって、心身の状態改善を図るとともに、介護する家族のレスパイトとなるため、在宅療養生活が継続し、入院・入所が回避できる」と、通所で看護サービスを提供する必要性を訴えた。そして実際に、訪問看護ステーションに静養室を設けて、通所と訪問を一体とした看護サービスを提供するモデル事業を行った。利用者からは、「なじみの訪問看護師がケアに当たるため、安心して任せることができる」、「家族のレスパイトにより介護を継続することができた」などの意見が寄せられ、また、動作時の発熱により、10年以上も家から出たことがないという人がこのモデル事業によって、家から外に出ることができたというケースもあった。

日本訪問看護振興財団に続き、2003年度から2年間、厚生労働省もモデル事業「介護事業所における小規模多機能化事業(通所看護等)」(老人保健等増進事業)を実施し、この事業には18か所の訪問看護ステーションが参画し、訪問に加え通所でのサービスを提供した。事業の評価については、厚生労働省老健局長の私的懇談会という位置づけで、井形昭弘氏(当時の名古屋学芸大学学長)を座長に、専門家懇談会が設置され、安全面や必要配置職員数等について以下のような具体的な評価がなされた。

まず、中重度の在宅療養者を支えているのは「訪問系サービス」で、特に重度者は訪問看護の利用が主となる。しかし、従来は、「ドレーンの入っている人は無理」、「胃ろうの入っている人は受け入れません」など、「気管切開」「胃ろう」を理由に通所サービスを断られることが多かった。モデル事業により、通所看護の構想ができたことで、看護職がマネジメントしていけば、医療ニーズの高い中重度療養者の通所や短期入所も受け入れられるのではないかと考えられるようになった。実際にモデル事業では、提供する処置内容も、服薬援助・管理、浣腸・排便、褥瘡・創傷部処置、経管栄養・胃ろう、気管内吸引、酸素療法、膀胱留置カテーテルの管理、気管切開など、多様であった。また、7割以上の利用者は要介護度も4~5のため、集団的プログラムの提供時間はほとんどなく、健康状態の観察や必要な処置、関節可動域訓練、食事・与薬の援助、呼吸ケア、合併症予防ケアが個別ニーズに応じて行われていた。コミュニケーションが困難な利用者も多く、ゆっくり職員がコミュニケーションをとるなど、軽度者を対象としたこれまでの通所とは一線を画すサービスが提供されていた [加藤基子ほか, 2003].



## (2) モデル事業の成果

モデル事業実施の先駆である日本訪問看護振興財団は、モデル事業の成果として「通所看護は医療ニーズが多い利用者にも国際生活機能分類(ICF)が示すように「活動」や「参加」の制限や制約を取り除いていく第一歩となった。更に専門的な技術や観察に基づく予測・予防的看護により健康状態が安定し、入院の回避・予防となり生活意欲も高まり、介護者にもレスパイトのみならず、「参加」の機会を拡大する効果があった」としている[日本訪問看護振興財団, 2003].

次に、厚生労働省のモデル事業では、「通所看護」の定義を以下のように定めた。「訪問看護の利用者に対して、訪問看護ステーションに併設した通所室への通所により、訪問看護の延長線上でよく状態を把握した看護師が専門的・継続的看護を提供することによって、重度者の状態改善と安定化、家族など介護者のレスパイトを促し在宅生活の継続を支援する」。その上で、具体的には、利用者の2タイプのニーズ（①医療ニーズの高い重度者と②がん末期在宅療養者）に合わせてサービスを提供した。サービスを提供する際には、主治医との密接な連携と緊急時の取り決めが重要であり、詳細な情報を訪問看護指示書に記載しておく必要があるが、利用者は既に訪問看護サービスも受けているため、訪問看護指示書はすでに存在している。看護師はそれらの情報をもとにして、通所サービス利用時の一貫性のある看護計画を立案・実施した。

上記のような取り組みにより、「通所看護」は、医療ニーズの高い重度要介護者の閉じこもり防止、心身機能の維持・回復、状態安定化とともに、家族の介護負担軽減の効果があると考えられ、サービス利用者とその家族に多くの利益をもたらすことがわかった。関係各者からは以下のような具体的な利点が挙げられていた。

利用者本人からは、看護師や運転手と会うのが楽しみ、家族を休ませてあげられる、散歩に行けた等が挙げられた。家族などの介護者の9割からは、通所サービスを利用することで、自宅での生活を継続することが可能であり、状態の改善や本人の笑顔が出たことを挙げていた。

担当看護職からは、訪問看護の滞在中にはできなかった長時間にわたる利用者の一連の動作支援が可能であったこと、コミュニケーションを十分にとれたこと、詳細な状態変化も把握できたことが利点として挙げられた。また、がん末期のモルヒネ使用者に対して的確な症状コントロールができたことも評価された。

関係専門職である主治医からの評価は、「利用者の9割以上に効果があった」と回答され、「利用者の精神的状況、家族介護者の精神状態・疲労状態が改善した」との意見があった。特に、主治医からは、「難病患者等の呼吸器を利用している療養者には絶対必要なサービスである」とされ、「呼吸リハビリが充実して入院がなくなった、肺炎を発症しなくなった、看護師が随時対応しているために多職種間での連携を取りやすい、緊急時に安心して対応できる」との評価もあった。ケアマネージャーからは、「寝台車での送迎を要する利用者、医療処置が必要な利用者、MRSA (methicillin-resistant Staphylococcus aureus, 日本名: メチシリン耐性黄色ブドウ球菌) に感染している利用者は、受け入れ先がない状況であり困っていたが、これでサービス提供が可能となる」、「看護師が対応するため、医療

ニーズの高い利用者が安心して通所できる」、「定期的に外出できることで、生活にリズム感が出て、生活への意欲向上につながった」、「在宅での生活を希望する中重度療養者が家族とともに、精神的なゆとりをもって、安心して療養生活を送れる」等の評価が出された。

一方で、モデル事業を通じた課題として、医療ニーズに対応する通所サービスには、①介護ニーズと医療ニーズを併せもった対象者への支援サービス、②一時的に医療ニーズが発生し、利用している通所サービスが利用できない期間の支援サービス、③介護者の体調不良や急な用事、長期休暇間の障害児の受け入れなど、臨機応変に対応できる支援サービス、の3つの機能の必要性が示され、医療ニーズの高い中重度療養者に対する健康状態の変化や介護者のサポートを勘案した弾力的なサービスの提供の必要性が提言された [安藤眞智子, 2006]。

また、一部の訪問看護ステーションでは、家族介護者が冠婚葬祭で外出する場合、他事業所や施設では、医療処置の対応ができないという理由により短期入所の利用ができないため、一時的に宿泊サービスを実施していた。更に、短期入所施設へ訪問看護師が訪問して医療処置の対応を行うことで、他事業所の短期入所に受け入れてもらったケースもあった。療養通所介護事業所における宿泊サービスについて検討を続けるとともに、訪問看護が支援に入ることでの他事業所の短期入所を利用できるようにする必要性についても提言された。

そして、高齢者だけではなく、子どもや交通事故による高次脳機能障害となった若い人も受け入れ先が地域にないため、実費対応で受け入れていることが複数の事業所から報告された。今後は、高齢者や2号被保険者だけでなく、医療ニーズの高い重度心身障害児・者についても、療養通所介護サービスの対象とする制度的検討が必要であることが指摘された。

このような成果を踏まえて専門家懇談会は、「通所看護」は、在宅の中重度療養者やその家族が望んできたサービスであり、サービスの安全性・質を十分に担保することにより、これらの利用者が安心して、住み慣れた自宅でその人らしく生活できる可能性を大きく広げるサービスである」とその制度化の必要性をとりまとめて答申した [安藤眞智子, 2006]。

### (3) 「通所看護」ならず

介護保険法は、2000年の制定時に5年後の制度全般の見直しが決められており、それに向けて、2003年5月に社会保障審議会に介護保険部会が設置され、2004年12月にかけて議論が重ねられた。この介護保険部会において、重度者に対応した医療型多機能サービスの必要性や重度者の家族支援として、「難病など医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ重度者への対応や、在宅におけるターミナルケアへの対応などの観点からは、訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を主体とし、訪問看護や居宅療養管理指導といった訪問系の医療サービスに家族等の介護負担の軽減（レスパイト）を兼ねた通所機能などを付加し、在宅療養をより一層支援していくことも一つの方向性として考えられる。」と、通所看護について議論がなされ、「通所看護」が「訪問看護ステーション」の多機能化として制度上位置づけられることが期待されていたことが伺える [厚生労働省, 2004]。また、前

項(2)で述べたように、専門家懇談会では、高齢者や2号被保険者だけでなく、医療ニーズの高い重度心身障害児についても、対象とする制度的検討が必要であると取りまとめた。

関係団体の意見としては、訪問看護系団体は、「通所看護」サービスとして介護保険法に位置づけたいと考えていたが、日本医師会は「看護」は医療であるという視点に立ち、反対の立場であった。主な反対の理由としては、安全性の担保が必要であり、医療法による医療の提供は診療所や病院に限られるという点であった。訪問看護ステーションを基盤にした多機能化としての「通所看護」を法律上に規定した場合、訪問看護ステーションは一般法人で開設できるため、医療を提供する機関としての規制が大幅に緩和されて、民間企業等の参入を招くことに繋がるため、反対の立場を固持したと考えられる。そのため、「通所看護」事業所の医療提供の場、すなわち医療施設としての議論は介護保険制度に係る厚生労働省老健局において議論できる範囲を越えることとなり、法案提出までに議論することは困難となり、その結果、法律改正案において「通所看護」は介護保険法には独立したサービス類型としては位置付けられなかった。

そして、図3-1に示すように、制度改正のプロセスとしては、法律改正を受けて介護報酬の議論が行われる介護給付費分科会へ進む。ここでは、「通所看護」は「介護」サービスとすることで、現場ではすでにモデル事業でサービスを受けている利用者が継続を望む声が大きかったため、介護報酬を創設して事業所が報酬を得て、モデル事業で提供したサービスの継続ができる「実を取る」方向で検討された。そして、事業者へ報酬だけでも創設するという趣旨で、2006年度介護報酬改定において、介護保険法に既に規定されているサービスである「通所介護」の報酬の一類型として、「療養通所介護」が創設された。

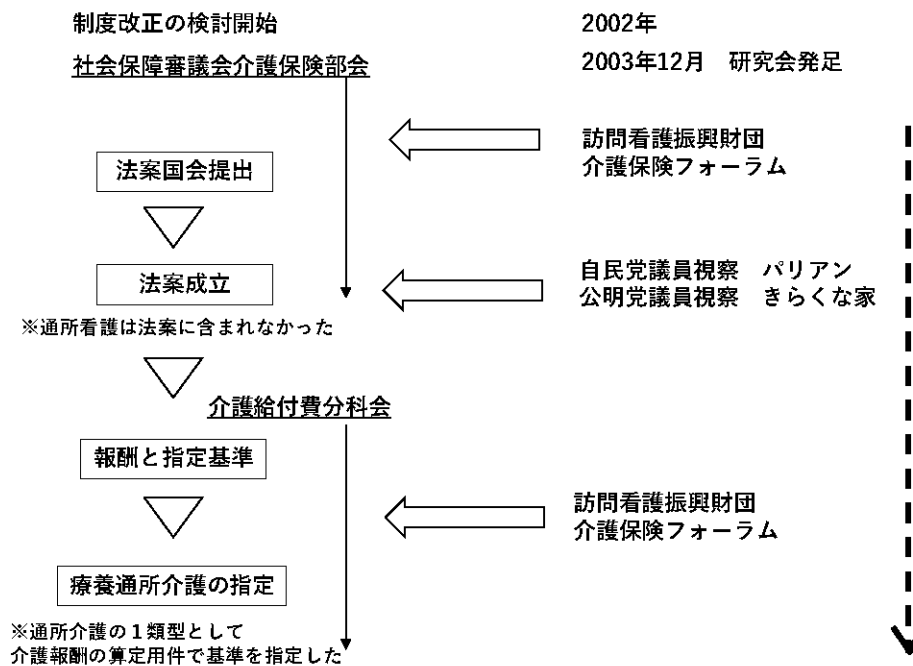


図3-1 療養通所介護の制度化までのプロセス

[石原美和, 2006]. このように、介護保険法に定める独立したサービスとしての実現はなされなかったものの、在宅医療・看護のニーズが高まっていることは介護保険部会全体の認識であった。また、法案の国会審議を通じて積み残した検討課題として、衆・参両議院の厚生労働委員会における「附帯決議」の中に、「難病など医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者への対応や、在宅におけるターミナルケアへの対応などの観点から、訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を活用して医療と介護の連携を図ることにより、在宅療養をより一層支援していくために必要な措置を講じること」と明示され、検討が引き続き行われることとされた。

### 3-2 療養通所介護事業の創設

前述の通り、「療養通所介護」は、独自で介護保険法に規定されず、介護保険法に規定されている「通所介護」の介護報酬の一類型として創設され、これをもって制度化された。その上で、介護報酬の算定要件として、定員上限数や一人当たり面積等の基準が定められた（表 3-1）。

表 3-1 療養通所介護の人員配置・設備基準等

| 人員配置基準     |  | 2018年現在 |
|------------|--|---------|
| 看護職員又は介護職員 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の数が1.5に対し、提供時間帯を通じて専ら当該指定療養通所介護の提供に当たる者が1以上確保されるために必要と認められる数以上</li> <li>・うち1人以上は常勤の看護師であって、専ら指定療養通所介護の職務に従事する者</li> </ul> |         |
| 設備基準       |  |         |
| 専用の部屋      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者1人につき6.4平方メートル以上であって、明確に区分され、他の部屋等から完全に遮断されていること</li> </ul>   |         |

療養通所介護の利用者は、40歳以上の難病やがん末期、重度脳卒中等で、常時看護師による観察を必要とする医療ニーズの高い重度要介護者が対象とされた。

療養通所介護事業所の管理者は、管理者は常勤看護師1人を配置することとし、支障がない場合は事業所内の他の業務に従事（兼務）することができるとされた。基本的には、訪問看護ステーションの利用者を対象にすることが想定されたため、訪問看護ステーションの機能を拡大するものとして、訪問看護ステーションの管理者が兼務し、一体的な運営ができるように配慮された。

そして、利用者の医療ニーズが高いことから、サービスの安全管理上、定員上限は5名とされ、看護師が常駐すること、看護・介護職員配置は利用者1.5名につき1名という、

集中治療室の配置基準のような極めて手厚い職員配置基準となった。また、利用者一人当たりの面積基準についても、8.0㎡と入所施設である老人保健施設相当とされた。図3-2に実際の事業所のハードを示す。

報酬については、3時間以上6時間未満は1,000単位（1単位約10円、以下同じ）、6時間以上8時間未満は1,500単位で、介護報酬のサービス単価としては、高く設定された。また、介護報酬でありながら、要介護度により異なる報酬単価ではなく、滞在時間の長さで決められた。医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ利用者であるため、要介護度により報酬の差を設けなかったのは、療養通所介護の報酬の特徴である。また、通常の介護サービスは基本単位のほかに複数の加算が設定され、これにより、事業者の収入が増えることが見込まれるが、療養通所介護には加算は全く創設されなかった。[石原美和, 2006]

一方、療養通所介護サービスの質の担保としては、「中重度の方々を支えるサービス拠点となる」ことと、「訪問看護との一貫性」が非常に重要なポイントであり、訪問看護での主治医との連携のきめ細かい対応をそのまま療養通所介護の中にも反映させるため、「主治医や訪問看護との密接な連携によって利用者の状況を把握すること」が定められた。そして、モデル事業や審議会で論点となった「安全性」については、関係者の了承が得られたが、「緊急時対応医療機関として、併設・近接・隣接の医療機関を設定すること」や、年に1回程度開催する「安全・サービス提供管理委員会の設置」が定められた。

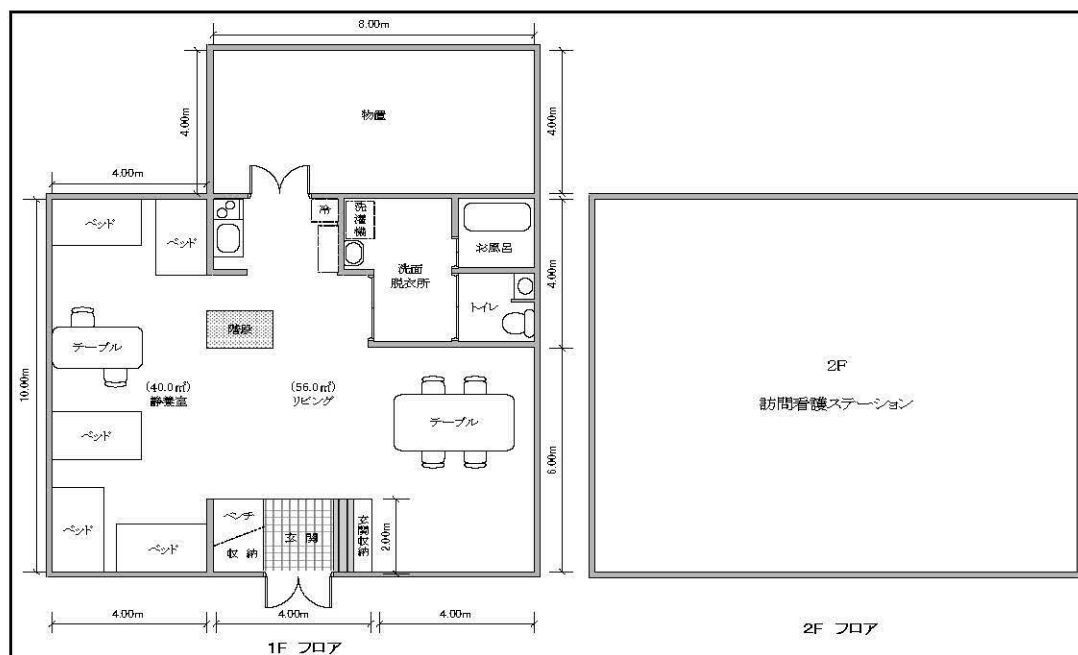


図3-2 療養通所介護事業所の間取り図 (K事業所)

このように、療養通所介護事業は、介護保険法に規定する「通所介護」の介護報酬上の一類型として位置付けられているとは言え、それ以外の「通所介護」とは利用者や提供するサービスの内容が大きく異なっている。このことは、制度的位置づけの脆弱性として表

れており、制度創設までの経緯から、制度の建付けに至るまで、各方面の問題をはらんでいると言える。

### 3-3 療養通所介護制度の変遷

#### (1) 変遷の概要

表 3-2 は、厚生労働省介護保険部会・給付費分科会の審議会等の資料や政府・自治体統計資料、通知等を収集し、療養通所介護事業の制度創設の経緯と、創設後の変遷について、関連制度の動向と併せて整理したものである。制度創設までの経緯は3-2に述べた通りであるが、制度創設後は、定員上限数や、障害児等通所支援事業の弾力的実施、地域密着型への移行と、短期間に複数の制度改正が繰り返されていることが明らかになった。以下、その内容を整理する。

表 3-2 療養通所介護事業制度の変遷

| 年    | 法令等                  | 制度改正等の事項   |
|------|----------------------|--|
| 2004 | 厚生労働省モデル事業           | 「介護事業所における小規模多機能化事業（通所看護等）」老人保健健康増進等事業未来志向研究プロジェクト   |
| 2005 | 介護保険法改正              | 「通所看護」は新規介護サービスとして介護保険法改正案に含まれず、衆議院・参議院の付帯決議で「訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を活用して医療と介護の連携を図ることにより、在宅療養を一層支援していくために必要な措置を講ずること」と示された。             |
| 2006 | 介護報酬改定               | 療養通所介護事業が介護報酬における通所介護の一類型として創設 療養通所介護費 3~6時間1,000単位 6~8時間1,500単位 定員の上限を5名 看護介護職員配置は1.5対1 1人当たり個室面積は8㎡                                    |
| 2007 | 老人保健課長通知             | 療養通所介護の利用者の範囲の整理 難病又はがん末期の者に限定せず、常時看護師の観察が必要な状態の方を対象とする取扱いとなる  |
| 2009 | 介護報酬改定               | 定員の上限を5名から8名に拡大 1人当たり面積は6.4㎡へ緩和  |
| 2012 | 介護報酬改定               | 定員の上限を8名から9名に拡大 療養通所介護費 3~6時間1,000単位 6~8時間1,500単位  |
|      | 児童福祉法改正              | 障害児通所支援事業との一元化<br>児童発達支援・放課後等デイサービスの重複指定が可能に（障害福祉課・老人保健課事務連絡）  |
|      | 障害者自立支援法改正（障害者総合支援法） | 障害者通所支援事業との一元化<br>生活介護事業所の重複指定が可能に（障害福祉課・老人保健課事務連絡）  |
| 2015 | 介護報酬改定               | 介護報酬において送迎・入浴体制加算を創設、運営推進会議の設置 療養通所介護費 3~6時間1,007単位 6~8時間1,511単位   |
| 2016 | 介護保険法改正              | 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準<br>介護保険法に基づく地域密着型通所介護（18名以下の通所介護サービス）の一類型として位置づけ。これに伴い事業所の指定・監督権限は都道府県から市町村へ<br>看護多機能型居宅介護が地域密着型サービスとして創設 |
| 2018 | 介護報酬改定               | 定員の上限を9名から18名に拡大   |
|      | 介護保険法改正              | 共生型サービスの創設（地域密着型通所介護、児童発達支援・放課後等デイサービス）  |
|      | 障害福祉サービス等報酬改定        | 児童発達支援、放課後等デイサービス等における医療的ケアのための看護職員配置の評価   |
|      | 診療報酬改定               | 診療報酬において機能強化型訪問看護ステーションの算定要件の一つに、療養通所介護事業所の併設。その場合の人員基準を緩和（常勤の看護職員1名までを訪問看護ステーションの常勤職員に含めることが可能に）  |
| 2021 | 介護報酬改定               | 療養通所介護の基本報酬が利用回数に応じた出来高報酬から、包括報酬へ変更された（月あたり12,691単位）。その他ICTを活用した状態確認や認知症ケア加算の見直し等  |

(2) 定員上限の拡大

療養通所介護事業を利用している介護保険利用者の6割は要介護5であり、医療ニーズを併せ持っているため、療養通所介護事業所の定員については、1.5対1の手厚い人員配置基準となっている。職員配置の効率性からは、6名であれば1.5名の倍数であったが、関係団体からの安全性の確保のためという強い意見で5名となった。その後、介護報酬改定の際に上限の拡大が累次に行われた。

まず2009年には、待機者がいる事業所数が多いことを踏まえ、経営の効率化を図り、安定的なサービスを提供する観点から、定員上限が5人から8人に拡大された。[厚生労働省, 2006] [厚生労働省, 2008]

次に2012年には、定員上限は8人から9人へ拡大された。これは、次頁(3)で述べるが、2012年に障害児等通所支援の弾力的実施に関する通知が出され、療養通所介護事業所の定員内であれば、児童発達支援事業等を併設することにより、障害児や障害者も受け入れられるようになった。そして、児童発達支援事業を併設している療養通所介護事業所は、併設していない事業所よりも定員数が多い傾向があるため、障害児者の受入れ数の強化を想定して、定員上限数の拡大が行われた。しかしながら、事業所数は依然として横ばいであり、看護介護職員配置基準1.5対1が変わらない限り開設を増やすことは難しいのではないかと指摘もあった[厚生労働省, 2017]。

更に、2018年には9人から18人へ倍増された。これは、療養通所介護において、障害福祉サービス等である重症心身障害児・者の方々の児童発達支援等を実施している事業所が多いことを踏まえ、更に地域共生社会の実現に向けた取組を推進する観点から、利用定員数を9名以下から18名以下へと引き上げた[厚生労働省, 2018]。この改正については、その後の給付費分科会でも、人口当たりの設置状況における偏在が著しく、定員上限の拡大を行った効果が見られないと、委員から指摘されている。[厚生労働省, 2018]

### (3) 障害児等通所支援の弾力的実施

「障害児等通所支援」とは、児童福祉法における児童発達支援、放課後等デイサービス、障害者総合支援法における生活介護の3つ、または、いずれかの福祉サービスを指す。

児童発達支援は、児童福祉法に基づき、未就学児を対象に、障害のある子どもに対し、児童発達支援センター等において、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他の便宜を提供するものである。

放課後等デイサービスは、児童福祉法に基づき、学校（幼稚園及び大学を除く。以下同じ。）に就学している障害児に、授業の終了後又は休業日に、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他の便宜を供与することとされている。

生活介護とは、障害者総合支援法に基づき、常時介護を必要とする障害者を対象に、通所することにより主として昼間に入浴や排泄、食事などの介護、調理、洗濯、掃除などの家事、生活などに関する相談、および助言や創作的活動、生産活動の機会の提供などを行う事業とされている。

まずは療養通所介護事業所にて障害児等通所支援が実施された経緯について概観する。

2012年に児童福祉法と障害者自立支援法の法律改正が行われ、障害児・者のケアは施設収容型のケアから、在宅でのケアに方向性が変わった。先天異常や超低体重の新生児の集中治療の普及により、救命率が向上するとともに、人工呼吸等の医療機器の開発により、在宅での暮らしが可能となった。このような目覚ましい技術的な進歩を背景として、救命される重度障害児が増加し、地域における看護ニーズが高まっている。2012年の児童福祉法の改正以降、通所型支援等サービスが創設され、重度障害児でも施設から在宅での生活



が推進されるようになった。また、この10年間で増加した医療的ケアが必要な重度障害児7,675人は、標準的な5名定員の児童発達支援事業所で受入れた場合、1,535か所分に相当する。一方で、主に重症心身障害児の通所支援事業所は、現在、全国で248か所である[厚生労働省, 2015]。こういった医療ニーズの高い超重度障害児の急激な増加に対して、地域での通所支援事業所の整備は喫緊の課題となっていた。

そのような状況において、介護保険サービスである療養通所介護であるにもかかわらず、高齢者や難病患者、がん末期の利用者に混ざって、呼吸器等を装着している重度障害児を、制度外でも受け入れている療養通所介護事業所があるという実態が明らかになっていた。重度障害児を自宅でケアしている母親が、看護師が手厚く配置されている療養通所介護事業所のことを聞きつけて、子どもを預かってもらえないかと、直接談判していた。このような事例は全国的にみられ、呼吸器や気管切開している重度障害児については、いずれも実費のみで、半ばボランティアで医療ニーズのある重度障害児を受け入れていた。このような制度外利用の増加を踏まえ、児童発達支援等の通所サービスの指定を療養通所介護所でも受けられるよう訪問団体や利用者家族からの要望が高まっていた。

この増大する医療的ケア児のニーズにも対応するため、2012年の児童福祉法と障害者自立支援法の改正を受けて、2012年には、厚労省担当2課（老健局老健課と障害福祉部障害福祉課）連名の事務連絡が発出され、療養通所介護事業所は、児童通所支援事業（児童発達支援や放課後等デイサービス）と障害者通所支援事業の事業所としても追加で指定できるようになり、療養通所介護事業所の定員内であれば、障害児や障害者も受け入れられるようになった[厚生労働省, 2012]。この結果、療養通所介護事業所で受け入れられる利用者は全世代となり、介護保険制度、障害福祉制度、児童福祉制度にまたがる改正が行われたと言える。一方で、障害児等通所支援事業の指定を受ける療養通所介護事業所では、児童指導員又は保育士を1人配置する必要があり、機能訓練担当者も看護職員が兼務できるものの配置が義務付けられ、新たに専門職の職員を配置する必要が生じた。このように、障害児等通所支援事業を弾力的に実施できるようになったことは、制度をまたぐ大胆な制度改正であるが、療養通所介護事業所の視点に立つと、定員内での障害児者の受け入れができるようになったものの、制度的には新たな事業所の指定をそれぞれ受けることが必要であり、何等かの規制緩和が行われたわけではない。

なお、2018年に介護保険サービスと障害福祉サービスがそれぞれの利用者を混在して受け入れることができるよう相互に事業所指定を受けやすくする「共生型サービス」の制度が創設されたが、重度者を対象とした療養通所介護では、事実上6年前倒しで行われていたことになる。そして、この共生型サービス創設の際、療養通所介護は唯一の既存の共生型サービスとして注目されたが、2018年に障害福祉課から再度、障害児等通所支援事業等を介護保険サービスである療養通所介護で実施する場合の取扱について事務連絡が発出され、「共生型サービス」と称してもよい、とされた。

一方、児童福祉サービス・障害福祉サービスの報酬については、2018年度改定において、看護職員配置加算が創設され、看護職員を基準以上加配している場合に、1人の加配につき200単位加算されるようになった。これは、2016年に障害者の重度化・高齢化への対

応、医療的ケア児への支援や就労支援サービスの質の向上などの課題に対応するために、障害者総合支援法等（H28.5 成立）を踏まえた報酬・基準の改定が行われたものである。[厚生労働省, 2018]。しかしながら、療養通所介護で実施する場合の報酬の増額や加算等の措置は講じられなかった。

#### (4) 基本報酬と報酬の見直し

療養通所介護の介護報酬は、4～6時間のサービスで1,000単位、6～8時間のサービスで1,500単位とされたが、短時間はがん末期患者らのモデル事業から提案されたもので、家族のレスパイトの目的を想定したものであり、長時間が主たる利用と想定された。

他の介護サービスの報酬には、本体単価に数種の加算が設定されているが、療養通所介護は、加算は作らない代わりに、比較的高い基本料が時間の長短で報酬は2つ設定され、訪問看護系団体も当面はこの報酬体系でスタートすることを了承した。

その後、9年間見直しが行われなかったが、経営基盤強化の観点から、日本訪問看護財団が2006年の制度創設以降要望していた送迎・入浴体制に関する加算が2015年に追加された。ただし、個別送迎体制強化加算210単位及び入浴介護体制強化加算60単位の要件には、2名以上の従事者が個別に対応し、そのうち1名は看護師または准看護師とされており、実行上厳しい体制が求められた。

また、2021年度には、療養通所介護の報酬体系を包括報酬へ変更する抜本的な見直しが行われた。厚生労働省老健局は、重度者が他の通所サービスに比べて多く、1ヶ月に1回以上キャンセルする利用者が20%であることを示し、加算の算定状況や提供されているケアの現状、利用状況を踏まえて、柔軟に、そして、安定的なサービスが提供できるよう、包括報酬とする必要があるのではないかと述べている[厚生労働省, 2020]。この改定により、月あたり12,691単位の包括報酬となった。ただし、利用回数が月4回以下の場合は3割減算されることとなった。

一方、医療の診療報酬においては、2014年の診療報酬改定で、大型で24時間、医療ニーズの高い難病や小児への訪問看護を行う機能強化型訪問看護ステーションが創設され、普及している。2018年の診療報酬改定では、この機能強化型訪問看護ステーションの加算要件に療養通所介護事業所の併設が加わり、訪問看護と療養通所介護が一体的に運営され医療ニーズの高い利用者を支えることについて、医療保険側から間接的に評価されたことになる。

#### (5) 地域密着型サービスへの移行

2016年の介護保険法の改正により、介護保険法に規定されている「通所介護」のうち、定員18人以下の小規模事業所については市町村が指定・監督主体となる「地域密着型サービス」へ移行した。療養通所介護は、定員上限はこの時点では9名であったため、小規模な通所介護事業所に該当するものとして、「地域密着型サービス」へと特段の検討なく移行した。

それまでは、療養通所介護事業者の指定・監督主体は訪問看護ステーションと同様、都道府県であった。そのため、訪問看護ステーションの利用者の圏域と療養通所介護の利用者の圏域は同じであり、訪問看護サービスの利用者で、通所による長時間ケアの必要のある利用者に対して療養通所介護サービスの提供が行われていた。そして、モデル事業で実証されたように、医療ニーズのある重度の利用者に対して、継続した訪問と通所のサービスが、訪問看護ステーションと療養通所介護で一体的に運営されていた [吉池由美子, 2006]。

この制度改正について厚生労働省老健局は、「療養通所介護事業については、少人数で生活圏域に密着したサービスであることから、地域との連携や運営の透明性の確保が必要であり、また、市町村が地域包括ケアシステムの構築を図る観点から整合性のあるサービス基盤の整備を行う必要がある。このため、今回の改正法により、小規模な通所介護が、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに移行することに伴い、療養通所介護が地域密着型サービスに位置づけられることは適当」と述べている [厚生労働省, 2017]。しかしながら、療養通所介護の地域密着型サービスへの移行に関して、療養通所介護の利用者の状態や、医療ニーズへの対応のサービスの特徴については、検討されなかった。療養通所介護は、訪問看護サービスの利用者のうち、在宅療養の継続のために通所によるケアが必要な利用者へサービスを提供しているため、圏域は訪問看護の利用者と同じでないと訪問看護と療養通所介護で一体的な運営に支障が生じるものとする。

また、地域密着型サービスは、事業者の指定監督権限等が都道府県から市町村へ委譲され、その利用者は市町村の住民のみに原則限定されるため、事業所側にとっては、新規の利用者確保においても、従来の圏域から狭い範囲となり、影響が生じるのではないかと考える。一方で、保険者である市町村側としては、介護保険運営の観点から他市町村からの利用者に対しては、地域密着型サービスの趣旨から利用を制限したい意向が生じるため、この地域密着型への移行については、事業者側と自治体側で利害の対立が発生することが想定される。

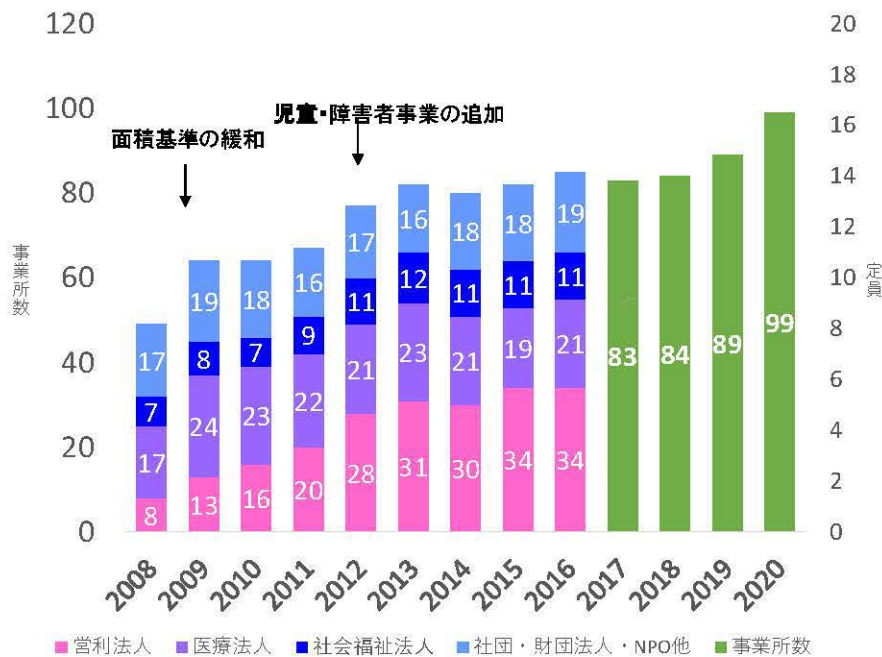
### 3-4 療養通所介護事業所の制度改正と開設状況

3-3では、療養通所介護をめぐる制度の変遷を見てきた。これまでに行われてきた制度改正は、いずれも在宅の重度の高齢者や障害者・児の医療ニーズの増大に対応することを目的としたものであるが、そのうち、①利用定員上限の拡大、及び、②障害児等通所支援の弾力的実施は、職員配置や運営に関する基準の緩和による事業所の規模拡大、また、③報酬の見直しは事業所の経営改善、④地域密着型サービスへの移行は身近な自治体によるサービス基盤の整備、というそれぞれの制度的な意図をもって行われたものであった。これらの制度改正は、在宅重度者の医療・看護ニーズの増大に対応したサービスの提供を推進するという目的を果たすことができたのであろうか。

本節では、「介護情報サービス情報公表システム」等の政府の既存データや、特別集計された政府の審議会等の資料により、療養通所介護事業所の事業所数推移及び地域偏在について検討する。

(1) 事業所数の推移

図 3-3 は、療養通所介護事業所の数の推移を表したものである。まず事業所数について、利用者 1 名あたりの面積基準が 8 m<sup>2</sup>から、6.4 m<sup>2</sup>へ緩和された 2009 年と、障害児等通所支援事業が弾力化された 2012 年には比較的明確な前年比増が見られるものの、それ以外に関しては、微増にとどまっている。障害福祉サービス等の報酬改定で、障害児等通所支援事業における医療的ケアのための看護職員配置への加算が創設された 2018 年以降は増加傾向にはあるが、2008 年からの 12 年間で 2 倍までの増加にとどまっている。次に開設主体について、制度創設当初は医療法人と社会福祉法人が多かったが、2012 年以降は営利法人の開設が増え、特に営利法人については全体の 3 割を占めている [厚生労働省, 2017]。



参考：厚生労働省第 141 回給付費分科会資料(2008 年は介護情報サービス公表システム)  
厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年 4 月審査分)

図 3-3 療養通所介護事業所開設の推移(著者作成)

## (2) 地域偏在の状況

図 3-4 は、2018 年 5 月時点で公表されていた療養通所介護事業所 93 事業所について、都道府県別の療養介護通所事業所開設数と人口 10 万人あたりの事業所数を示したものである。事業所開設数をみると、都道府県によって開設数にバラつきが大きいことが明らかになった。主に、神奈川県、兵庫県、愛媛県の 3 県で療養介護事業所数は突出して多く、次に、北海道、東京、大阪などでも比較的多くの開設数が見られた。一方で、療養通所介護事業所が全くない都道府県が 20 府県に上っている。

この事業所数を人口比で見ると、人口に対しては、愛媛県、滋賀県、徳島県、佐賀県、鹿児島県の開設数が多く、これに対して、事業所実数の多かった神奈川県と兵庫県は、人口当たり数では特段多いグループには含まれなかった。

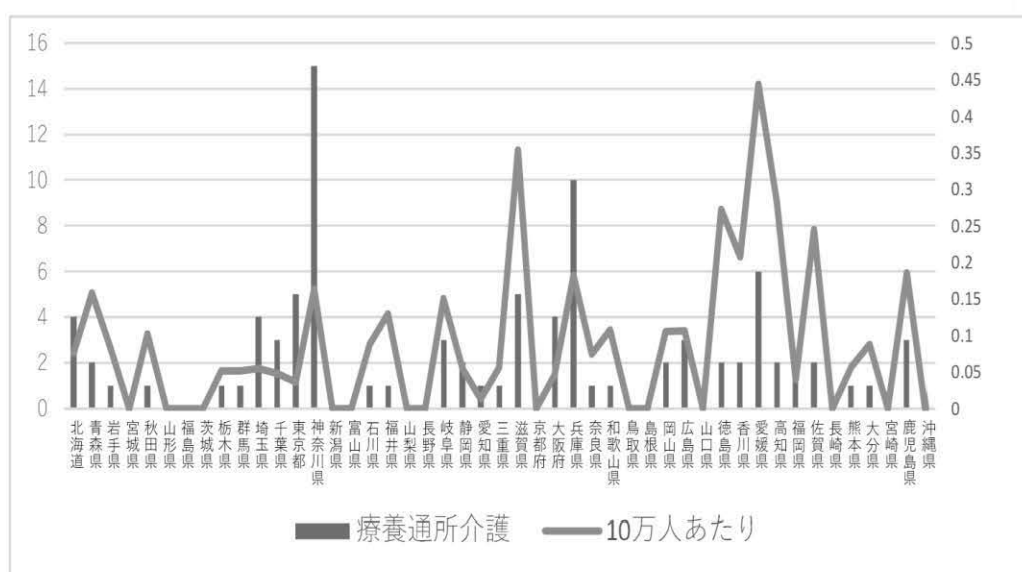


図 3-4 事業所の地域偏在と 10 万人あたりの事業所数

また、各都道府県内における地域的分布にも偏在がみられた。具体例として、最も事業所実数の多かった神奈川県内の事業所分布を図 3-5 に示した。これによると、事業所の開設は、人口の多い都市部に偏在する傾向があり、横浜市内、川崎市内と、比較的人口密集した地域に多く開設されていた。しかしながら、人口の多い市町村を含む多くの市町村で開設されていなかった。

このように、在宅重度者の医療ニーズの受け皿拡大に向けて度重なる制度改正が行われてきたにも関わらず、療養通所介護事業所の数は増加しておらず、また、地域による偏在が見られる状況となっている。

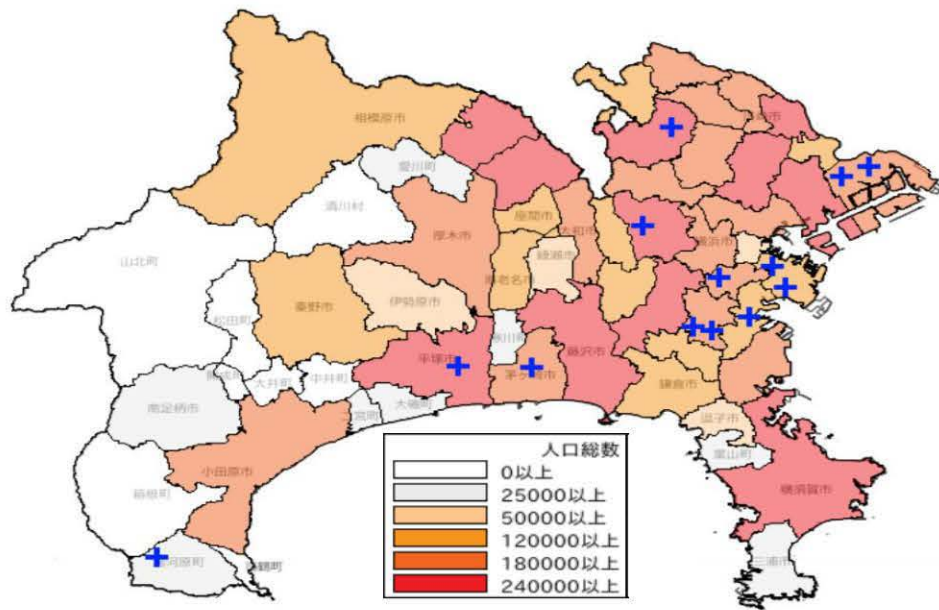


図 3-5 療養通所介護事業所の分布(神奈川県)

### 3-5 まとめ

本章では、療養通所介護事業について、その前身となるモデル事業の開始から制度創設の経緯について整理した。重度者へ向けた在宅医療サービス、特に通所サービスの変遷について、厚生労働省による「通所看護」のモデル事業の実施から、療養通所介護の創設に至る経緯に焦点を当てた。

モデル事業の成果としては医療ニーズの高い中重度療養者に対する通所サービスは、健康状態の改善と安定化による入院の回避、家族などの介護者のレスパイトを可能にするなど、利用者のみならずその家族へも成果があり、関係専門職種からの評価も高く、制度化が望まれた。利用希望者は65歳以上の高齢者や40～64歳の第2号被保険者だけでなく、重症心身障害児など幅広く、地域に受け入れ先がない医療ニーズの高い在宅療養者が多数報告された。

このモデル事業の報告を受けて、療養通所介護は、介護保険法に規定する独立したサービス類型としては位置付けられなかったが、介護保険法に規定する「通所介護」の介護報酬上の一類型として創設され、「中重度者を支えるサービス拠点となること」、「訪問看護との一貫性」を重視し、主治医や訪問看護師との密接な連携によって、看護師による利用者の状況を常時観察することが報酬の算定基準に定められた。

その後、創設から16年間で利用定員上限の拡大、障害児等通所支援事業の弾力的実施、報酬の見直しのほか、市町村が事業所指定権限を持つ地域密着型サービスへの移行という

4つの制度改正が行われ、在宅重度者の医療ニーズに対応しつつ、さまざまな発達段階、社会的背景、障害を持つ人が共生できる社会の実現に向けて、事業を継続発展させる必要があることが見出された。そして、介護保険制度のみならず、障害者福祉制度、児童福祉制度、診療報酬に関する数次の制度改正が、医療ニーズの高い在宅中重度者の受け皿拡大に向け行われてきたことについて、制度改正の政策決定過程における審議会等での資料や議論から明らかにした。

しかしながら、療養通所介護事業所の開設数は微増にとどまっており、また、地域による偏在も見られる。すなわち、制度改正の効果は表れていないのではないかと考えざるを得ない。このことには、それぞれの制度改正について、次のような課題が見出された。

利用定員上限の拡大は、経営の効率化による安定的なサービス提供のために行われたにもかかわらず、1.5対1の人員配置基準が足かせとなり、利用定員の増加や事業所の開設増加にはつながっていない。

障害児等通所支援の弾力的実施は、療養通所介護事業所の受け皿拡大を目指したものが、実施に当たり保育士等の人員確保が必要となることから、事業所数の増加にはつながっていない。

療養通所介護に係る介護報酬は、基本報酬のみが設定され、その見直しは経営基盤の強化を目的として行われたものであるが、先行研究では、介護報酬単価が低く採算が取れない可能性や、看護師ら専門職の配置数や所要時間に比べて介護報酬が低いといった指摘がなされている。

地域密着型サービスへの移行は、身近な自治体（市町村）によるサービス整備を図るための改正であったものの、事業所の開設状況には地域偏在が見られる。また、事業者の指定監督権限が都道府県から市町村に移行し、利用者の圏域が縮小したことにより、事業経営の観点から利用者を確保したい事業所と、介護保険運営の観点から利用者を制限したい自治体の間で利害が対立する構図になっている。

こうした課題認識のもとに、療養通所介護をめぐる上記4つの制度改正（①利用定員上限の拡大、②障害児等通所支援の弾力的実施、③報酬の見直し、④地域密着型サービスへの移行）の効果について検証が必要であるとの問題提起を行った。

療養通所介護事業に関しては、公的統計では運営状況の詳細は不明であることから、次章以降では、本研究で実施した独自のアンケート調査及びヒアリング調査の結果を基に、療養通所介護事業所の数の増加につながらず、地域偏在を生じさせている要因を分析し、これら4つの制度改正に対する政策評価を行うこととしたい。

## 第4章 利用定員上限の改正に関する政策評価

第3章では、療養通所介護をめぐる制度の変遷を調べ、4つの主な制度改正を整理した。その制度改正によって開設事業所数が増加したり、地域偏在が均てん化に向かったりしたのかを既存資料から分析した。医療ニーズの高い在宅重度者の受け皿拡大に向けて度重なる制度改正が行われてきたにも関わらず、療養通所介護事業所の数は増加しておらず、また、地域による偏在が見られる状況となっていることが分かった。

利用定員上限の拡大に関しては、規模拡大による運営効率化を狙って行われたにもかかわらず、1.5対1の人員配置基準が足かせとなり、利用定員に増加が見られず、事業所の開設も増えていないといった課題が示された。しかしながら、政府統計に掲げられていないため既存資料が限定的であり、明らかな制度改正の影響までは明らかにできなかった。そこで本章では、独自に実施したアンケート調査及びヒアリング調査に基づき、各節で詳細を分析し、利用定員上限の改正に関する政策的評価を行う。

### 4-1 開設事業所数への影響

2006年に療養通所介護の制度が創設された際、介護報酬の算定要件で定員上限数は5人と定められていた。しかし、療養通所介護事業の普及のため、厚生労働省は介護報酬の算定要件としての定員上限数を、3年ごとの介護報酬改定時に見直し、2009年には5人から8人に、2012年には更に9人へ、また2018年には18人にまで拡大を行った。こうした定員上限の緩和は、療養通所介護事業所の開設にどういった影響を与えたのか、考察を進めていく。

図4-1は2018年の実態調査で回答のあった49事業所について、2006年から2017年までの開設事業所数の推移を示している。

介護報酬の改定による3年間に区切った2006～2008年、2009～2011年、2012～2014年、2015～2017年の4つの期間で見ると、開設数は創設初期の2006～2008年は22か所と最も多く、特に2006年はモデル事業に参加した事業所も含めて12か所と最多となっている。定員上限数の引上げ後の期間はいずれも創設初期を上回ることはなく、半数以下に留まっている。



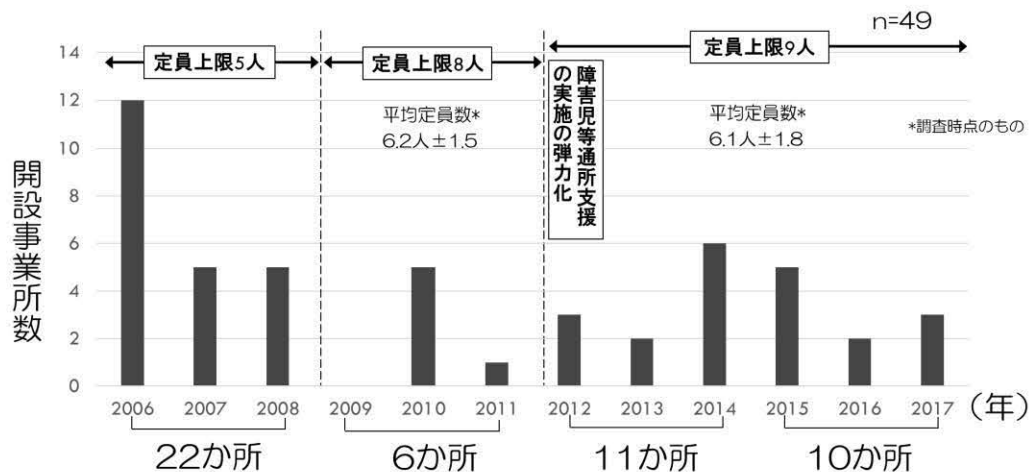


図 4-1 開設事業所数の推移 (著者作成)

また、2018 年 8 月の調査対象である 83 事業所について、追跡調査を行ったところ、約 3 年後の 2021 年 10 月末時点までに、休止 4 か所、廃止 13 か所、計 17 か所 (20%) が休廃止していた。休廃止時期は、2019 年 10 か所、2020 年 5 か所、2021 年 2 か所だった。

これらのことから、定員上限数緩和の政策は開設事業所数の変化に好影響を与えたとは言いがたい。

#### 4-2 定員数への影響

表 4-1 は実態調査で回答のあった 49 事業所の定員数等の実態を示している。調査時点 (2018 年) の療養通所介護事業所の定員上限数は 18 名であったが、定員数の平均は、6.6 人 ± 2.6 であった。また、定員数の平均 5.5 名に対し、最大利用者数の平均は 4.7 人で、平均充足率は 71.2%にとどまっている。

表 4-1 療養通所介護事業所における定員数等の実態 (実態調査データ)

| 基本特性       | 全体<br>N=49 |             |
|------------|------------|-------------|
|            | N          | 平均(±SD)     |
| 定員数 (人)    | 49         | 6.6(±2.6)   |
| 最大利用者数 (人) | 49         | 4.7(±3.3)   |
| 登録利用者数 (人) | 47         | 16.6(±10.2) |
| 延べ面積 (㎡)   | 27         | 90.7(±88.9) |
| 一人当たり延べ面積  | 27         | 12.7(±8.3)  |

図 4-2 は定員数の分布を示したものであるが、定員 6 名が 13 事業所と最も多く、9 名と 5 名が 8 事業所で続いていた。定員 6 名以下の事業所が 61.2%、定員 9 名以下の事業所が 91.8%とほとんどが小規模な事業所であった。

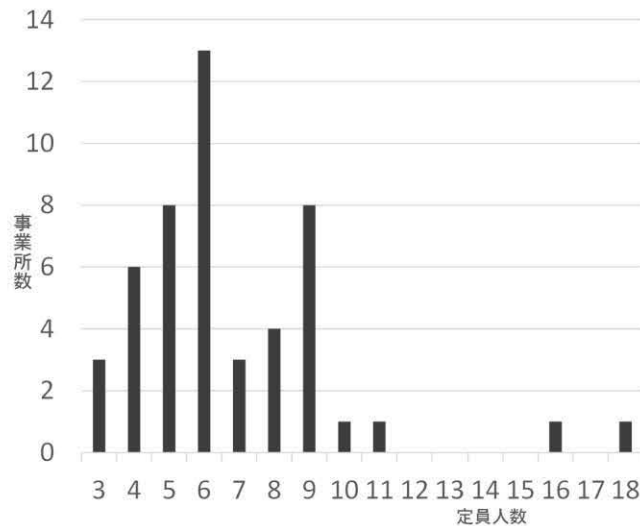


図 4-2 療養通所介護事業所定員数の分布 (2018 年時点) (実態調査データ) n=49

また、図 4-1 の 3 年間毎の平均定員数をみると、定員上限が 5 人から 8 人に引き上げられた 2009～2011 年開設事業所で 6.2 (標準偏差±1.5) 人で、それまでの定員上限 5 人を超えていた。しかし、定員上限が 9 人へ引き上げられた 2012～2017 年開設事業所の定員数は、6.1 (±1.8) 人と微減であり、定員 6 人以下の事業所が 14 か所 (66.7%) を占めていた。これは、定員上限数を引き上げる改正をしても、定員数を増やす事業所は少なかったことを示している。

図 4-3 は療養通所介護事業所の利用圏域人口と定員数の関係を示している。利用圏域人口は、療養通所介護事業の営業地域を送迎時間 30 分以内としている事業者が多いことから、車で 30 分以内にアクセスできる圏域の人口を RESAS の短距離移動時間分析により求めた。相関係数は 0.0414 であり、利用圏域人口と定員数の間には相関関係は見られなかった。これは、圏域人口が多くても、すなわち、需要が多くても定員数を大きくしているわけではないことがわかる。

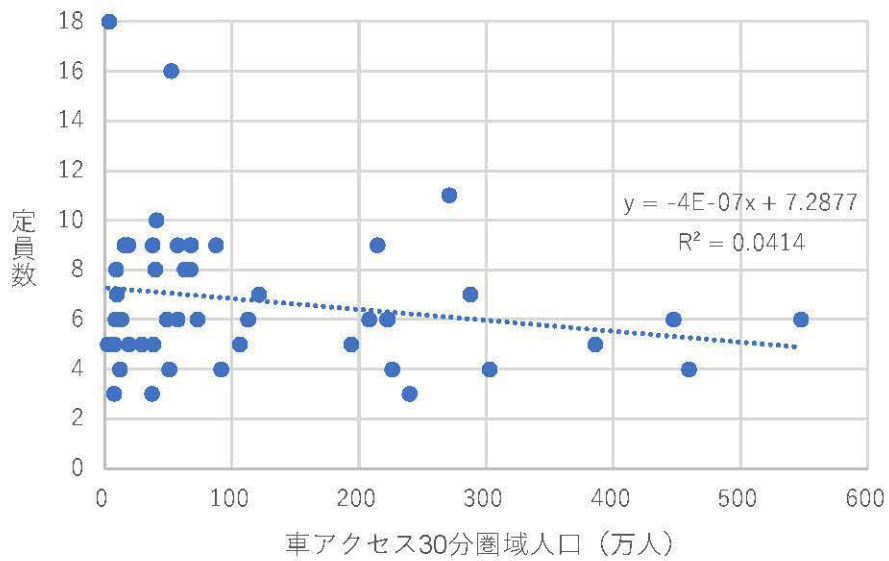


図 4-3 療養通所介護事業所利用圏域人口と定員数 (2018 年時点)

図 4-4 は、療養通所介護事業所の利用圏域人口と定員あたりの登録利用者数の関係を示している。圏域人口と定員あたり登録利用者数との間には弱い正の相関関係が見られ、圏域人口が少ない場合には登録利用者数を確保することが難しいことが窺える。一方で、圏域人口の多くても定員あたり登録者数は 6 人以下にとどまっており、定員に対する登録利用者数には限りがあるものと考えられる。すなわち、圏域人口が多い事業所では、需要が多くてもそれに応え切れていない状況であることが窺える。

定員上限が 8 人以上に引き上げられた後も、定員が 6 人以下の事業所の方が多い要因としては、介護報酬の算定要件は人員配置基準が 1.5 : 1 と定められており、定員上限が増え

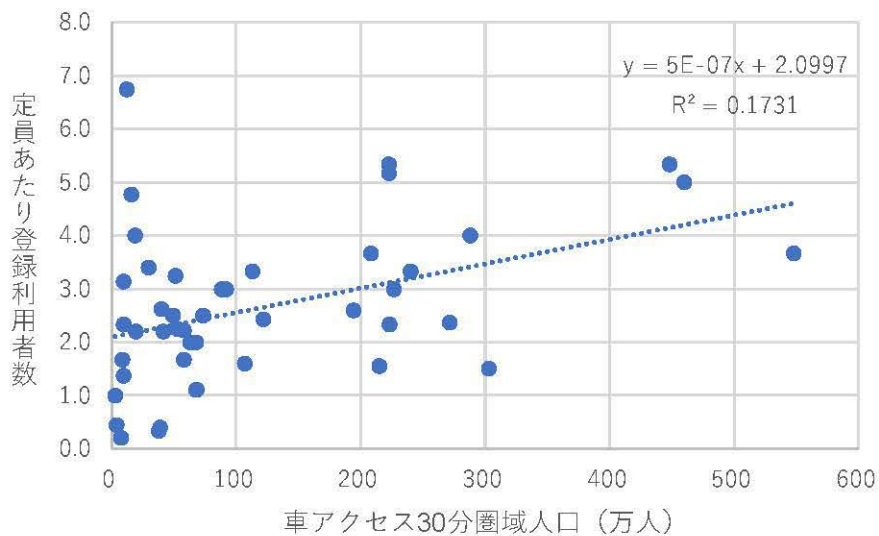


図 4-4 療養通所介護事業所利用圏域人口と定員あたり延べ利用回数 (2018 年時点)

ても、利用者数に比例した職員配置が必要であるため、スケールメリットが生じないためと推測された。なお、定員の最頻値は6人で、2番目が9人であることから、1.5:1の基準から効率的な職員配置として3人の倍数で定員数を定めていたと考えられる。このことから、定員上限を5人や8人ではなく、3の倍数である9人としたことは一定の評価はできる。

一方、定員上限が9人へ引き上げられても、定員6人以下で開設する事業所が最も多かったのは、利用者が重篤な状態であることが要因の一つと考えられる。図4-5は利用者が療養通所介護の利用を中止した主な理由であるが、死亡58人(49.6%)が最も多く、次に入院36人(30.8%)が続いた。また、要介護度も要介護4と5が86.1%を占めていた。このことから、利用者が重篤な状態であることが明らかである。橋本らは、重篤な患者の行き届いた観察看護のためには「6床までが限度」としており、療養通所介護の利用者特性から定員6人以下としているものと推測された。[橋本寛敏, 1980]

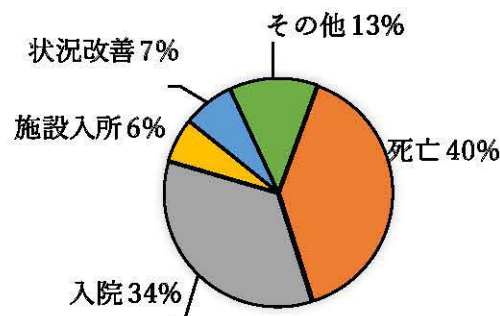


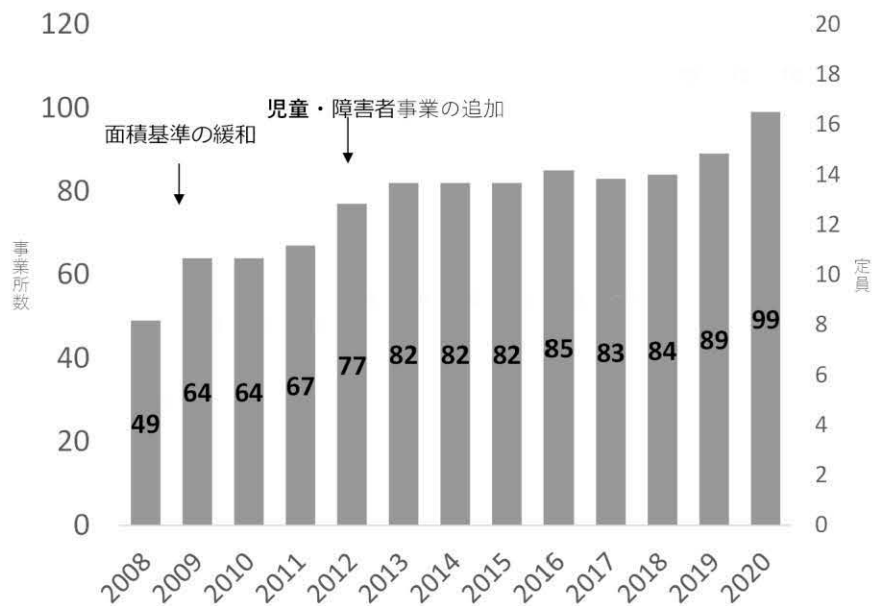
図 4-5 利用終了の理由 (著者作成)

実際の事業所が設定している定員数は、6人が最も多く、小規模な定員での運営を行う事業所が多かった。様々な要因があると思われるが、事業者側が定員増を選択しなかったということは明らかである。このことから、定員上限9人への引き上げは、開設事業所数の増加に至る効果はなかったといえる。

#### 4-3 スケールメリットの検討

こうした傾向は、公的データからも同様の推移を見ることができる。図4-6は厚生労働省の統計データであるが、一見、事業所が増えているように見えるが、全体母数が少ないために1事業所が増えると全体的も増加したように見える特徴がある。3回の定員上限数の引き上げ対策は、規制緩和やスケールメリットを生かして経営上メリットがあることを

期待した対策と言われている。療養通所介護事業所数が増加しているようにも見えるが、医療的ケア見数の増加と比較すればその増え方は、全く十分とはいえない。



参考：厚生労働省第141回給付費分科会資料（2008年は介護情報サービス公表システム）

図 4-6 療養通所介護事業所開設の推移

他の介護サービスの職員配置の基準では、定員増加によってスケールメリットが生じ、経営改善に寄与することが期待されている。一方で、介護保険における通所サービスにおいて療養通所介護だけは、病院の病棟看護師配置と同様に、利用者対従事者数 1.5 : 1 の比例制で定められている。表 4-2 は、地域密着型通所介護と療養通所介護について、定員を 6 人から 18 人にした場合のスケールメリットをそれぞれの人員配置基準に従ってシミュレーション比較したものである。地域密着型通所介護では、定員が 18 人と 3 倍になった場合の配置職員数は 3 人から 5 人と 1.67 倍になる。これに対し、療養通所介護では 4 人から 12 人と 3 倍となり、定員増加によるスケールメリットは全く生じてない。

以上から、定員上限の拡大に関する対策は、療養通所介護事業所への普及効果はなかったと考える。

表 4-2 事業別職員配置基準

| 事業種別<br>職種等     | 地域密着型通所介護   |     | 療養通所介護           |     |
|-----------------|-------------|-----|------------------|-----|
|                 | 利用定員        | 6   | 18               | 6   |
| 管理者資格<br>(兼務)   | なし<br>(兼務可) |     | 看護師・保健師<br>(兼務可) |     |
| 生活相談員           | 1           | 1   | 1                | 1   |
| 看護師・保健師         | 1           | 1   | 3                | 11  |
| 介護職員            |             | 2   |                  |     |
| 合計              | 3           | 5   | 4                | 12  |
| 職員1人当たり<br>利用者数 | 2           | 3.6 | 1.5              | 1.5 |

#### 4-4 まとめ

本章では、利用定員上限の変更政策が開設事業所数や定員数に与えた影響について見てきた。開設事業所数の変化については、微増が見られるものの、制度改正によって増えているとは言い難い。特に医療ニーズの高い利用者が多い場合、多くの利用者を同時に管理することは困難であることから、多くの事業所は小規模での管理を行っていることが窺えた。

定員上限9名への引き上げについては、定員9名の事業所が一定数あり、定員上限引き上げ後に定員を増やした事業所もあることから一定の成果はみられるものの、開設事業所数の増加に至る確実な効果はなかった。圏域人口との分析からは、圏域人口が多くても定員数を大きくしているわけではないこと、定員あたり登録者数も6人以下にとどまり、需要が多くてもそれに応え切れていない状況であることが窺えた。また、事業所の経営的な観点からは、定員増加によるスケールメリットは全く生じていなかった。むしろ、適切な職員配置基準や報酬、加算について検討を行う必要がある。

## 第5章 障害児通所支援事業の弾力的実施に関する政策評価

第3章では、2012年の制度改正により、これまで高齢者が中心であった療養通所介護事業所の利用者に障害児が加わり、併設事業として障害児等通所支援事業の実施が弾力化された経緯について述べた。この障害児等通所支援の弾力的実施は、療養通所介護事業所の受け皿拡大を目指したものだが、のべ利用件数の増加は見られるものの、実施に当たり保育士等の人員確保が必要となることから、療養通所介護事業所数の増加にはつながっていないといった課題が示された。

本章では、実態調査に基づき、各節で詳細分析を行い、障害児通所支援事業の弾力的実施に関する政策評価を行う。先ず、障害児等通所支援事業の弾力化と開設事業所数の相関について述べ、障害児通所支援等事業の実施が、事業所の運営にどのように影響しているのかを考察する。次に、共生型サービスに先駆けて、介護保険の利用者のみならず、障害者・児も受け入れ、それぞれの対象者の医療ニーズへの対応を含むサービスの提供について言及する。

### 5-1 開設事業所数への影響

2018年の地域共生型サービス創設に先立ち、2012年には、介護保険サービスである療養通所介護で児童・障害福祉サービスの追加指定を認める改正が行われた。これは療養通所介護の定員内であれば、児童・障害福祉制度による利用者を混在させてよいという大胆な制度改正であった。しかし、図4-1で示した通り、2012年の障害児等通所支援事業実施の弾力化以降も事業所数は特段の増加はなく、図5-1の実態調査による開設事業所数の推移をみても、障害児等通所支援事業実施の弾力化の効果は観察されなかった。

重度障害児は、2012年の児童福祉法の改正以降、通所型支援等サービスが創設され、重度障害児であっても在宅での生活を選択できるようになった。この10年間で増加した医療的ケアが必要な重度障害児7,675人は、児童発達支援施設の標準定員が5名であることから、児童発達支援事業所1,535ヶ所分に相当する。しかし、主に重症心身障害児の通所支援事業所は、現在、全国で248か所であり、増加した重度心身障害児を在宅で支えるためのサービスの整備は、喫緊の課題となっている[厚生労働省, 2015]。そのため、看護師配置の手厚い療養通所介護事業所で医療的ケアを必要とする重度心身障害児・者へのサービスも提供できるようにしたことは合理的であるが、開設数については、2012年の障害児等通所支援事業実施の弾力化以降も特段の増加はなく、制度改正の効果があったとは言い難い。

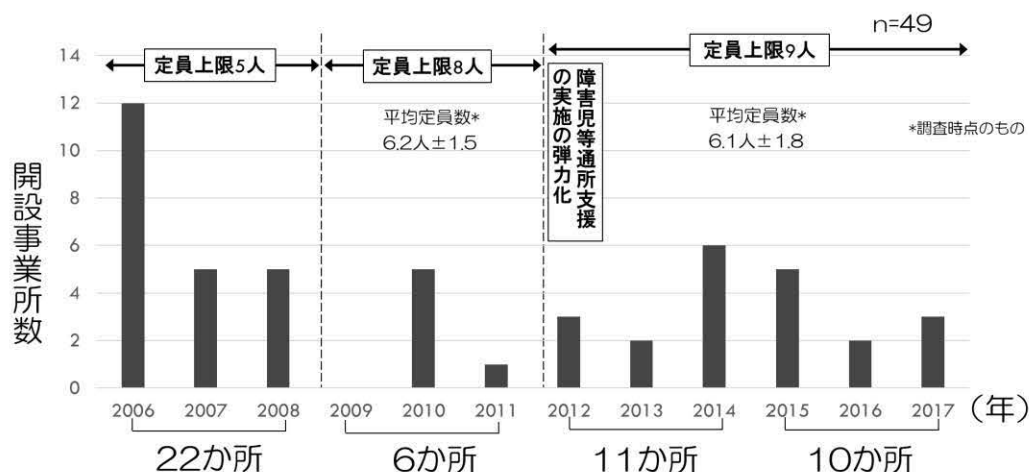


図 5-1 開設事業所数の推移 (再掲)

## 5-2 事業の併設への影響

表5-1は、実態調査に回答があった49事業所における併設事業の実態を示している。併設事業の中では、訪問看護ステーションが最も多く、42事業所(85.7%)が併設していた。障害児等通所支援の実施は26事業所(53.1%)が実施していた。その内訳は、未就学児を対象とした児童発達支援と就学児を対象とした放課後等デイサービスが21事業所(42.9%)で、成人の障害者を対象とした生活介護は16事業所(32.7%)だった。

通所の他に宿泊サービスの実施については、10事業所(20.4%)が実施しており、36事業所(73.5%)は実施していなかったが、他施設に依頼するのは3事業所(6.1%)だった。また、実施していない36事業所中、利用者が宿泊を希望しているのは、15事業所(41.7%)あり、宿泊のニーズが明らかになった。

図5-2は、事業所の開設年次と2018年現在の障害児等通所支援事業実施有無について示している。障害児受け入れが弾力化される2012年以前開設の事業所でも、2018年の調査時点では併設事業として障害児等通所支援事業を実施していた。また同時に定員も増やしていることが分かった。



表 5-1 療養通所介護事業所における併設事業の実態 (実態調査データ)

| 基本特性                 | 全 体 |           |
|----------------------|-----|-----------|
|                      | N   | % 平均(±SD) |
| <b>併設事業所</b>         |     |           |
| 訪問看護ステーション           | 42  | (85.7%)   |
| 居宅介護支援事業所            | 34  | (69.4%)   |
| 地域密着型通所介護 (介護予防含む)   | 20  | (40.8%)   |
| 通所介護(介護予防含む)         | 11  | (22.4%)   |
| 病院                   | 9   | (18.4%)   |
| 通所リハビリテーション(介護予防含む)  | 8   | (16.3%)   |
| 介護老人保健施設             | 7   | (14.3%)   |
| 診療所                  | 6   | (12.2%)   |
| <b>障害児等通所支援事業の実施</b> |     |           |
| 障害児等通所支援事業実施あり       | 26  | (53.1%)   |
| <b>内訳</b>            |     |           |
| 児童発達支援事業             | 21  | (42.9%)   |
| 放課後デイサービス            | 21  | (42.9%)   |
| 生活介護事業               | 16  | (32.7%)   |

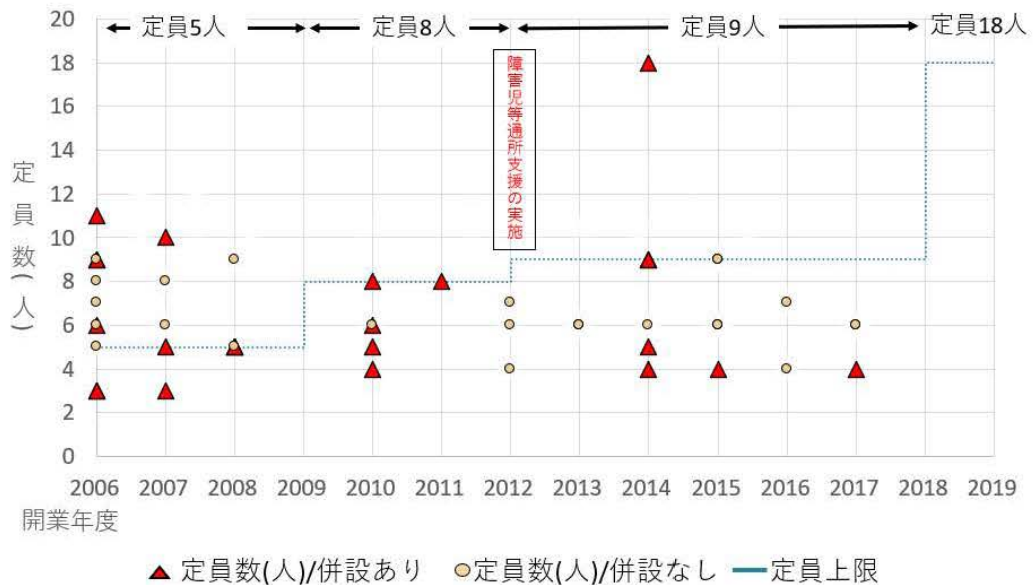


図 5-2 障害児等通所支援事業実施の有無 (実態調査データ)

表5-2は開設時期が2012年の前か後かで、障害児等通所支援事業実施の割合を比較し、Fisherの正確確率検定を行ったものである。児童発達支援、放課後等デイサービス、生活介護のいずれも、2012年以降開設事業所の方が実施している割合が多く、有意な差が認められた。また、2012年以前に開設した事業所の42.9%が弾力化以降に障害児等通所支援事業を実施している。このことから、障害児等通所支援事業実施の弾力化は開設数には影響を与えなかったものの、事業運営上は有効に働いていることが伺える。高齢者や難病患者に比べ、児童は送迎の負担が比較的軽いことも併設事業として積極的に取り入れられる理由の一つと考えられる。

表5-2 開設時期と障害児通所支援の実施

| 基本特性   | 2011年以前<br>開設事業所 |         | 2012年以降<br>開設事業所 |         | p値       |
|--|------------------|---------|------------------|---------|----------|
|  | n=28             |         | n=21             |         |          |
|  | n                | %       | n                | %       |          |
| <b>障害児等通所支援事業の実施</b>                         |                  |         |                  |         |          |
| 障害児等通所支援事業実施あり                               | 12               | (42.9%) | 14               | (66.7%) |          |
| (内訳)   |                  |         |                  |         |          |
| 児童発達支援                                       | 9                | (32.1%) | 12               | (57.1%) | 0.004 ** |
| 放課後等デイサービス                                   | 9                | (32.1%) | 12               | (57.1%) | 0.004 ** |
| 生活介護   | 7                | (25.0%) | 9                | (42.9%) | 0.026 *  |
| Fisherの正確確率検定(両側検定) *p<.05 **p<.01 ***p<.001 |                  |         |                  |         |          |

一方で、表 5-3 で示したように、障害児等通所支援事業の実施を行っていない事業所からは、その理由として「職員体制を整えることが難しい」、「設備を整えることが難しい」、「利用者で定員が埋まっている」などの声が聞かれた。

表 5-3 障害児等通所支援を実施しない理由（実態調査データ）

| (実施していないと回答) N=23 ※複数回答 |    |          |
|-------------------------|----|----------|
| 職員体制を整えることが難しいため        | 13 | (56. 5%) |
| 設備を整えることが難しいため          | 9  | (39. 1%) |
| 利用者定員で定員が埋まっているため       | 5  | (21. 7%) |
| 申請手続きが困難なため             | 2  | (8. 7%)  |
| 申請手続きが煩雑なため             | 1  | (4. 3%)  |
| 申請予定である                 | 1  | (4. 3%)  |
| 給付費の管理が大変であるため          | 0  | (0. 0%)  |
| 障害児通所支援等の情報がないため        | 0  | (0. 0%)  |
| 申請中である                  | 2  | (8. 7%)  |
| その他                     | 4  | (17. 4%) |
| 無回答                     |    |          |

表 5-4 は、療養通所介護事業と障害児等通所支援事業の職員配置基準である。児童発達支援と放課後等デイサービスの職員配置基準では、児童指導員又は保育士 1 名を配置することとされているが、昨今の保育士不足から確保が難しいために、障害児等通所支援事業の併設をあきらめた背景が伺える。障害児等通所支援事業の実施を推進するには、職員配置基準の見直しも検討課題になるものとする。例えば、療養通所介護の管理者は看護師であり、サービスの利用に際しては、5割以上が主治医の許可を得て連携が確保できている。そのため、福祉サービスとして定められている嘱託医の配置については、主治医との個別の連携強化の観点から、見直しを検討するか、療養通所介護と一体的に運営する障害児等通所事業の分類を、福祉型から医療型への変更を検討する必要があるのではないかと考える。

また、看護師を手厚く配置して医療的ケアを行うのであれば、従来の児童発達支援等の報酬に据え置かれたままでの普及は難しいと思われる。自治体からの開設補助金を含めた支援が必要である。

表 5-4 児童発達支援のサービス・職員配置基準

|             | 療養通所介護<br>(介護保険法)  | 主に重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等                                   |  |
|-------------|--|---|--|
|             |  | 主に重症心身障害児を通わせる<br>児童発達支援・放課後等デイサービス                       | 主に重症心身障害者を通わせる<br>生活介護事業   |
| 定員          | 9名以下   | 5名以上 (左記の定員のうち上記定員を認定可)                                   |  |
| 管理者         | 管理者1名<br>(看護師：兼務可)   | 1名 (左記との兼務可)  |  |
| 嘱託医         | -  | 1名 (特に要件なし)   |  |
| 従業者         | 看護師又は介護職員<br>(利用者人数に応じて1.5:1を配置)<br>(定員内で利用者外の者を受入れる<br>場合、利用者合計数に応じて1.5:<br>1を満たす配置が必要) | 児童指導員又は保育士1名以上<br>看護師1名以上<br>機能訓練担当職員1名以上<br>※提供時間帯を通じて配置 | 生活支援員<br>看護職員<br>理学療法士又は作業療法士(実施する場合)<br>※上記職員の総数は障害程度区分毎に規定<br>(例：平均区分5以上の場合、3:1)<br>(左記と一体的に配置することが可能) |
| 支援管理<br>責任者 | -  | 児童発達支援管理責任者1名<br>(管理者との兼務可。専任加算あり)                        | サービス管理責任者1名<br>(管理者及び左記との兼務可)  |
| 設備          | 専用部屋 (6.4㎡/人)<br>必要な設備 (兼用可)   | 指導訓練室の他、必要な設備 (左記と兼用可)                                    |  |

### 5-3 延べ利用回数への影響

図 5-3 は療養通所介護事業所利用圏域人口と定員あたり登録利用者数の関係を障害児等通所支援事業の実施の有無別に示したものである。両者とも弱い正の相関関係が見られるが、障害児等通所事業の実施ありの傾きが大きく、その平均値も実施なし 2.1 人に対して実施あり 3.2 人と、実施ありの方が登録利用者を確保しやすいことが窺える。

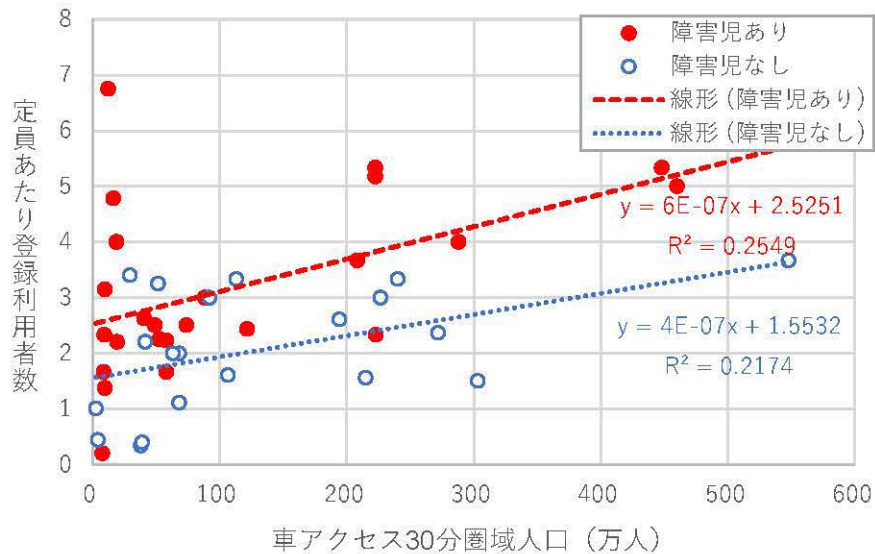


図 5-3 療養通所介護事業所利用圏域人口と定員あたり登録利用者数 (2018 年時点)

図 5-4 は、障害児等通所支援実施の有無による延べ利用回数を比較したものである。ここで、延べ利用回数とは、調査期間 2018 年 8 月の一カ月間の利用回数の合計である。

延べ利用回数の中央値は、障害児等通所支援を実施していない事業所の 83 回に対し、実施している事業所は 129 回と多く、Mann-WhitneyU 検定においても有意に多いことが明らかになった。なお、障害児等通所支援を実施する事業所の延べ利用回数の多い上位 15 か所のうち、9 か所においては療養通所介護よりも障害児等通所支援の利用割合が多く、そのうち 4 か所は障害児等通所支援の利用割合が 8 割以上となっていた。

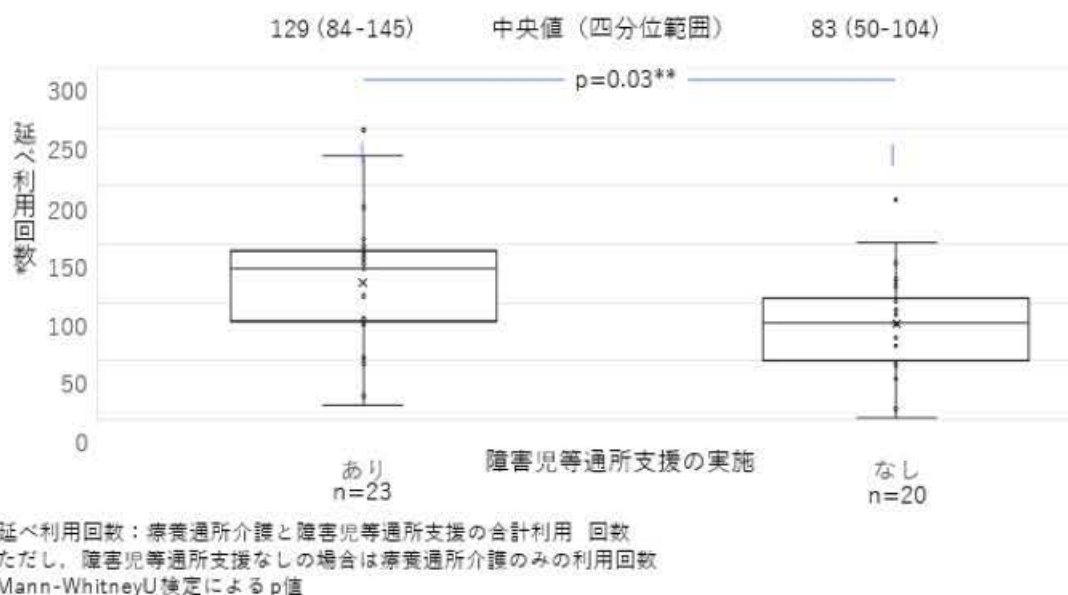


図 5-4 障害児等通所支援実施の有無と延べ利用回数

高齢者を中心とした療養通所介護事業所の利用者に比べ、児童の利用はキャンセル対応も比較的スムーズである。実態調査からは「高齢者は介護保険の中でやっているのでも臨時での利用が難しく、キャンセルで空いた枠は、キャンセル待ちや臨時利用希望のある小児で対応している」との声があった。また、キャンセル病床の稼働率を高めるため、利用者の SNS ネットワークを活用している事業所もあり、そうしたツールも、高齢者より児童保護者の方が上手く活用していると考えられる。

#### 5-4 全世代対応の看護の特徴と療養通所介護の制度的位置づけ

実態調査からは、地域のニーズに対応して障害児等通所支援事業を開始した事業所があり、半数以上の事業所で障害児や 40 歳未満の障害者を受入れていることが明らかになった。しかしながら、若年者の受入れを行わない事業所の回答では、職員配置や設備整備が困難であることを理由に挙げていた。また、指定を受けるため市町村の担当窓口を訪ねた際に、療養通所介護での受入れができることが理解されていなかったことや、事業所の指定要件を全てクリアするのは、事業所の改修では困難なので諦める事業所もあったことも明らかになった。

ここでの課題としては、そもそも療養通所介護が認知されておらず、障害児者の受入れができることが事務連絡での連絡となっており、自治体に周知されていないため、指定の手続きに事業所側が難渋していることと、複数事業所の指定要件の全てを 1 事業所で満たすことが難しいという制度上の課題が明らかになった。

もともと、看護の特徴としては、人の一生として、子どもから高齢者、看取りまで対応する全世代対応の特徴があり、療養通所介護事業所を基盤とした障害児等通所支援の弾力的実施の措置は、看護の特徴に一致した機能を付与した。

一方で、図 5-5 で示すように、介護や福祉制度の特性としては、それぞれの世代ごとに所管制度がそれぞれ異なり、未就学児は児童発達支援事業で児童福祉法，就学児は放課後等デイサービス，義務教育終了から 40 歳未満は生活介護で障害者総合支援法，そして、65 歳以上（一部 40 歳以上も可）は介護保険となっている。このように複雑な所管と給付の仕組みであることから、自治体側、事業者側ともに理解が不十分であることも明らかになった。

|      | 0歳         | 6歳         | 16歳     | 18歳 40歳        | 65歳         | 75歳   |
|------|------------|------------|---------|----------------|-------------|-------|
| 年代   | 未就学児       | 就学児童       | 義務教育終了後 | 成人             | 前期高齢者       | 後期高齢者 |
| 通所   | 児童発達支援(児童) | 放課後等デイ(児童) | 生活介護(障) | 地域密着型療養通所介護(介) |             |       |
| 訪問看護 | 訪問看護(医療)   |            |         |                | 訪問看護(介護・医療) |       |

図 5-5 訪問看護と通所サービスの制度について(著者作成)

また、訪問看護サービスについては、上記の介護や福祉制度とは異なり、介護保険の被保険者である高齢者以外は診療報酬で支払われる医療系サービスとされている。このように訪問看護サービスは給付の財源は異なっても、制度横断的に全世代をカバーするサービスとなっている。一方、通所サービスについては、年齢によって、利用する制度が異なるため、全世代を対象とする看護サービスの提供側からすると、各制度に設定された施設・人員・運営の基準に従って給付を受けられるように経営を行うことが求められることとなる。

## 5-5 まとめ

第2章で述べたように、この10年間で医療的ケアが必要な重度障害児は7,675人増え、倍増している。しかしながら、療養通所介護事業所の横ばいの開設数からは、事業所開設に対してこの制度改正の効果があつたとはいえない。しかしながら、弾力化後に開設した事業所の方が、障害児等通所支援実施割合は高く、また、実施事業所の方が定員当たり利用登録者数や延べ利用回数が多いことから、事業運営上は効果があつたものと一定の評価ができる。

2012年以降開設事業所における、障害児等通所支援事業の実施状況から鑑みるに、療養通所介護事業における、障害児受け入れの重要性が浮き彫りとなった。しかしその一方で、障害児等通所支援事業の拡大と浸透には、基盤である療養通所介護事業所の基準や報酬を検証するとともに、追加指定する児童発達支援等の基準や報酬についても検討が必要であると考え。あるいは、療養通所介護と一体的に運営する障害児等通所事業の分類を、福祉型から医療型へ変更することも検討する必要があると考える。

また、障害児等通所支援事業実施の具体的な手続きは、療養通所介護事業所の同一事業所で複数の事業所基準を満たすことになっており、療養通所介護事業所の基準を弾力的に障害児等通所支援事業所とみなす等の手続き簡略化も検討する必要があると考える。また、看護師を保育士にみなすなどの緩和措置も有効と考える。例えば、児童発達支援と放課後等デイサービスの基準では、児童指導員又は保育士1名を配置することとされているが、実態調査からは、「昨今の保育士不足から確保が難しく、障害児等通所支援事業の併設をあきらめた」という声もあり、療養通所介護事業所の多くが訪問看護ステーションと一体的に運営されている現状から勘案しても、こうした緩和措置は効果的であると考え。



## 第6章 介護報酬改定に関する政策評価

第3章では、基本的な介護報酬の設定や、見直しは経営基盤の強化を目的としたものであるが、事業所からは経営が苦しいという声が聞かれ、廃止あるいは他業種への転換する事業所も見られるといった課題が示された。

本章では、報酬体系について、制度の変遷と類似事業との報酬体系の比較による政策評価を行う。療養通所介護事業は制度創設直後から赤字経営が指摘されており、特に医療ニーズに対応したサービスの提供や、そのための職員体制に対する介護報酬の低さが課題とされていた。報酬形態について、類似施設として地域密着型通所介護事業所との比較シミュレーション操作を行い、考察する。また、加算が創設されているが、算定要件がサービス提供に合致しないことも指摘されたため同様に考察を加える。

### 6-1 収支状況の実態

表6-1は実態調査の結果から得られた療養通所介護事業所の収支状況と、その比較対象として地域密着型通所介護事業所の収支状況を示している。療養通所介護事業所で収支状況の回答があったのは6事業所と少ないが、その多くが赤字経営であることが分かった。療養通所介護事業所の収益の内、6割が介護保険収入、3割が障害総合支援費の収益であった。地域密着型通所介護事業所に比べ、介護保険収入は少なく、人件費比率が高かった。

表6-1 療養通所介護事業所の収支状況（著者作成）

|        |          | 療養通所介護<br>(2017) N=6 | 地域密着型通所介護<br>(2019) * |
|--------|----------|----------------------|-----------------------|
| 介護事業収益 | 介護保険収入   | 1,226                | 2,238                 |
|        | 障害総合支援収入 | 547                  | 0                     |
|        | その他      | 54                   | 140                   |
| 介護事業費用 | 給与費      | 1,480                | 1,530                 |
|        | その他      | 501                  | 754                   |
| 収入     |          | 1,787                | 2,384                 |
| 支出     |          | 1,981                | 2,340                 |
| 差引     |          | △194                 | 43                    |
| 収支差率   |          | △10.9%               | 1.8%                  |

ヒアリング調査の結果からも、利用者の状態から、急なキャンセルの発生が多く、稼働率を維持した運営が難しいことが明らかになった。

また、実態調査の対象である 89 事業所について追跡調査を実施した結果、17 事業所の休廃止が確認でき、かつ、電話でヒアリングができた 9 事業所のうち、4 か所は別のサービスへ転換していた。内訳は、児童発達支援と放課後等デイサービスの児童に特化した事業所へ移行が 2 か所、看護小規模多機能型居宅介護事業所と介護医療院へそれぞれ 1 か所が転換していた。残りの 5 か所は、継続している訪問看護ステーションへ職員は異動して、引き続き療養通所介護を利用していた者への訪問看護サービスを提供していた。ヒアリング調査からは、「地域に需要はあるが、経営的には運営継続できない。」が主な理由として挙げられており、「訪問看護ステーションの収入を補填して維持してきたが、これ以上続けられなくなった。」、「法人本部から補填を受けていたが、経常状態が改善する見込みがないため、ニーズはあるが、法人の判断で廃止となった。」と、他事業等からの補填によって運営されていたことが明らかになった。

休廃止後は、中止した療養通所介護に代わる医療ニーズの高い重度者の通所を受入れる施設はないため、利用者の外出の機会がなくなったことや、家族のレスパイトができなくなり、利用者や家族に対しては申し訳ないと自責の言葉を 9 か所 全ての事業所が述べていた。

## 6-2 基本報酬の検証

創設当初より療養通所介護事業の赤字経営は指摘されていた。前述の通り、介護保険収入が 6 割、障害総合支援費の収益割合が約 3 割となっており、多くの事業所は赤字経営であった。地域密着型通所介護事業所と比べても、介護保険収入は少なく、人件費比率が 74.7%と高かった。

療養通所介護の本体報酬は、2006 年の創設後変わることなく、2015 年に初めて改定が行われた。これは、一律報酬増の改正であるため、実質 9 年間凍結されていた。また、介護保険サービスの報酬の構成は、基本報酬に様々な加算が創設されており、その合計が報酬として給付される。しかし、療養通所介護の報酬は、創設時には一切の加算は設けられず、2015 年の改定で初めて給付送迎加算・入浴加算が創設された点が特徴的である。更に 6 年後、2021 年度の介護報酬改定において、療養通所介護の報酬体系の見直しが行われた。本節では療養通所介護の報酬を分析するとともに、類似通所事業所である地域密着型通所介護と比較分析する。

### (1) 介護報酬の基本単価と 1 人当たりの標準報酬モデル

図 6-1 は療養通所介護と他の入所施設サービスの要介護度を比べたものである。要介護 5 の利用者の割合は、療養通所介護 71%、介護療養施設 55%、介護老人福祉施設 35%で、

療養通所介護は通所によるサービスでありながら、介護療養施設よりも重度者の割合が多いことが明らかになった。施設入所者は、介護報酬の給付限度額まで保険請求することが多く、要介護5の場合、約360,650円(36,065単位)となる。

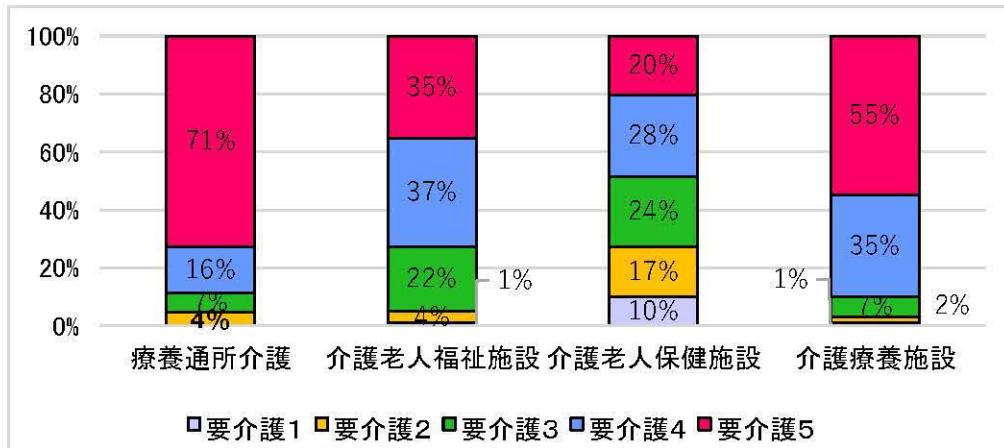
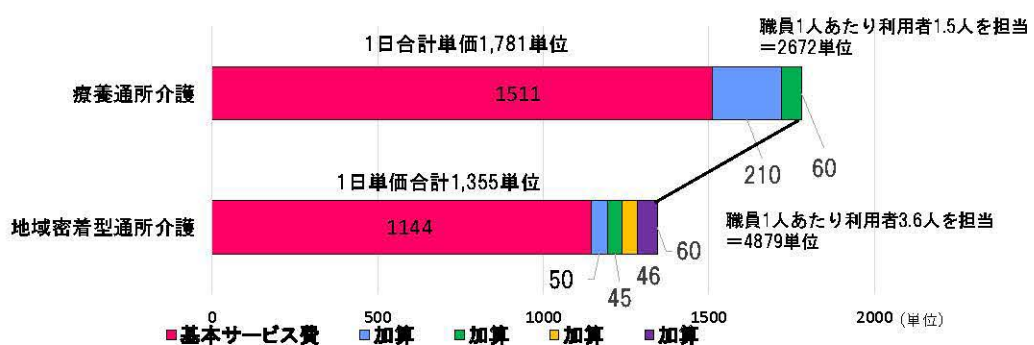


図 6-1 事業所または施設サービス別に見た要介護状態区分別構成割合

図 6-2 は、療養通所介護と地域密着型通所介護における、利用者（要介護度5の設定）1人の1日あたりの介護報酬試算である。1回利用に関する基本報酬は、療養通所介護が1,781単位に対して、地域密着型通所介護は1,355単位となり、426単位、療養通所介護のほうが多い。

しかしながら、療養通所介護の報酬の特徴は、加算が、送迎と入浴のみで少ないことである。療養通所介護の加算と地域密着型通所介護の加算を合計した1回利用当たりの報酬合計は、1,781単位と1,355単位で、426単位が療養通所介護のほうが高かった。



利用者1人の1日あたりの介護報酬試算 +426単位  
職員1人当たりの収入 -2,207単位

図 6-2 利用者1人の1日あたりの介護報酬試算

この送迎加算については、算定要件が厳しいため、算定しているうちの4割が減算となっていたことが実態調査結果で明らかになった。図6-2の1日あたりの試算報酬は最大に算定できた前提となっており、実際にはこれよりも低くなる。

また、月当たりの利用回数を勘案すると、要介護5の利用者が月8回利用した場合の一人当たりの月額介護報酬は、地域密着型通所介護の約106,480円に対して、療養通所介護は約142,000円で1.33倍となる。

## (2) 利用者の状態と職員配置基準

実態調査では、療養通所介護の平均定員数6.6人で、1日あたりの職員1人当たりの利用者数は1.2人で、基準の1.5対1よりも手厚く配置され、看護職員も多かった。一方、地域密着型通所介護の平均定員は15.2人で、療養通所介護の2.3倍ほどの定員規模で、1日あたりの職員1人当たりの利用者数は3.6人だった。[荒牧登史治,2019]これは、療養通所介護は職員1人当たりの利用者数は地域密着型通所介護の3分の1なので、職員1人当たりの収入は低くなる。更に看護師の割合も多いため、人件費がより多く、経営的には苦しい状況が明らかになった。

2007年の調査では、介護福祉士は全体の7.1%(13人)、その他の介護職員は23.6%(43人)だったが、実態調査時では、介護福祉士の数とその他の介護職員の割合がほぼ同じであり、介護福祉士が増加していた。これは、介護福祉士が看護職とチームでケアに当たるケアミックスの広がりによるものと考えられる。

このように、利用者に対する職員配置割合や看護師数、介護職員における介護福祉士の割合が多いことから、これらの体制に見合うように介護報酬を見直す必要があると考える。

また、状態が不安定な利用者が多いため、急なキャンセルが多いことが運営上の課題として挙げられていた。具体的には、1ヶ月のサービス提供において、利用者の約2割が体調不良に伴う自宅療養や入院を理由に1回以上のキャンセルを申請している。年間単位で換算すると、利用者の入院等により1ヶ月以上の空床が発生した事業所は5割に上る。しかし、多くの事業所ではキャンセルが発生した場合、病床は空床のままとなっているのが実態である。空床とせざる得ない主な理由として、療養通所介護事業所の利用者は通常複数のサービスを同時に利用しており、臨時で病床が空いたとしても、他のサービスとの調整が困難で利用に至らない事、またキャンセルした利用者が退院直後に再度利用の希望が出るなど、重度の利用者であるがゆえの調整の困難さが伺える。[厚生労働省,2017]

重度者を多く受け入れる事業所は、軽度利用者を多く受け入れる事業所に比べて、単価が高いため、キャンセルによる損失も大きくなり、運営上不利益を招きやすく、制度的には配慮すべき点である。

### 6-3 送迎及び入浴介助体制加算に係る報酬の検証

加算については、療養通所介護には、加算は創設当初はなく、団体等の再三の要望により、9年後の介護報酬改定（2015年）で送迎と入浴介助加算が創設された。その際に、送迎や入浴においては、看護師による医療的観察が必要であることから、「送迎体制強化加算」と「入浴体制強化加算」と体制強化を目的とした加算が創設された。「送迎体制強化加算」が210単位、「入浴介護体制強化加算」は60単位と少なく、更に要件として、看護職員を含む2名以上の従事者が個別に対応し、また、往復の送迎を行うことが算定要件となっている。算定事業所数はそれぞれ半数以下となっており、算定事業所の半数以上が減算されており、算定が難しい実態が明らかとなった(表6-2, 表6-3)。こうした実行上厳しい体制であることに加え、加算単位の少なさは、療養通所介護事業所の収入の低さにつながっていると考えられる。

**表 6-2 個別送迎体制強化加算の実態（実態調査データ）**

|               | 算定事業所数<br>(件、事業所) | 1事業所あたり1か月の延べ利用者数(人) | 1事業所あたり平均算定数 |
|---------------|-------------------|----------------------|--------------|
| 個別送迎体制強化加算算定数 | 21                | 61.1                 | 48.3         |
| 個別送迎体制強化加算減算数 | 12                | 77.3                 | 2.6          |

**表 6-3 入浴介助体制強化加算の実態（実態調査データ）**

|                         | 算定事業所数<br>(件、事業所) | 1事業所あたり<br>1か月の延べ利用者数(人) | 1事業所あたり<br>平均算定数 |
|-------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|
| 入浴介助体制強化加算算定数           | 21                | 61.1                     | 49               |
| 入浴介助体制強化加算を算定し<br>なかった数 | 14                | 67.1                     | 3.2              |

実際に送迎に関しては、42事業所(85.7%)が算定していたが、外来受診を組み合わせる療養通所介護を利用した場合や、片道を家族が送迎した場合や介護タクシー利用した場合は算定できない等、加算の算定要件は厳しく、減算されている療養通所介護事業所は16か所であった。

一方、通所介護における送迎加算は、片道184単位で、往復では368単位となり、往復送迎した場合、療養通所の1日210単位よりも高くなる。また、集団送迎も可能であるため、例えば、2名の集団送迎であれば、片道でも368単位、往復では736単位を算定可能となる。また、職員1名での送迎が可能で、そもそも看護職員の配置はないため、療養通所介護の送迎要件にある看護職員を含む2名でという基準はない。

まとめると、療養通所介護の加算のほうが、往復送迎の報酬は低く、算定要件は、片道は不可で、看護職員を含む2名体制で1名の利用者を送迎するという厳しい基準が課され

ている。これは、加算の考え方として、利用を推進するものではなく、利用を抑制する報酬と算定要件となっていた。

このように、療養通所介護の送迎加算は、算定するための要件をすべて満たすことは、難しく、看護職員を含む 2 名以上での個別送迎の算定要件から、同時に送迎を行う場合は、単純に利用者数の 2 倍以上の職員の配置が必要となることになる。順次送迎を行う場合でも、基本サービスの提供には、看護師の常駐配置が必要であるため、送迎 1 名に 1 名の看護職員の配置が別途必要となる。

上記から、送迎加算は、職員配置に影響することが明らかであり、送迎加算については、6-1 で述べた定員上限の増加が推進されなかった要因として関係していると考えられる。療養通所介護の利用者の重篤な状態からは、送迎のニーズはほぼ全員が有していると想定され、報酬の議論については、基本報酬がどうであれ、通所する手段としての送迎の規制や報酬がその後の利用状況を大きく左右する。

実態調査結果からも、送迎加算は「片道みのみの加算の創設や、人材確保が困難な状況を配慮して、2 人職員配置や個別送迎について送迎の算定要件の緩和してほしい。」、「利用者は、医療ニーズが高いため、病院受診経由での送迎を認めてほしい。」など、切実な状況を訴える意見が多数出された。送迎加算の算定要件が運営上厳しい制約になってることから、療養通所介護の利用を推進するためには見直しが必要と思われる。場合によっては、技術を有する送迎事業所との連携についても、検討するべきと考えている。

#### 6-4 介護保険包括報酬化の影響

2021 年度の介護報酬改定において、療養通所介護の報酬体系を包括報酬とする見直しが行われた。これまでは、3 時間以上 6 時間未満の利用 1 回あたり 1,012 単位、6 時間以上 8 時間未満の利用 1 回あたり 1,519 単位と日単位の報酬体系であったが、この改正により月あたり 12,691 単位の包括報酬となり、利用回数が月 4 回以下の場合 3 割減算されることとなった。利用回数が月 9 回以上の場合、収入が減ることとなる。具体的には月 9 回利用の場合、旧報酬では 13,671 単位だったところ、新報酬では 12,691 単位となる。しかし、実態調査からは、多くの事業所では 1 人あたりの利用回数が月 9 回未満であると考えられ、増収が見込まれる。従来、療養通所介護の報酬については、利用者の医療ニーズや看護介護職員配置基準に照らして低額であることが指摘されてきたが、今回の包括報酬化により、結果的には療養通所介護事業所の増収が見込まれる（図 6-3）。



図 6-3 療養通所介護の報酬体系の見直し

また、延べ利用回数が少ない群の事業所では、訪問看護の利用者が一時的にレスパイト目的で使用するバックベッドとして療養通所介護を活用していると考えられる。

今回の報酬改定で低頻度利用群は、利用回数が月 4 回以下で減算となるが、旧報酬に比べて収入減にはならない設定となっている。しかし、状態が不安定な利用者に対するバックベッドのような用途については、そもそも介護保険サービスとしての利用ではなく、医療保険の適用が相応しいと思われることから、従来の出来高払いのほうが適切であると考ええる。

しかしながら、包括報酬の機能は、上限を定めており、利用が増えても報酬は増えないというコスト管理の目的で導入されるため、医療ニーズの高い在宅療養者が、週 2.5 回以上の利用を求めることになると、1 回当たりの経費が大きいため、事業所の経営は苦しくなる。利用回数の増加については、フォローアップを図るとともに、1 回あたりの経費の観点から、出来高に戻すことや、一定要件を定めた介護サービスの限度額に関する検討も必要となることが示唆された（図 6-4）。

療養通所介護利用者の 8 割以上は、要介護 4.5 であり、その給付限度額は、30,938 単位から 36,217 単位である。療養通所介護サービスの包括報酬化により、その 35%から 41%を療養通所介護サービス費が占めることになるため、ケアマネージャーが訪問看護に加えて、療養通所介護サービスをケアプランに含めなくなるのではないかと懸念される。サービス利用の手控え現象が発生しているかどうかは、改定後のフォローアップを行う必要がある。

今後の需要の拡大からも、在宅看護サービスを普及し持続可能とする観点から、財源も含めた報酬の見直しが必要と考えられる。



図 6-4 給付限度額について

## 6-5 まとめ

療養通所介護事業所は他の施設と異なり、利用者の大半が要介護度 5 の重度者である。そのため、利用者に対し職員配置基準が 1.5 対 1 と手厚い。運営の視点から見ると、人件費率が高く介護保険収入が少ない傾向にあり、多くの事業所が赤字経営であった。また創設当初には基本報酬に加算がなく、2015 年の改定でようやく送迎と入浴の加算が創設された。しかし、これら加算は体制強化を目的としたもので、加算単位も少なく、看護職員を含む 2 名以上の従事者が個別に対応することが要件となっており、実行上厳しい体制であった。特に送迎加算については、看護職員を含む 2 名の職員配置が必須・個別送迎のみ・片道では算定できないなど、算定要件のハードルが高い。本来、療養通所介護の利用を推進するための加算である以上、現状にそぐわない算定要件は見直しが必要であり、同時に送迎事業所等との連携も視野に入れるべきと考えている。また2021年の介護報酬改定により、月当たりの包括報酬へと改定された。事業所の増収が期待されているが、利用件数の少ない事業所においては従来の出来高払いが適切であるケースも考えられる。介護サービスの限度額を検討するなど、各事業所の実態に合わせた改定が求められる。



## 第7章 地域密着型サービス移行に関する政策評価

第3章では、地域密着型サービスへの移行は、身近な自治体（市町村）によるサービス整備を図るための改正であったものの、事業所の開設状況には地域偏在が見られ、また、事業者の指定監督権限が都道府県から市町村に移行し、自治体職員の意識に差が生じていることや、また、事業所側は、事業圏域が縮小したことにより利用を断らざるを得ないといった課題が示された。

本章では、地域密着型サービスへの移行とそれに伴う療養通所介護事業所の所管自治体の変更について問題点を提起する。2016年に療養通所介護事業は地域密着型サービスとして、都道府県の指定・監督から、市町村へ移行し、利用者も原則その市町村住民とされた。こうした変更が、事業運営にどのような影響を与えたのか、実態調査に基づき明らかにする。移行に伴う問題点について、療養通所介護の地域偏在、事業所側の運営に与える圏域の変更、自治体の理解と支援など、3つの視点から考察を加える。

### 7-1 地域偏在としての事業所設置市町村の特徴

#### (1) 療養通所介護事業所の地域偏在状況

表7-1は、本研究の実態調査で回答が得られた49事業所について、都道府県別の事業所数を示したものであるが、神奈川県、兵庫県、愛媛県に多く、18都道府県に開設されていたが、前掲の図3-4同様の偏在を示していた。

表7-1 療養通所介護事業所がある都道府県（実態調査データ）

|       |    |      |   |      |   |     |   |     |   |      |   |
|-------|----|------|---|------|---|-----|---|-----|---|------|---|
| 北海道地方 | 4  | 北海道  | 4 |      |   |     |   |     |   |      |   |
| 東北地方  | 1  | 岩手県  | 1 |      |   |     |   |     |   |      |   |
| 関東甲信越 | 16 | 東京都  | 4 | 神奈川県 | 8 | 千葉県 | 2 | 埼玉県 | 2 |      |   |
| 東海地方  | 3  | 岐阜県  | 3 |      |   |     |   |     |   |      |   |
| 近畿地方  | 14 | 大阪府  | 3 | 兵庫県  | 6 | 奈良県 | 1 | 滋賀県 | 3 | 和歌山県 | 1 |
| 中国地方  | 1  | 岡山県  | 1 |      |   |     |   |     |   |      |   |
| 四国地方  | 8  | 愛媛県  | 5 | 香川県  | 2 | 徳島県 | 1 |     |   |      |   |
| 九州地方  | 2  | 鹿児島県 | 1 | 佐賀県  | 1 |     |   |     |   |      |   |
| 合計    | 49 |      |   |      |   |     |   |     |   |      |   |

前掲の図 2-13 で示した在宅看護システムにおける療養通所介護事業所の位置づけでは、訪問診療や訪問看護サービスを提供する病院や診療所、及び、訪問看護ステーションの整備が、療養通所介護事業所の開設の基盤となっていることから、これら環境要因との関係について分析することとした。以下では、療養通所介護事業所が開設されている市町村と開設されていない市町村の 2 群に分け、人口等の環境や在宅医療施設の整備状況、サービス提供状況に関する 2 群比較を行った。詳細な結果は巻末の資料（付録 3）とする。

## (2) 在宅医療関連施設の整備状況との関係

表 7-2 は、療養通所介護事業所の有無による在宅医療関連施設の整備状況の違い（平均値 M と標準偏差 SD）を比較したものである。療養通所介護事業所設置市町村では、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の「連携型」の整備が多く、これらの在宅医療機関からの訪問診療実施件数も多く、看取り件数についても有意に多いことが明らかになり、療養通所介護事業所が一端を担う、在宅医療が提供されている市町村であることが明らかになった。

「連携型」とは、在宅療養支援診療所・病院の設置基準を満たした、10 施設未満の診療所（200 床未満の病院を含む）が連携した状態を指す。連携した施設全体で、往診を担当する常勤医師が 3 名以上在籍、過去 1 年の往診実績 10 件以上、看取り実績が 4 件以上ある

表 7-2 療養通所介護事業所の有無による在宅医療関連施設の整備状況の違い

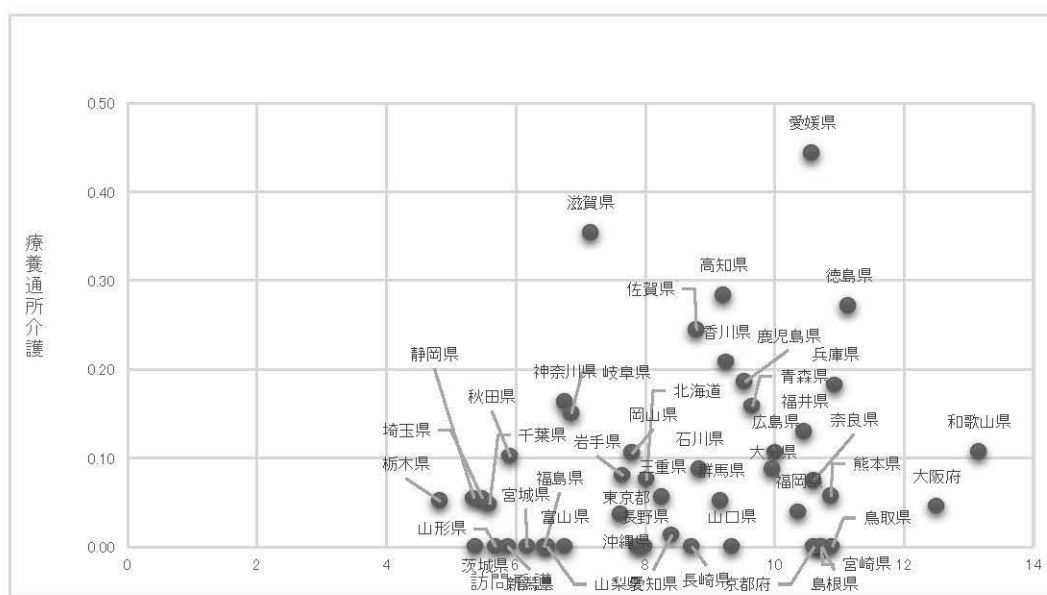
|                         | 療養通所あり |               | 療養通所なし |               | t 値    | p 値   |
|-------------------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|-------|
|                         | n      | M ± SD        | n      | M ± SD        |        |       |
| 在宅療養支援病院数               |        |               |        |               |        |       |
| うち機能強化型（単独）             | 65     | 0.15 ± 0.38   | 334    | 0.24 ± 1.84   | -0.841 | 0.401 |
| うち機能強化型（連携）             | 65     | 0.21 ± 0.28   | 334    | 0.03 ± 0.18   | 6.619  | 0.000 |
| うち従来型                   | 65     | 0.43 ± 0.61   | 334    | 0.39 ± 2.09   | 0.301  | 0.764 |
| 在宅療養支援診療所数              |        |               |        |               |        |       |
| うち機能強化型（単独）             | 65     | 0.22 ± 0.55   | 334    | 0.14 ± 1.71   | 0.765  | 0.445 |
| うち機能強化型（連携）             | 65     | 2.41 ± 2.18   | 334    | 0.38 ± 1.42   | 9.578  | 0.000 |
| うち従来型                   | 65     | 9.61 ± 6.98   | 334    | 5.96 ± 11.13  | 3.450  | 0.001 |
| 訪問看護ステーション              |        |               |        |               |        |       |
| 訪問看護ステーション数             | 65     | 9.03 ± 3.21   | 334    | 6.02 ± 8.22   | 2.912  | 0.004 |
| 訪問看護ステーションの看護職員数        | 65     | 40.21 ± 15.20 | 334    | 21.89 ± 31.11 | 4.639  | 0.000 |
| うち 24 時間対応のステーションの看護職員数 | 65     | 37.65 ± 14.85 | 334    | 17.29 ± 27.01 | 5.902  | 0.000 |

こと、また、医療施設それぞれに過去1年の往診実績が4件以上、看取り等の実績が2件以上あるなどが設置基準となっている。

表7-2に示すように、療養通所介護設置市町村における在宅療養支援病院の機能強化型（連携型）と在宅療養支援診療所の機能強化型（連携型）の施設数は、平均が6倍以上と多く、t値も高く有意な差があることから、地域の訪問看護ステーションと連携しながら在宅医療を担う連携型医療機関と療養通所介護事業所との関係が強いことが示唆された。

訪問看護ステーションについても、療養通所介護設置市町村においては、ステーション数、看護職員数、24時間対応のステーション看護職員数の全てについて有意に多く、訪問看護職員数の平均は約2倍の差があった。

2019年時点で、訪問看護ステーションは、全国で11,161事業所が稼働しており、設置数は年々増加傾向にある〔訪問看護ステーション数調査：全国訪問看護事業協会〕。図7-1は、訪問看護ステーションと療養通所介護事業所数の関係を示したものである。この図からは、関東と関西の大都市を抱える都道府県に多く、概ね、訪問看護ステーション数が多い地域に療養通所介護事業所も多いと、両者の関連性を読み取ることができる。



出典：2020.7.20 第180回 社会保障審議会 介護給付費分科会（資料2）「療養通所介護」

図7-1 都道府県別訪問看護事業所数と療養通所介護事業所の関連

訪問看護ステーションの設置数との関係については、第3章で述べた通り、療養通所介護事業創設では、訪問看護ステーションの多機能化事業としてモデル事業が実施され、制度化された経緯がある。当初、訪問看護師により、難病等の医療ニーズの高い在宅療養する中重度者への通所サービスの重要性が訴えられた。そして、重度者の在宅療養生活を継続するために、訪問看護ステーションに通所機能を付加したことが、療養通所介護事業所

の土台となっている。そのため、訪問看護ステーションとの関係も併設ではあるが、一体的に一人の利用者に対して訪問から通所のサービスを提供しているケアモデルとなっていた。そのため、訪問看護ステーションが整備され、活動が活発であることが、療養通所介護事業所の開設には前提になっていると考えられる。

利用者数としては、3大都市圏や地方の中心地域で多いが、高齢者人口に対する利用者割合で見ると、地域の規模に関わらないバラツキがみられる。

### (3) 入院・入所機能を有する医療機関や介護施設の整備との関係

表 7-3 は、療養通所介護事業所の有無による入院・入所機能を有する医療機関や介護施設の整備状況の違いを比較したものである。療養通所介護事業所設置市町村では、在宅療養支援病院（機能強化型）で、t値は小さいがマイナスを示していた。また、地域で整備されている介護老人保健施設と介護老人福祉施設の定員が少なくなっていた。特に、介護老人福祉施設定員については、半数以下で有意に少なかった。これは、病院の入院機能と同様に、地域に入所機能を有する施設が先に整備されている地域には、療養通所介護はじめ、在宅医療施設の整備が進みにくいことが示唆された。

表 7-3 療養通所介護事業所の有無による介護関連施設の整備状況の違い

|                    | 療養通所あり |               | 療養通所なし |               | t 値    | p 値   |
|--------------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|-------|
|                    | n      | M±SD          | n      | M±SD          |        |       |
| 機能強化型在宅医療支援病院（単独型） | 65     | 0.15±0.38     | 334    | 0.24±1.84     | -0.841 | 0.401 |
| 介護療養型医療施設病床数       | 65     | 59.53±76.85   | 334    | 47.00±276.25  | 0.701  | 0.484 |
| 介護老人保健施設定員         | 65     | 325.85±191.54 | 334    | 428.37±749.76 | -1.095 | 0.274 |
| 介護老人福祉施設定員         | 65     | 441.26±179.23 | 334    | 923.62±841.47 | -4.597 | 0.000 |

### (4) 在宅医療の実施状況との関係

表 7-4 は、療養通所介護事業所の有無による訪問診療実施状況の違いを比較したものである。療養通所介護事業所設置市町村では、在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所における訪問診療件数が有意に多かった。ばらつきはあるものの、在宅療養支援病院では約 2 倍、在宅療養支援診療所では約 3.5 倍の訪問診療が実施されており、(2) で述べた整備状況とともに、療養通所介護事業所設置市町村における在宅医療について量的にも多く提供されていたことを確認した。

また、表 7-5 に示す看取りの実施状況についても、療養通所介護設置市町村のほうが多く、特に、在宅療養支援診療所については、約 2.3 倍の看取りが実施されていた。

このように、療養通所介護設置市町村の特徴としては、在宅医療関係機関の整備があることと、その結果、実際の訪問診療や看取りの件数も多く、整備と共に実績が伴っていることが確認された。

表 7-4 療養通所介護事業所の有無による訪問診療実施状況の違い

| 訪問診療実施件数          | 療養通所あり |               | 療養通所なし |               | t 値   | p 値   |
|-------------------|--------|---------------|--------|---------------|-------|-------|
|                   | n      | M±SD          | n      | M±SD          |       |       |
| 病院における訪問診療実施件数    |        |               |        |               |       |       |
| うち在宅療養支援病院        | 65     | 78.39±100.02  | 334    | 40.45±190.83  | 2.339 | 0.02  |
| うち在宅支援病院以外        | 65     | 76.57±125.51  | 334    | 78.63±250.35  | -0.1  | 0.921 |
| 一般診療所における訪問診療実施件数 |        |               |        |               |       |       |
| うち在宅療養支援診療所       | 65     | 833.56±627.54 | 334    | 239.97±619.32 | 7.055 | 0.00  |
| うち在宅療養支援診療所以外     | 65     | 106.38±103.30 | 334    | 113.72±252.61 | -0.23 | 0.818 |

表 7-5 療養通所介護事業所の有無による看取り実施状況の違い

| 看取り実施件数       | 療養通所あり |           | 療養通所なし |           | t 値   | p 値   |
|---------------|--------|-----------|--------|-----------|-------|-------|
|               | n      | M±SD      | n      | M±SD      |       |       |
| 病院            |        |           |        |           |       |       |
| うち在宅療養支援病院    | 65     | 0.59±0.91 | 334    | 0.31±2.71 | 1.506 | 0.133 |
| うち在宅療養支援病院以外  | 65     | 0.74±1.90 | 334    | 0.31±1.79 | 1.765 | 0.078 |
| 診療所           |        |           |        |           |       |       |
| うち在宅療養支援診療所   | 65     | 7.00±4.43 | 334    | 3.11±8.36 | 5.442 | 0.000 |
| うち在宅療養支援診療所以外 | 65     | 1.60±2.15 | 334    | 1.21±4.70 | 1.039 | 0.300 |

(5) 環境要因との関係

環境要因の比較について、表 7-6 に結果を示した。療養通所介護設置市町村では、可住地面積人口密度、人口、65 歳以上人口、75 歳以上人口は、いずれも約 10 倍多く ( $p < 0.001$ )、人口が集約していることが療養通所介護を含む在宅医療が普及する要因であることを確認した。

しかし一方で、人口集中地域では、集合住宅の一面に事業所を開設している事業所もあることから、ハード面の要因から開設が困難であったり、定員を拡大できない事情もあるものと推測する。

このように、地域の環境要因と、既存の入院・入所系サービスの整備状況により、療養通所介護を含む在宅医療システムの構築は影響を受けていることを踏まえるとともに、住民の意向等、今後、地域で発生する在宅療養のニーズとすり合わせて、自治体は、今後介護保険サービスのみならず、在宅医療サービスについても検討する必要があることが示唆された。

表 7-6 療養通所介護事業所の開設の有無による環境要因の違い

|                                    | 療養通所あり |                 | 療養通所なし |                | t 値    | p 値   |
|------------------------------------|--------|-----------------|--------|----------------|--------|-------|
|                                    | n      | M ± SD          | n      | M ± SD         |        |       |
| 可住地面積                              | 65     | 145.38 ± 120.29 | 334    | 106.20 ± 92.70 | 2.959  | 0.003 |
| 可住地面積人口密度<br>(千人/km <sup>2</sup> ) | 65     | 3.42 ± 3.91     | 334    | 0.38 ± 1.01    | 12.279 | 0.000 |
| 人口 (千人)                            | 65     | 413.72 ± 631.24 | 334    | 32.45 ± 70.67  | 10.751 | 0.000 |
| 内 65 歳以上 (千人)                      | 65     | 104.66 ± 154.33 | 334    | 9.65 ± 17.92   | 10.933 | 0.000 |
| 内 75 歳以上 (千人)                      | 65     | 52.31 ± 77.60   | 334    | 4.97 ± 9.11    | 10.827 | 0.000 |

## 7-2 事業所から見たサービス圏域について

7-1 では、環境要因や在宅医療関係機関の整備が療養通所介護事業所の開設に関係していることを分析したが、本節では、事業所の運営における利用者の確保や送迎の観点等から、地域密着型サービスへの移行について分析する。

地域密着サービスへの移行に伴い、療養通所介護は市町村指定・指導監督下へ移行したが、訪問看護ステーションは引き続き県指定・指導監督と、同一利用者でのサービス所管自治体の差異が生じる結果となった。

療養通所介護事業所にとっては、もともと訪問看護サービスを利用している利用者が、在宅療養を継続するために通所でのケアが必要となり、療養通所介護が創設された経緯があることから、訪問看護ステーションと所管自治体が異なることは、療養通所介護事業所の運営上、利用者の確保や、個々の利用者に対する一体的なサービス提供や情報共有の支障、利用者の受け入れを断るケースが発生していることが実態調査からも明らかになった。

また、地域密着型への移行により、上記の介護・児童・障害者とすべての利用者へサービスを提供する市町村の地域共生型サービスとして、集約が図られているが、これらのサービス基盤整備も途上であり、サービスを提供する事業所の立場からは、隣接市町村からの利用者の継続利用への配慮や自治体間での乗り入れ利用に関する配慮が求められる。

第二に事業圏域の問題について、医療ニーズのある重度の利用者を確保する圏域は、生活圏域よりも広域である。重症度の高い利用者の在宅生活の継続は、訪問看護ステーションとの一体的な運営に基づいて支えられていることは、療養通所介護のモデル事業からも明らかであるにも関わらず、地域密着型への移行に伴い、訪問看護ステーションの利用者圏域と療養通所介護の利用者の圏域に分断が生じる結果となった。都道府県で見ても医療的ケアを提供できる療養通所介護事業所数は少なく、地域偏在もある中で、地域密着型サ

ービスの圏域の規制が、ニーズのある利用者を事業所が断らざるを得ない状況に更に追いやっていると見える。

また、医療ニーズのある中重度の利用者が通所するためには送迎サービスが欠かせない。その送迎の加算を得るためには、個別送迎であること、看護師1名を含む2人体制が必要なことから、多くの事業所で営業地域を送迎時間30分以内としていた。図7-2は車アクセス30分圏域人口と定員あたり登録利用者数の関係を示している。2018年以降に事業を休廃止した事業所において、圏域人口と定員あたり登録者数に正の相関関係が見られ、圏域人口が少ないと登録利用者を確保することに苦労していたことが窺える。

圏域人口が多い事業所では需要があるにもかかわらず、登録を断っている事業所も多く一方で、30分圏域人口が少ない事業所においては、市町村界を超えて利用者を確保したいところであるが、市町村界の制約や、送迎の負担が大きいことから、経営的に十分な利用者を確保することが難しい状況にあることが窺える。

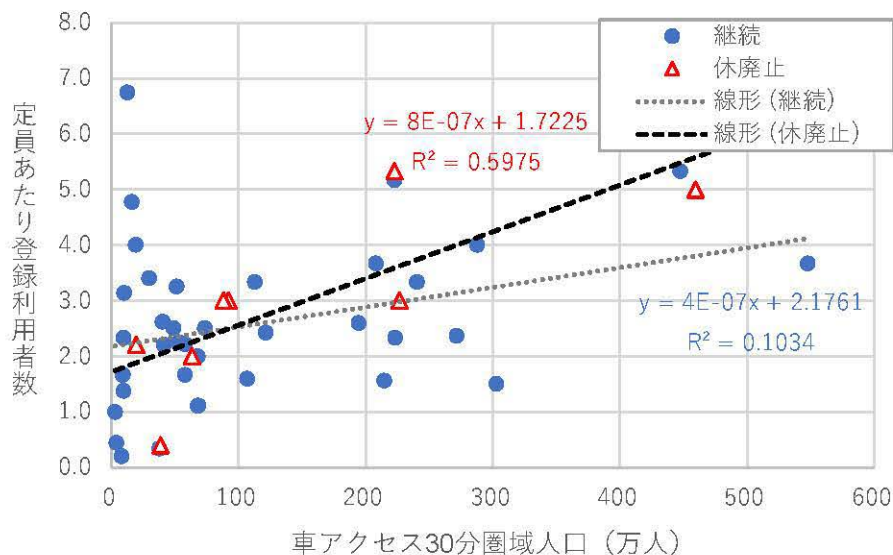


図7-2 療養通所介護事業所利用圏域人口と定員あたり登録利用者数 (2018年時点)

以上のことから、地域密着型への移行は、療養通所介護事業所の運営において、利用者確保や、訪問看護ステーションとの一体的な運営からは、従来の運営の継続に支障を生じる制度改正だったと思われる。また、保険者の立場から利用者を制限したい市町村と療養通所介護事業者の間で利害が対立する構図が生じてしまったと言える。

### 7-3 自治体の指定・監督権限と事業計画

事業所の実態調査では、自治体等からの「補助金、助成金を現在活用している・したことがある」と答えた事業所は 34.7%で、「補助金、助成金を使ったことがない」と答えた事業所は 32.7%であった。（表 7-5）

表 7-5 補助金、助成金の活用状況（実態調査データ）

|    |      | 補助金、助成金を現在活用している・したことがある | 補助金・助成金がない | 補助金、助成金を使ったことがない | 無回答   |
|----|------|--------------------------|------------|------------------|-------|
| 全体 | N=49 | 17                       | 10         | 16               | 6     |
|    | 割合   | 34.7%                    | 20.4%      | 32.7%            | 12.2% |

更に、療養通所介護事業所を設置していない自治体を対象としたヒアリング調査からは、自治体職員は専門的な医療サービスについての知識が乏しく、訪問看護ステーション等の医療系の事業所に対して具体的な支援を行っていないという現状が明らかとなった。（巻末付録参照）

地域密着型サービスへの移行以前より、医療介護連携のネットワークは構築されていたため、地域密着型への移行は、より活発な情報共有がなされるという効果が期待されていた。しかし、医療を所管している都道府県の指定・監督から、医療サービスに関する行政経験のない市町村への移管は、医療ニーズの高い中重度者を主な利用者としている療養通所介護事業所にとっては、自治体側の理解を得ることは難しくなったと考えられる。これは、7-2 で考察したことからも、利用者へのサービス提供や、その結果、事業所の経営にも影響が生じていたことから明らかである。

療養通所介護事業にとって、自治体からの理解や支援が、管轄の移管により、以前より得にくい状況に置かれることになった。迅速に取り組むべき課題は、自治体側と事業所側が共有して、周辺市町村からの受入れがスムーズとなるよう方策を検討する必要がある。

また、療養通所介護は、市町村が立案する介護保険事業計画においても、サービス見込み量等を独自に作成することは義務付けられておらず、地域密着型通所介護に紛れて独自には扱われないことから、自治体担当者には認識されにくい。自治体担当者は、療養通所介護が増加しない理由として、人材確保や経営の難しさをあげる一方で、約 2 割が利用者の確保が困難であることやニーズがないことをあげている。[厚生労働省, 2017]

療養通所介護事業認知や理解を自治体職員に向けて図るためには、自治体の事業計画に記載される必要がある。これは、児童福祉や障害福祉計画においても同様である。療養通所介護を基盤とした児童・障害福祉サービスを計画に柔軟に盛り込めるよう、国が通知を行い、自治体担当者会議を通じて自治体に周知することを提案したい。しかしながら、市町村では、高齢者と児童、障害者と制度横断的な療養通所介護は、縦割りの担当部署の調整が課題となる。しかしながら、当面は、第 2 期障害児福祉計画に沿って児童発達支援や



放課後等デイサービスを市町村に1か所設置するという、国の方針から、障害児支援体制の整備とサービスの必要見込み量の算出が求められているため、医療ニーズの高い障害児へのサービス提供体制の構築が最も注目されると思われる。この観点から、療養通所介護事業所における児童発達支援や放課後等デイサービス事業の実施について周知していくことが必要である。

一方、市町村にとっては、看護小規模多機能型居宅介護を地域住民の生活圏域に整備することで地域のニーズに対応可能と考えているが、それを超える重度の利用者は、療養通所介護事業の存在が認識されていないことから、市町村では医療サービスの範疇と考えている。医療的ニーズの高い重度者のサービス利用については介護保険担当者の認識に差異があり、医療的サービスに関しては都道府県の関与が必要と思われる。また、訪問看護サービスについては都道府県が担当しており、訪問看護ステーションと療養通所介護の一体的な運営の実態からは、都道府県の関与が必要と考える。

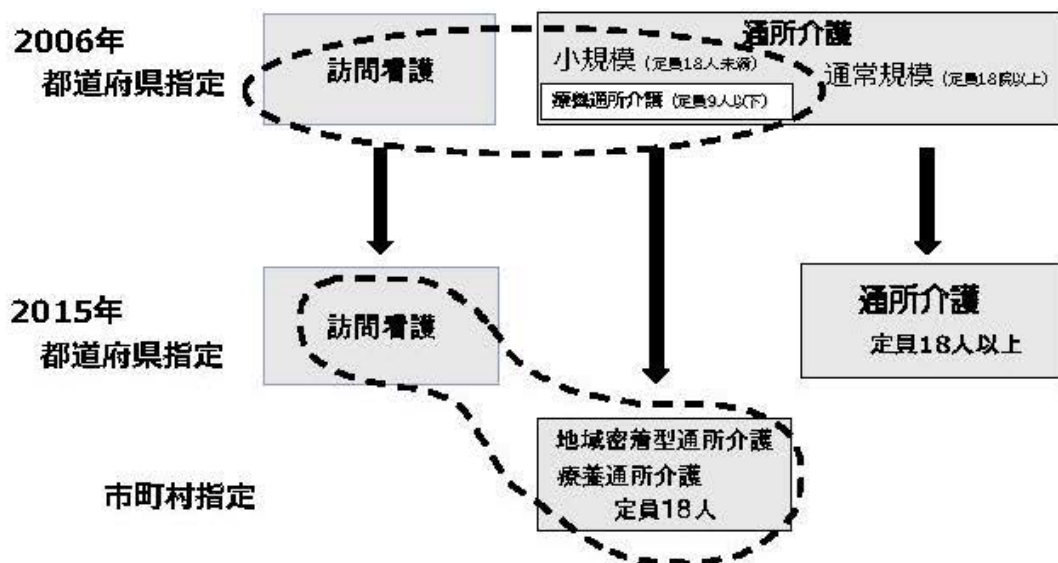


図 7-3 地域密着型サービスへの移行に伴う利用者の分断イメージ

#### 7-4 まとめ

療養通所介護事業の地域密着型サービスへの移行は、所管自治体が都道府県から市町村へ移行することにより、従来から療養通所介護事業の制度としての認識が自治体側には低かったが、更に認識を低める影響を与えていた。そして、事業所側には、事業圏域が狭まり、利用者確保や、最も併設の多い訪問看護ステーションと所管自治体が分断されて一体的な運営が難しくなる結果となっていた。これは、利用者側にとっても、希少な医療ニーズの高い利用者を受入れるサービスの利用を断られる等の影響が発生した。

こうした、地域密着型移行に伴う諸問題について、事業者や自治体がどのような対策を講じているのか、ヒアリング調査からその対応についても、地域差が認められた。例えば、療養通所介護事業所が複数ある地域では、事業者の努力や自治体職員の取り組みにより事業を意図的に広めようとしたことが明らかになった。逆に事業所がない市町村では、療養通所介護の存在が認知されていない状況であった。療養通所介護事業を推し進めるにあたり、まずは療養通所介護事業の実態を公的な統計に記載し、事業の周知を図る必要があると考える。

そして、実態を顕在化し、事業の所管を県指定に戻すことが望まれる。これは、療養通所介護は広域で行うのが有効であると考えられるためである。訪問看護と同様に都道府県管轄で運営していく必要があると考える。

## 第8章 結論

### 8-1 本研究のまとめ

本研究では、療養通所介護事業の創設に係る社会的背景、また前身となるモデル事業の展開から制度創設に至る経緯について触れ、事業の推進のために制度創設後に行われた主に4つの制度改正について、その内容と効果について検証を行った。

第2章では、急速な高齢化に向けて、医療ニーズが増大していること、また高齢者のみならず、障害者・児、また医療ケア児に対する在宅でのケアについても同様にニーズの増大が見られ、そうしたニーズに対応すべく、在宅医療や在宅看護、在宅介護などのケアサービスが重要であることを整理した。政府の対応としては、社会的入院を解消し、病院から地域への移行を目指し、「地域包括ケアシステム」の構築が行われている。このような政府の対応における流れの中で、医療ニーズへの対応については、訪問看護ステーションも増加しており、一見十分なサービスがあるように感じるものの、中重度在宅療養者に対してのサービス、特に通所や短期入所などのサービスが脆弱であることから、訪問看護事業所が機能拡大する形で通所サービスの取組が始まったことを整理した。

第3章では、中重度在宅療養者向けの通所サービスの展開として、先ず日本訪問看護財団が行ったモデル事業、続いて厚生労働省によるモデル事業と、関係各所により、数々の通所サービスの構築が目指され、その成果が療養通所介護事業の大きな礎となったことが分かった。一方で、療養通所介護事業は、当初、「通所看護」として介護保険法上に規定するサービス類型の創設を目指したものの、関係団体との兼ね合いから、介護保険法のサービス類型として既に規定されていた「通所介護」の介護報酬の一類型として創設され、制度上の不完全さが残る形での運営スタートとなった。その後、療養通所介護事業の推進を図るため、利用定員上限数の拡大、障害児等通所支援の弾力的実施、介護報酬の見直し、地域密着型サービスへの移行という4つの制度改正が行われたが、事業所数は増加せず、また、地域間での偏在が見られる状況となっていることを明らかにした。

第4章から第7章では、第3章で挙げた4つの療養通所介護創設後の制度改正ごとに、本研究において独自に実施した療養通所介護事業所及び地方自治体を対象とした実態調査の結果を基に、在宅重度者の看護ニーズの増大に対応するという目的を果たすことができたのかどうかという観点から、制度改正の影響について政策的評価を行った。

第4章では、利用定員上限数の拡大について、その効果を検証した。療養通所介護事業所の利用定員は、現在までに3回の定員上限数の拡大が行われ、現在の定員上限数は18名となっている。しかし療養通所介護事業所の開設数は、創設初年度が最も多く、その後は微増にとどまっている。職員配置基準、施設面積基準、そして報酬加算の観点からも、定

員上限数の拡大は、事業所にとってのメリットはなく、療養通所介護事業を推進する効果は得られなかったとの結論が導き出された。

第5章では、2012年に実施された障害児通所支援事業の弾力的実施について、実態調査のデータを解析し、運営上の効果について検証した。障害児通所支援事業は現在多くの療養通所介護事業所で展開されており、これまで介護保険による高齢者に限られた利用者の枠が、全世代へと拡大し、看護師が管理者となる事業所として、地域共生社会の実現という観点からも、先駆的存在となった。療養通所介護事業所の利用者を分析すると、障害児の割合が高く、また利用頻度も高かった。これは、障害児通所支援事業の弾力的実施には一定の効果があったと考えられる。しかしながら、障害児通所支援事業を取り入れる療養通所介護事業所は増えたものの、事業所自体の開設数には大きな変化は見られなかった。利用者層が全世代へ拡大されたこと、既存の事業所による障害児受け入れが進んだ一方で、この弾力的な制度改正は、事業所の拡大へつなげることはできなかったとの結論が導き出された。

第6章では、開設当初より赤字経営が指摘されている療養通所介護事業の運営に関して、報酬や加算に焦点を当て、療養通所介護事業所の報酬が適正であるかを検証した。中重度の利用者を受け入れる療養通所介護事業は、利用者1人に対する職員配置基準が1.5人となっている。また送迎に関しても、個別送迎でなければならず、職員2人体制で、うち一人は看護師である必要があり、他事業における送迎と比べ、その時間と労力により対応できる一日あたりの利用者数は限定される。これらの制約により、例えば、療養通所介護の類似事業所である地域密着型通所介護の介護報酬と比較すると、利用者1人当たり一日の報酬単価は療養通所介護事業の方がやや多いものの、職員1名あたりの利用者数が少ないため、療養通所介護事業の収入は地域密着型通所介護より少なく、更に看護専門職の手厚い職員配置基準のため経費は多く、収益は赤字になると試算された。また2020年より包括報酬化が導入され、増収が期待されるものの、訪問看護ステーションのバックベッドとしての役割の事業所では利用頻度が少ないため、事業所にとっては従来の出来高払いの方がむしろ適正である。そして、医療ニーズの高い在宅療養者の増加に備えるためには、療養通所介護サービスの普及と共に、居宅介護サービスについて介護保険給付限度額に関する検討も必要となることが示唆された。

第7章では、療養通所介護事業の地域密着型サービスへの移行についての効果と影響を検証した。2016年の地域密着型サービスへの移行に伴い、療養通所介護事業者の指定監督権限が都道府県から市町村へ移行した。療養通所介護事業の開設状況には明確な地域偏差が見られたが、地域の高齢者人口等の環境要因に加え、自治体を対象としたヒアリング調査の結果から、自治体担当者の療養通所事業に対する知識や理解度も影響していることが明らかになった。特に、療養通所介護事業の所管が、医療的対応を行う訪問看護を所管していた都道府県から、専門的な医療サービスについての知識に乏しい市町村へと移ったことで、自治体職員の療養通所介護事業に対する認識が及ばなくなったと考えられる。一方で、自治体側からは、国における制度や報酬の改善が行われないことが、介護保険事業計画に含まれないことの要因であるとの指摘もあった。また、地域密着型サービスへの移行

は事業所側としてもメリットが見られず、むしろ一体的に運営している訪問看護ステーションの圏域が都道府県であるのに対して、療養通所介護事業の圏域のみが市町村へと狭められたことは、療養通所介護サービスの利用には抑制的影響を与えたと考えられる。こうした所管自治体に係る制度的変更が、利用者の確保に影響を与え、経営状況にもマイナスな効果を与えていることが明らかとなった。

このように、第4章から第7章にかけて、4つの制度改正に対する政策的な評価を行ったが、いずれの制度改正も療養通所介護事業所の数の増加や地域偏在の解消には効果を十分発揮することができなかったと言える。その根本的な要因として、本研究では、療養通所介護事業の制度的な位置づけに着目した。療養通所介護事業は、その創設時において、介護保険法で独立して規定されたサービス類型ではなく、介護保険法に既に規定されている通所介護の介護報酬上の一類型として位置づけられた。そして、その介護報酬の算定要件として、職員配置基準や定員上限が定められている。そのため、1-2で述べたように、政府統計資料には独立したサービスとして掲げられず、サービスの存在が見えにくくなっている。また、2016年の療養通所介護事業の地域密着型サービスへの移行については、療養通所介護事業は定員上限18人以下で小規模であったため、通所介護のうち小規模な事業所が地域密着型サービス（地域密着型通所介護）に移行するのに伴って、自動的に地域密着型通所介護の介護報酬上の一類型として扱われることとなり、独立した検討の俎上にも上がらなかった。これは、事業の独自性にもかかわらず、法律のレベルで独立したサービスとして位置づけられていないことに起因するものである。

また、障害児等通所支援事業の弾力的実施については、療養通所介護事業所、障害児等通所介護事業所の両方の施設人員基準にも関わる事項であることから、当該基準を定める省令の改正により対応することが本来はふさわしいと思われるが、療養通所介護事業が法律で位置づけられたサービスではないがゆえに、省令改正は行われず、また、弾力的実施の内容については、法令改正の場合に通常行われる事務次官や局長レベルでの「通知」ではなく、担当課レベルの「事務連絡」により都道府県経由で通知されていた。このような事務連絡による通知では、事業所や自治体へは周知が十分には行き渡らず、担当者の交替で引き継がれないことにもなっていた。

更に、2018年に共生型サービスが制度化された際にも、事務連絡が発出され、療養通所介護を「共生型サービス」と称してもよいとされたものの、療養通所介護が共生型サービスとして、省令に位置付けられることはなかった。

このように、療養通所介護事業がその制度創設時以降、介護保険法に規定するサービスに位置付けられなかったことは、いずれの制度改正時においても療養通所介護サービスの利用実態に相応な検討がされず、また、自治体に療養通所介護サービスそのものが周知されず、結果的に、療養通所介護事業所数が増加せず、地域偏在も顕著であることの根本的な要因と考えられる。

## 8-2 本研究の成果と今後の研究課題

療養通所介護事業については、その公的統計資料の不足から、従来研究が事業所の個別事例に基づく分析であったのに対し、本研究では、独自の調査を行うことで、運営実態を数量化し、更に事業者や自治体への調査票における自由記載やインタビューなどの定性的データを補足することにより、全国の療養通所介護事業所全体の運営実態の見える化を進捗させた。また、在宅医療等の環境要因と合わせて分析することにより、地域的偏在の要因についても明らかにした。

また、本研究では、療養通所介護事業所の数が増加せず、地域的に偏在していることについて、制度論の観点から4つの主な制度改正にフォーカスして政策的評価を行い、これらの制度改正が療養通所介護事業所の開設や運営、自治体における事業計画等への反映に対して、必ずしも効果的ではなかったことを、その理由とともに示すことができた。更に、その根本的な要因は療養通所介護事業の制度的な位置づけにあることを指摘した。

一方で、本研究を通じて、療養通所介護事業の推進には、地域の在宅医療関連施設の整備状況を踏まえることと、訪問看護ステーションや障害児等通所支援の実施をはじめ、他の事業も組み合わせた多角的経営や、地域の他事業所との連携協定による一体的な経営が望ましいとの方向性が示唆された。また、こうした療養通所介護事業を含む地域全体としての取組を通じては、乳児から高齢者までの全世代を対象とし、また軽症者から中重度者まで、訪問や通所、あるいは泊りでの「看護」を自由に受けることができる、共生型の「在宅看護システム」の構築が重要であると考えられる。

こうした問題意識のもと、今後の研究課題としては、医療ニーズの高い中重度の療養者を受入れるサービスの拡充を念頭に、療養通所介護事業以外の在宅看護サービスについても、その運営実態を分析し、考察を加えていきたいと考えている。また、地域に存在する事業所が対象者毎に複数事業の指定を受けるなど、現行制度の縦割りに起因する様々な問題についても分析し、「共生型サービス」の枠を更に超えた、全世代に対応する在宅看護サービスの展開に資する研究に取り組んでいきたいと考えている。

## 謝辞

本論文の執筆にあたっては、数多くの方々にご協力やご助言、ご指導をいただいた。

本研究は、徳永幸之教授のご指導の下、6年の研究成果をまとめたものである。徳永教授には、この長期間に渡り、公共政策の観点から、本研究テーマである療養通所介護事業の政策評価を行う上で、科学的な評価・分析・考察の方法について教えていただいた。また、副指導教員の風見正三先生、審査委員会主査の藤澤由和先生には、論文をまとめる過程において、論文構成の見直しや、研究者の主張を打ち出す姿勢など、大変貴重なご指導を頂いた。先生方の暖かいご指導に心より感謝申し上げます。

療養通所介護事業を学位論文のテーマとしたきっかけは、自身の看護技官としての行政での経験から、在宅看護の現場の声と実際の政策が乖離していることにやるせない思いを持ち、在宅看護を政策の視点から捉え直して、研究を進める必要性を感じたことにある。こうした動機の下に、本研究は、日本訪問看護財団の2018年度調査研究事業の委員長として実施した調査を分析したものである。本調査にご協力いただいた全国の療養通所介護事業所の皆様、自治体の担当者の皆様、そして日本訪問看護財団には心より感謝を申し上げます。

本研究は、独立行政法人日本学術振興会研究費助成事業学術研究助成基金（基盤研究C）による助成研究事業「訪問看護ステーション等の地域における看護事業所の制度的基盤整備に関する研究（19K10711）」として実施したものである。本研究事業における分担研究者として、あるいは関連論文の学会発表に当たって、刺激や助言、励ましをいただいた尾形裕也九州大学名誉教授、橋本敬史前東北大学公共政策大学院大学教授、津野陽子埼玉県立保健福祉大学准教授、巴山玉連群馬医療福祉大学教授に感謝申し上げます。

また、在宅医療連合学会誌に関連論文を投稿した際の査読においては、第4章・5章の内容について、わかりにくい点の指摘や適切な統計分析の助言、励ましのコメントをいただいた。査読者の先生方大変丁寧なご指導に感謝申し上げます。

自身は社会人学生として、この6年間は転職やコロナ禍への対応もあり、研究と仕事の両立は厳しかった。そのような中で、身近で支えてくれた松永早苗神奈川県立保健福祉大学准教授、佐藤直子実践教育センター専任教員、大場紅莉東京財団リサーチアシスタント、また、論文資料の整理や献身的なサポートをしてくれた小川裕美氏、大野育子氏、玉貫真央氏に大変感謝している。

そして最後に、折に触れて励ましの言葉を掛けてくれた両親や妹に心から感謝したい。

## 引用文献

- 1) 内閣府：高齢者の健康に関する意識調査，2012.
- 2) 日本訪問看護振興財団：訪問看護ステーションにおける多機能設置モデル事業事業報告書平成14年度(社会福祉・医療事業団助成事業). 2003.
- 3) 加藤基子ほか：介護事業所における小規模多機能化事業（通所看護等）の検証，平成15年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分），2003.
- 4) 石原美和：介護保険制度の見直しについて，*Journal of Academy of Gerontological Nursing* Vol.9 No.1 pp.5-11, 2004.
- 5) 石原美和：介護保険制度改正と療養通所介護への期待，*コミュニティケア* 87号 (Vol.8, No.7), 2006.
- 6) 河野あゆみ，岡本双美子，村田 瑞穂：訪問看護利用者 2 事例に対する療養通所介護の試み ケア内容と利用者の表情および意識，*日本在宅ケア学会誌* Vol.12 No.2 pp, 2009.
- 7) 鶴飼知鶴，畑吉節未：療養通所介護における多職種からみた看護実践の成果，*日本看護学会論文集在宅看護* Vol.47 pp.15-18, 2017.
- 8) 柴崎祐美：介護保険事業所の特徴を生かした家族介護支援に関する一考察，*立教大学コミュニティ福祉研究所紀要* No.4 pp.115-127, 2016.
- 9) 萩原正子：多機能化による効果と留意点，*コミュニティケア* Vol.21 No.9 pp.10-12, 2019.
- 10) 木全真理：訪問看護ステーションの多機能化の実態と展望，*コミュニティケア* Vol.21 No.9 pp.25-28, 2019.
- 11) 佐藤美穂子：療養通所介護事業の普及をはかるために，*コミュニティケア* Vol.11 No.8 pp.15-19, 2009.
- 12) 清水準一：この20年における在宅看護の拡大この20年における在宅看護の拡大，*保健医療社会学論集* 26(1) pp.31-36, 2015.
- 13) 当間麻子：医療ニーズの高い在宅障がい者の生活を支える通所事業の成果，*Nurse eye = ナースアイ* 22 (1) pp.25-30, 2009.
- 14) 本間彰子：療養通所介護利用の現状と体制整備における課題，*日本在宅ケア学会誌* Vol.14 No.2 pp.14-17, 2011.
- 15) 厚生労働省：第180回社会保険審議会介護給付費分科会資料，2020.
- 16) 厚生労働省：老人保健健康増進等事業，療養通所介護事業所開設ガイド，2015.
- 17) 窪田好男：公共政策学・政策評価論・日本型政策評，*日本評価学会* 第8巻第1号，2008.
- 18) 真山達志：公共政策研究の一つの捉え方 一主として行政学の立場から，*日本公共政策学会*，1999.
- 19) 山田雅子：在宅看護の目的と特徴，*医学書院*，2013.
- 20) Walter P Wodchis, F Teare, Gary Naglie, Susan E Bronskill, Sudeep S Gill, Michael P Hillmer, Geoff M Anderson, Paula A Rochon, Brant E Fries, Gary : Skilled nursing



- facility rehabilitation and discharge to home after stroke, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2004.
- 21) Rachel M, WernerB, Coe,Mingyu, QiNorma : Patient Outcomes After Hospital Discharge to Home With Home Health Care vs to a Skilled Nursing Facility, JAMA Internal Medicine, 2019.
  - 22) 厚生労働省老健局：介護保険事業状況報告, 2018.
  - 23) 厚生労働省：第7期計画期間における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について, 2021.
  - 24) 厚生労働省：「我が事 丸ごと」地域共生社会実現本部, 2017.
  - 25) 厚生労働省：児童福祉法に基づく主に重症心身障害児を通わせる児童発達支援の事業等を介護保険法令に基づく療養通所介護事業所において実施する場合の取扱いについて, 厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課・老健局老人保健課 事務連絡, 2012.
  - 26) 桑木光太郎：慢性重症障がい児を社会がどうみていくか4 医療行政の現状と今後, 金原出版 pp.1433-1440, 2016.
  - 27) 田村正徳：重症の慢性疾患時の在宅での療養・療育環境の拡充に関する総合研究 2011-2013, 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）報告書, 2015.
  - 28) 厚生労働省政策統括官：社会医療診療行為別調査, 2015.
  - 29) 厚生労働省医政局：終末期医療に関する調査, 2015.
  - 30) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, 2018.
  - 31) 一般社団法人全国訪問看護事業協会：平成26年訪問看護ステーション数調査結果（訪問看護ステーション）, 全国訪問看護事業協会ホームページ, 2014.
  - 32) 野村陽子：看護制度と政策, 第4章訪問看護制度の政策過程 pp.209-269, 2015.
  - 33) 厚生労働省医政局：患者調査, 厚生労働省医政局在宅医療推進室, 2017.
  - 34) 石原美和：介護保険制度の見直しについて(焦点), 老年看護学, 2004.
  - 35) 加藤基子ほか：介護事業所における小規模多機能化事業（通所看護等）の検証, 平成15年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）, 2003.
  - 36) 安藤眞智子：介護ニーズと医療ニーズを併せもった重度障害者・家族に対する在宅支援の取り組み, 訪問看護ステーションを核とした医療型通所サービスの実践, 日本看護科学会誌 26 (1) pp.74-75, 2006.
  - 37) 厚生労働省：介護保険制度の見直しに関する意見, 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会, 2004.
  - 38) 厚生労働省：第57回社会保障審議会介護給付費分科会資料, 2006.
  - 39) 厚生労働省：第62回社会保障審議会介護給付費分科会資料, 2008.
  - 40) 厚生労働省：「地域共生社会」の実現に向けて, 「我が事 丸ごと」地域共生社会実現本部 pp.1-9, 2017.
  - 41) 厚生労働省：第141回介護保険給付費分科会資料, 2017.

- 42) 厚生労働省：第 150 回介護保険給付費分科会資料，2018.
- 43) 厚生労働省：第 180 回介護保険給付費分科会議事録，2018.
- 44) 厚生労働省：社会福祉等施設事態調査，2015.
- 45) 厚生労働省：平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容，2018.
- 46) 厚生労働省：第 188 回社会保障審議会介護給付費分科会（web 会議）資料，2020.
- 47) 吉池由美子：療養通所介護モデル事業から得られた確かな成果，コミュニティケア Vol.8 No.7 pp.24-29，2006.
- 48) 荒牧登史治：平成 29 年度 通所介護事業所の経営状況について 福祉医療機構リサーチレポート，独立行政法人福祉医療機構，2019.
- 49) 厚生労働省：第 150 回社会保障審議会 介護給付費分科会（資料 2）「療養通所介護の報酬・基準について」，2017.
- 50) 橋本寛敏：病院管理体系 第 6 卷 I，医学書院 328，1980.
- 51) 厚生労働省：第 150 回社会保障審議会 介護給付費分科会（資料 2）「療養通所介護の報酬・基準について」（編），2017.
- 52) 厚生労働省：老健局社会保障審議会第 141 回介護給付費分科会資料，介護給付費実態調査特別集計，2017.
- 53) 厚生労働省：令和元年度国民医療費の概況，2019.
- 54) 医療・介護経営研究会：普及するか、「療養通所介護」，厚生福祉 pp.2-10，2008.
- 55) 井上由起子，松岡洋子：定期巡回・随時対応型訪問介護看護の運営基盤の確立に関する研究，介護経営 Vol.12, No.1 pp.48-61，2017.
- 56) 畠山輝雄：小規模市町村における介護保険地域密着型サービスの運用 - 新潟県関川村と和歌山県由良まちな町の事例から - ，人文地理 Vol.64, No.5 pp.21-35，2012.
- 57) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：介護離職防止の施策に資する在宅介護実態調査結果の活用方法に関する調査，2017.
- 58) 国立社会保障・人口問題研究所：平成 29 年日本の将来推計人口，2017.
- 59) 医療経済研究機構：要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告（平成 13 年度老人保健健康増進等事業），2002.
- 60) 山田雅子：在宅看護の目的と特徴 4，医学書院 pp.4-18，2013.
- 61) 厚生労働省老健局：介護保険事業状況報告，2017.
- 62) 厚生労働省：第 80 回社会保障審議会介護給付費分科会資料 2，2011.
- 63) 内閣府：障害者白書，2017.
- 64) 総務省統計局：国勢調査，2021.
- 65) 厚生労働省：介護保険制度の見直しに関する意見，2004.

## 付録1 療養通所介護事業所の実態調査

本研究では、療養通所介護事業所の開設状況や運営状況について調査を行った。調査は、筆者の石原を研究代表者として、公益財団法人日本訪問看護財団と共同で実態調査を実施した。

### 1. 調査方法

厚生労働省の「介護情報サービス情報公表システム」から検索した療養通所介護事業所、全93か所（2018年5月時点）を対象とし、日本訪問看護財団から管理者宛てに調査票を郵送送付し、郵送回収とした。調査期間は、2018年8月から10月であり、締切1週間前に、電話で返信のリマインドを行ったが、その際に10か所は既に廃止していたため、これらを除外した調査対象は83事業所となった。回答は、自記式無記名とし、調査への同意については、調査票の返信を持って同意を得た意思の表明とした。また回答のうち記入漏れは欠損値として扱い、全ての回答を分析対象とした。

自記式無記名調査票は、訪問看護師、療養通所介護事業所管理者等経験者等をメンバーとする調査検討会において、事業所2か所へのインタビューによるパイロットテストで調査項目の内容的妥当性を確認し、以下の通りとした。なお、調査票に記入するデータは、2018年8月分とした。

### 2. 調査内容

#### ①基本属性

開設主体、開設年次、所在市町村都市類型、併設事業（同一法人の運営する他事業）、定員数、営業日数。

#### ②利用状況

延べ利用回数、登録利用者数、最大利用者数、利用者の状態、要介護度、疾患、利用中止の理由

#### ③運営状況

職員数、月当たりの収入・収益、補助金、障害児等通所支援事業の実施状況と実施しない理由、利用を制限した人数と理由。

#### ④ 開設や運営について問題となっていること（自由記載）

### 3. 用語の定義

#### ① 療養通所介護

介護保険法における通所介護事業で、介護報酬上定められた療養通所介護サービスとする。

## ② 障害児等通所支援

児童福祉法における児童発達支援、放課後等デイサービス、障害者総合支援法における生活介護の3つ、または、いずれかのサービスとする。

## ③ 延べ利用回数

調査期間2018年8月の1か月間の利用回数の合計とした。障害児等通所支援を実施する事業所では、療養通所介護と障害児等通所支援それぞれの利用回数の合計とした。

## 4. 分析方法

調査対象事業所における開設状況については、制度改正の変遷と照合した。また、追跡調査によって得られた廃止事業所数の推移と廃止の事情に関する情報についても、分析に加えた。属性については、単純記述統計を行った。更に、障害児等通所支援の実施について、2012以降の開設事業所とその前の開設事業所との比較をFisher 確率正確検定により行った。障害児等通所支援の実施の有無による延べ利用回数の差の検定は、Mann-Whitney 検定を行った。分析ソフトは、IBM SPSS Statistics Version 25 for Windows を用い、有意水準は  $p < 0.05$  とした。

## 5. 倫理的配慮

倫理的配慮として、本研究は日本訪問看護財団倫理委員会の承認を得て行った（承認番号：No.4.2018年7月31日）。

## 6. 実態調査結果

### ① 回収率

2018年調査票の回収率は59.0% (49/83) であった。

### ② 基本属性

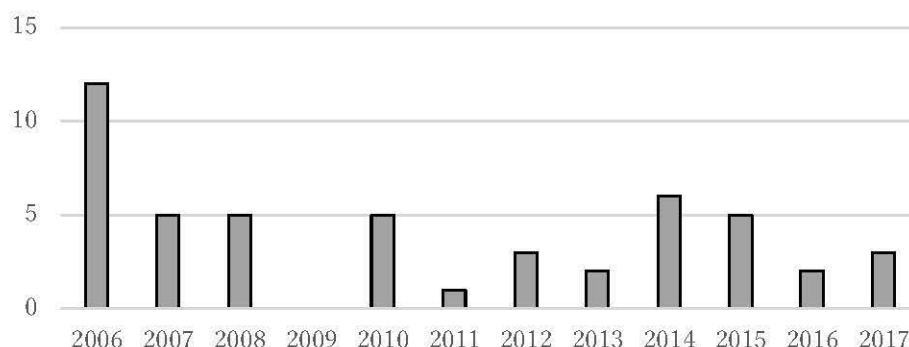
回答が得られた療養通所介護事業所の基本属性を表1に示した。設置主体は、営利法人が最も多く、その他（NPO等）、医療法人が続いた。併設事業所は、訪問看護ステーションが最も多く42事業所(85.7%)、次いで居宅介護支援事業34事業所(69.4%)だった。障害児等通所支援事業の実施ありは26事業所(53.1%)で、約半数が実施していた。内訳は、児童発達支援21事業所、放課後等デイサービス21事業所、生活介護事業所16事業所だった。

付録 1-表 1 療養通所介護事業所の概要

| 基本特性                 | 全 体 |             |
|----------------------|-----|-------------|
|                      | N   | % 平均(±SD)   |
| <b>開設主体</b>          |     |             |
| 営利法人                 | 18  | (36.7%)     |
| 医療法人                 | 11  | (22.4%)     |
| 社会福祉法人               | 6   | (12.2%)     |
| その他                  | 14  | (28.6%)     |
| <b>都市区分</b>          |     |             |
| 政令指定都市               | 20  | (40.8%)     |
| 中核都市                 | 9   | (18.4%)     |
| 一般市                  | 14  | (28.6%)     |
| 町                    | 6   | (12.2%)     |
| <b>併設事業所</b>         |     |             |
| 訪問看護ステーション           | 42  | (85.7%)     |
| 居宅介護支援事業所            | 34  | (69.4%)     |
| 地域密着型通所介護（介護予防含む）    | 20  | (40.8%)     |
| 通所介護（介護予防含む）         | 11  | (22.4%)     |
| 病院                   | 9   | (18.4%)     |
| 通所リハビリテーション（介護予防含む）  | 8   | (16.3%)     |
| 介護老人保健施設             | 7   | (14.3%)     |
| 診療所                  | 6   | (12.2%)     |
| <b>障害児等通所支援事業の実施</b> |     |             |
| 障害児等通所支援事業実施あり       | 26  | (53.1%)     |
| <b>内訳</b>            |     |             |
| 児童発達支援事業             | 21  | (42.9%)     |
| 放課後デイサービス            | 21  | (42.9%)     |
| 生活介護事業               | 16  | (32.7%)     |
| <b>定員数（人）</b>        | 49  | 6.6(±2.6)   |
| <b>最大利用者数（人）</b>     | 49  | 4.7(±3.3)   |
| <b>登録利用者数（人）</b>     | 47  | 16.6(±10.2) |
| <b>延べ面積（㎡）</b>       | 27  | 90.7(±88.9) |
| <b>一人当たり延べ面積</b>     | 27  | 12.7(±8.3)  |

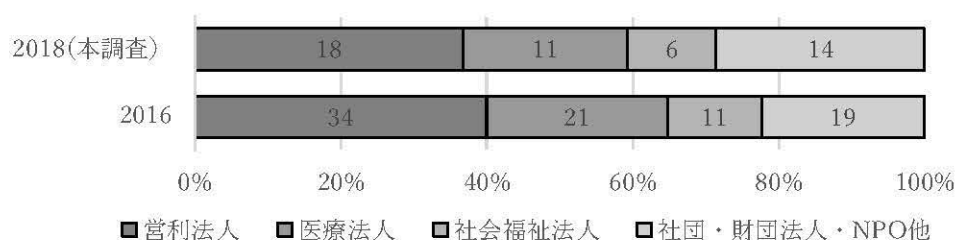
### ③開設状況の推移と設置主体

図が示す療養通所介護事業所開設年度によると、事業所の開設年度については、2006年の制度創設時が9事業所で最も多く、それ以降は、2014年度に6事業所開設されたのが次に多かった。概ねばらついて開設されていた。2006年制度創設後は、事業所数は微増したものの、2012年以降は横ばいとなっている



付録1-図1 療養通所介護事業所開設年度

開設主体については、創設時は、主に、営利法人、医療法人、社会福祉法人が主な設置主体であるが、社団・財団法人・NPO 他は、医師会立、訪問看護財団立、そして、NPO 法人格を取得した団体をグループ化した、医療法人や社団・財団法人・NPO 等であったが、その後、増加した事業所は、営利法人であり、全体の約4割を営利法人が占めていた。付録図4-3の通り、営利法人が約4割で、2017年の厚生労働省特別集計と一致していた[厚生労働省老健局, 2017]。本調査のほうが社団・財団法人・NPO 他が医療法人よりも若干多く順位は逆転しているが大きな差はなかった。

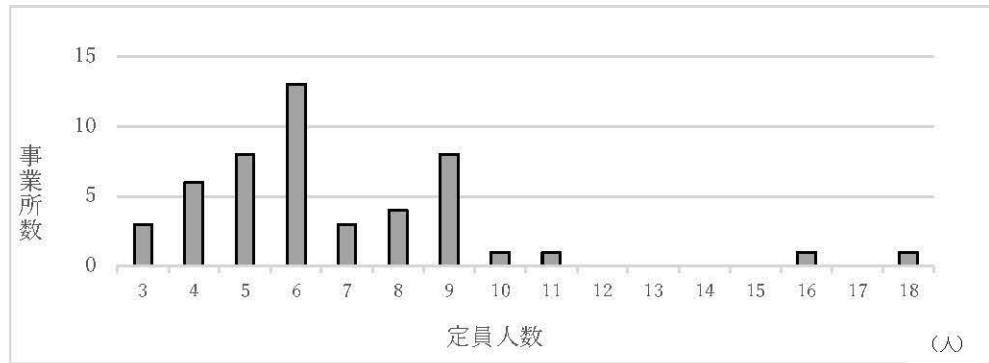


付録1-図2 療養通所介護事業所開設主体別推移

### ④ 定員数と利用者数

定員数は、 $6.6 \pm 2.5$ 人で、最大利用者数は、 $4.7 \pm 3.3$ 人だった。稼働率は、最大利用者数の状態で、71.2%と低かった。登録者数は、 $16.6 \pm 10.2$ だった。1か月の延べ利用者数は65.4人だった。付録図3は療養通所介護事業所定員数の分布を表しているものである。「6人」が13件(26.5%)で最も多く、「5人」と「9人」が8件(16.3%)、「4人」が6件(12.2%)で続き、平均は6.8人である。療養通所介護の定員上限数は、介護報酬の改

定において、3回あり、2018年度からは定員数は「9人以下」から「18人以下」に拡大されたが、10人以上は4事業所のみだった。障害児通所支援併設事業所は半数が6人で、全体でも定員5～6人に集中している



付録1-図3 療養通所介護事業所定員数

⑤ 1人当たり面積基準

療養通所介護の設備基準は、専用の部屋を有し、その面積は6.4㎡に利用定員を乗じた面積以上とすることとされている。面積は、2006年の創設時は8㎡だったが、2009年には定員5人から8人へ定員基準の拡大とともに、一人当たり面積が6.4㎡に緩和された、当初の8㎡は老健施設の居室と同じであるが、6.4㎡は療養病床の居室一人当たりの基準と同じで、通所施設であるにも関わらず、入所施設並みの基準となっている。

回答のあった療養通所介護の延べ床は平均119.8㎡であり、平均利用定員で換算すると規定の面積は超えていた。しかしながら、自由記載からは、都市部では賃貸マンションの1階で開設しているなど、居室スペースや送迎用車両の駐車スペースの確保が難しいため、定員増できないという事情が明らかになった。

⑥ 併設事業

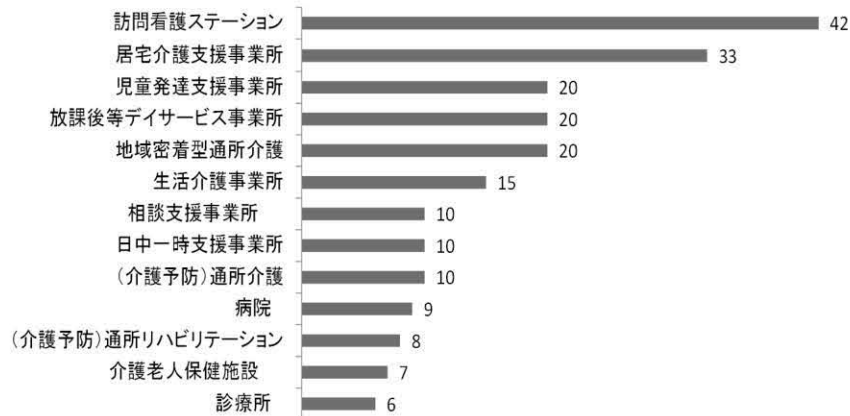
開設主体の約9割が訪問看護ステーションを運営していた。また、6割が同一隣接敷地内で訪問看護ステーションを運営しており、創設時の訪問看護ステーションが、利用者のニーズから通所サービスを求めたモデル事業（3章）の形態が継承されていた。

次に併設が多かったのは、居宅介護支援事業所で約7割、障害児通所支援事業所で4割だった。また、3割が障害者通所支援事業である生活介護事業を運営していた。また、2割弱が病院併設だった。

自由記載では、「訪問看護の経験の少ない看護職員や介護職員のたんの吸引や経管栄養の注入、人工呼吸器の管理等の研修の場であり、地域包括ケアシステムの推進に向けて、療養通所介護は人材育成の実践研修の場として効果的」と述べられていた。

通所サービスである療養通所介護事業所、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス

事業所、生活介護事業所の4事業所とも、訪問看護ステーションが中心となり、医療的ケアを必要とする高齢者や子どものニーズを捉え、それらに対応した体制を考え事業化し拡大を図った点が共通していた。



付録1-図4 併設事業所の状況

⑦ 利用者の状態とニーズ

療養通所介護の利用者の属性は、表2に示す。要介護度については、要介護4と5で86.1%と大部分を占めていた。利用者の主傷病名は脳血管疾患と神経性疾患で半数以上を占めていた。

付録1-表2 養通所介護の利用者属性

| 基本特性                          | 利用者数全体        |         |
|-------------------------------|---------------|---------|
|                               | 人数            | %       |
| <b>&lt;療養通所介護事業 利用者属性&gt;</b> |               |         |
| <b>要介護度</b>                   | <b>N=569人</b> |         |
| 要介護1                          | 14人           | (2.5%)  |
| 要介護2                          | 40人           | (7.0%)  |
| 要介護3                          | 25人           | (4.4%)  |
| 要介護4                          | 97人           | (17.0%) |
| 要介護5                          | 393人          | (69.1%) |
| <b>主傷病別</b>                   | <b>N=538人</b> |         |
| 脳血管疾患                         | 153人          | (28.4%) |
| 神経系疾患                         | 137人          | (25.5%) |
| 新生物                           | 34人           | (6.3%)  |
| 呼吸器系疾患                        | 22人           | (4.1%)  |
| 消化器系疾患                        | 9人            | (1.7%)  |
| 認知症                           | 113人          | (21.0%) |
| その他                           | 70人           | (13.0%) |
| <b>利用中止の経緯<sup>※</sup></b>    | <b>N=117人</b> |         |
| 死亡                            | 58人           | (49.6%) |
| 入院                            | 36人           | (30.8%) |
| 施設入所                          | 11人           | (9.4%)  |
| 状態改善                          | 6人            | (5.1%)  |

利用中止の経緯は、死亡が約半数、入院が約30%と、利用者は極めて重篤な状態であった。ヒアリング調査の結果からも、利用者の状態から、急なキャンセルの発生により稼働率を維持した運営は難しいことが明らかになった。



⑧ 障害児等通所支援の利用者属性

障害児等通所支援の利用者の属性は付録表 3 に示した。年齢構成としては、6 歳から 18 歳の就学年齢が 5 割を占めていた。また、大島分類、重症児スコアでは、区分 6 が 9 割を占め、重度な児が多かった。障害者手帳も身体障害者手帳と療育手帳は約半数ずつが有していた。

付録 1-表 3 障害児等通所支援の利用者属性

| 基本特性                          | 利用者数全体        |         |
|-------------------------------|---------------|---------|
|                               | 人数            | %       |
| <b>&lt;障害児等通所事業 利用者属性&gt;</b> |               |         |
| <b>年 齢</b>                    | <b>N=239人</b> |         |
| 0～3歳                          | 25人           | (10.5%) |
| 3～6歳                          | 43人           | (18.0%) |
| 6～18歳                         | 121人          | (50.6%) |
| 18歳以上                         | 50人           | (20.9%) |
| <b>障害区分</b>                   | <b>N=71人</b>  |         |
| 区分 4                          | 1人            | (1.4%)  |
| 区分 5                          | 6人            | (8.5%)  |
| 区分 6                          | 64人           | (90.1%) |
| <b>手 帳</b>                    | <b>N=207人</b> |         |
| 身体障害者手帳                       | 104人          | (50.2%) |
| 療育手帳                          | 91人           | (44.0%) |
| 精神障害手帳                        | 12人           | (5.8%)  |

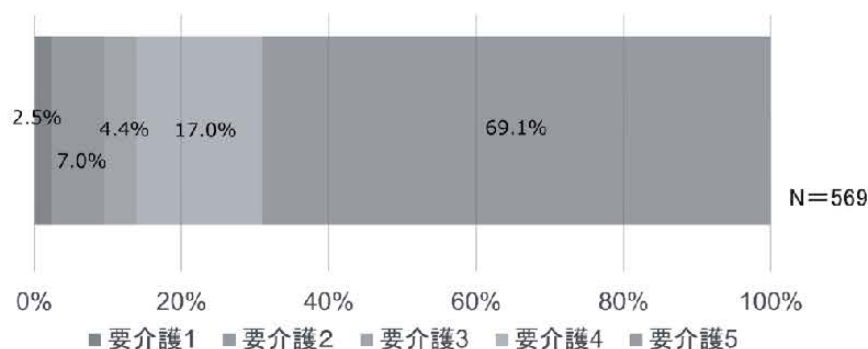
⑨ 利用状況について

療養通所介護サービスには、時間の長さによって 2 種類のサービスがある。「6～8 時間未満」が月平均 59.7 回で、「3～6 時間未満」19.2 回を大きく上回っており、長時間のニーズがある事が明らかになった。また、提供している主なケアについては、付録図 4 に示す。皮膚ケアと膀胱洗浄・膀胱留置カテーテルの管理は療養通所介護の利用者に有意に多く、酸素療法管理と人工呼吸器の管理は、障害児等通所支援の利用者に多かった。

付録1-表4 提供している主なケア

| ケア内容                       | 療養通所介護<br>(n=525人) |      | 障害児等通所支援<br>(n=335人) |       | t値                |
|----------------------------|--------------------|------|----------------------|-------|-------------------|
|                            | 平均                 | SD   | 平均                   | SD    |                   |
| バイタルサイン測定、酸素飽和度測定          | 11.67              | 7.91 | 16.75                | 27.30 | 0.80              |
| 移動・移乗の援助、体位変換              | 11.44              | 7.93 | 16.65                | 27.23 | 0.82              |
| 口腔内ケア                      | 10.91              | 8.04 | 9.11                 | 6.36  | 0.91              |
| 服薬援助・管理(点眼薬、軟膏、坐薬等を言<br>ふ) | 10.89              | 8.04 | 15.28                | 26.29 | 0.68              |
| 排泄援助、おむつ交換、陰部洗浄、陰部清拭       | 11.02              | 8.15 | 17.37                | 27.75 | 0.95              |
| 入浴、シャワー浴介助                 | 10.58              | 7.64 | 14.11                | 27.34 | 0.52              |
| 症状のモニタリング                  | 10.55              | 8.21 | 15.83                | 28.77 | 0.75              |
| 利用者の心理的ケア(傾聴等を含む)          | 9.75               | 8.21 | 13.33                | 31.72 | 0.42              |
| 皮膚ケア(清拭、その他の保清)            | 8.95               | 7.32 | 5.14                 | 5.40  | 2.01 <sup>※</sup> |
| 経口摂取援助(食事・水分含む)・見守り含む      | 6.74               | 5.86 | 6.61                 | 7.95  | 0.06              |
| 四肢・体幹のリハビリテーション            | 6.40               | 5.73 | 11.63                | 28.47 | 0.77              |
| 鼻栄養・胃薬・経腸栄養                | 5.87               | 8.00 | 13.50                | 21.61 | 1.42              |
| 気管内吸引                      | 2.95               | 2.80 | 9.06                 | 17.74 | 1.33              |
| 膀胱洗浄、膀胱処置カテーテルの管理          | 2.98               | 5.28 | 1.13                 | 2.06  | 1.84 <sup>※</sup> |
| 気管切開の処置                    | 1.79               | 1.66 | 8.59                 | 17.32 | 1.57              |
| 酸素療法管理(在宅酸素、酸素吸入)          | 1.58               | 1.86 | 2.94                 | 2.78  | 1.81 <sup>※</sup> |
| ターミナルケア(緩和ケア)              | 0.78               | 3.12 | 0.00                 | 0.00  | 1.55              |
| 人工呼吸器の管理                   | 0.67               | 1.11 | 4.41                 | 7.97  | 1.87 <sup>※</sup> |

利用者や家族が求めるケアとしては、医療処置として「ストーマや胃薬の管理をしてほしい」、入浴や外出機会の確保なども挙げられていた。「ADLが低下し、全介助であり、褥瘡のリスクもあるため管理を行ってほしい」、「外出により気分転換し、他の人と交流を図りたい」と、療養通所介護で提供されるケアというよりも、利用者家族にとっては、貴重な外出の機会ともなっている。また、「兄弟が多いため、学校行事に行くために預かってほしい」と要望があった。「常時見守りが必要なため、介護者が外出できない、生活に楽しみを持ちたい」、などの要望があった。



付録1-図5 利用者の主傷病名の比較

#### ⑩ 利用者登録時のとりきめ

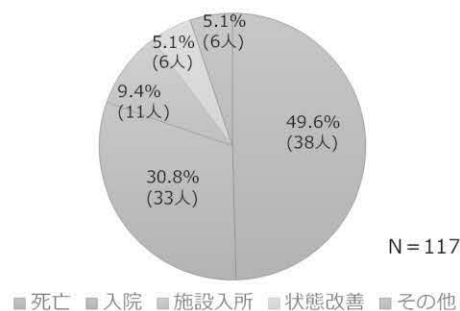
療養通所介護の登録条件は、「主治医の許可がある」36 か所 (73.5%)、「訪問看護を利用している」27 か所 (55.1%)、「症状が安定している」12 人 (24.5%) の順で定めており、主治医の許可のもとに、利用されていた。一方で、登録の条件として、「一般の通所介護の利用が困難であること」、「医療的なケアが必要」、「送迎時間が片道 30 分以内であること」「訪問看護を利用していない場合は主治医の同意書が必要」と独自の基準を設けている事業所もあった。

障害児等通所支援の登録条件は、「主治医の許可がある」14 か所 (53.8%)、「症状が安定している」10 か所 (38.5%)、「訪問看護を利用している」4 か所 (18.2%) の順で定めていた。一方で、登録の条件として、「医療的なケアが必要」、「ベッド上で生活している」、「障害 1 か 2 級、あるいは、愛の手帳 A1 か A2」と独自の基準を設けている事業所もあった。登録期間については、双方とも定めていない事業所が多かった。

#### ⑪ 管理者

管理者は常勤看護師 1 人を配置する。支障がない場合は事業所内の他の業務に従事（兼務）することができるかとされている。

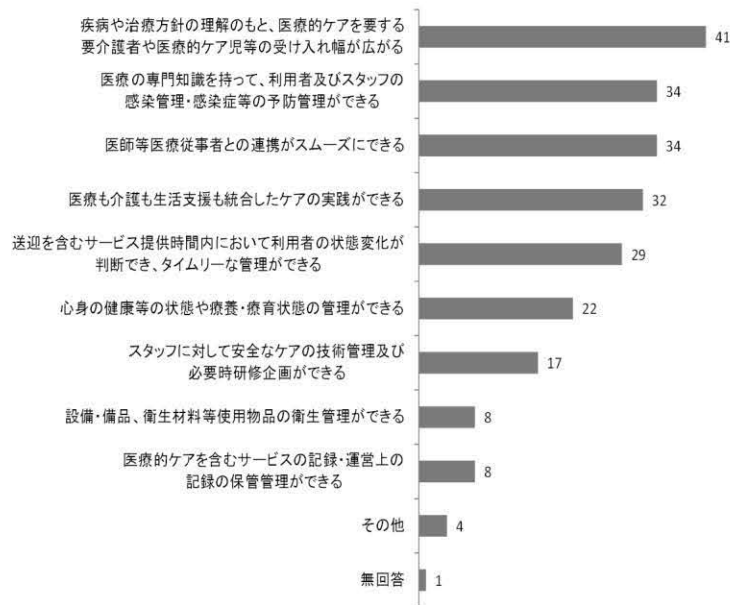
療養通所介護事業所のうち、訪問看護ステーションと管理者を兼務している事業所は、42 事業所のうち 18(42.9%)で、隣接・同一敷地内に併設の 30 事業所中、訪問看護ステーションの管理者を兼務しているのは 13 (43.3%) であり、同様だった。これは訪問看護ステーションの管理者との兼務が、隣接しているかどうかには関連がないということが明らかになった。



付録 1-図 6 利用終了者の状況(人)

また、障害児通所支援等を併設している療養通所介護事業所のうち、管理者を、児童発達支援管理責任者と兼務しているのは 12 (60.0%) だった。訪問看護ステーションよりも、障害児通所支援事業との兼務の割合の方が多かった。同じ施設内での通所サービスであり、同じ施設内での事業のため、管理者の兼務が多かったのではないかと。

付録 1-図 7 は、看護師が管理者であることの意義についての回答であるが、全体では「疾病や治療方針の理解のもと、医療的ケアを要する要介護者や医療的ケア児等の受け入れ幅が広がる（83.7%）」が最も多く、「医療の専門知識を持って、利用者及びスタッフの感染管理・感染症等の予防管理ができる」、「医師等医療従事者との連携がスムーズにできる」がともに 69.4%で続いている。



付録 1-図 7 療養通所介護事業所の管理者が看護師である意義

『訪問看護ステーション併設あり』、『訪問看護ステーション併設なし』とも、「疾病や治療方針の理解のもと、医療的ケアを要する要介護者や医療的ケア児等の受け入れ幅が広がる」が最も多く挙げられ、それぞれ 86.7%、78.9%となっている。『訪問看護ステーション併設あり』では「医師等医療従事者との連携がスムーズにできる（83.3%）」が続き、『訪問看護ステーション併設なし』の回答に比べ大きく上回っていた。

## 1. 職員体制

付録 1-表 5 は事業所別の職員配置基準を示す。看護・介護職員数は利用者 1.5 に対し、提供時間帯を通じて 1 人以上配置することと、常勤専従の看護師を 1 人以上配置（複数の看護師が交代も可）が要件となっている。

全従事者の合計では、約半数が看護師で、准看護師は少なかった。介護職員は介護福祉士資格者とそれ以外は同じ割合だった。

職員配置については、平成 19 年の調査では療養通所介護に携わっている介護福祉士は全体の 7.1%(13 人)だったのに対し、その他の介護職員は 23.6%(43 人)で約 3 倍となってい

た。平成 30 年では、常勤換算で介護福祉士は平均 1.2 人、その他の介護職員は平均 1.1 人とほぼ同数となっている。

介護福祉士の数が増加していることが分かる。これは、ケアミックスの広がりによるものと考えられる。

開設後の運営については、職員確保（特に保育士等）が困難であること、人工呼吸器を装着している利用者のたんの吸引等を行える介護福祉士が少ないこと等が聴取された。

付録 1-表 5 利用定員に対する最低基準の職員配置数(参考)

| 事業種別<br>職種等     | 地域密着型通所介護   |     | 療養通所介護           |     |
|-----------------|-------------|-----|------------------|-----|
|                 | 6           | 18  | 6                | 18  |
| 利用者定員           | 6           | 18  | 6                | 18  |
| 管理者資格<br>(兼務)   | なし<br>(兼務可) |     | 看護師・保健師<br>(兼務可) |     |
| 生活相談員           | 1           | 1   | 1                | 1   |
| 看護師・保健師         | 1           | 1   | 3                | 11  |
| 介護職員            |             | 2   |                  |     |
| 合計              | 3           | 5   | 4                | 12  |
| 職員1人当たり<br>利用者数 | 2           | 3.6 | 1.5              | 1.5 |

2012 年度から、保健師助産師看護師法の規制緩和により、介護福祉士やヘルパーで規定の研修を修了した介護職員は喀痰吸引等の医療的ケアが実施できるようになった。平成 30 年の調査では、特定行為事業者登録をしているという回答が 8 件、医療的ケア実施のための研修については、特定行為事業者登録事業所は 8 か所のみであるが、登録していないという回答が 35 件あった。研修受講生が従事する事業所では、人工呼吸以外の特定行為は、概ね半分以上が取り組んでいる。自由記載からは、介護職員の確保が困難であることから、看護職員が中心となって医療的ケアを実施している。

## 2. 緊急時の体制

2017 年度の緊急時の対応では、届出上の緊急時の対応医療機関は「救急外来のある病院」が多く、実際に、半数の事業所で救急搬送があったと回答している。搬送があったのは半数であるが、このうち主治医のいる医療機関に搬送されたのは半数で、救急指定病院を含めると 8 割だった。

障害児通所支援併設 26 か所のうち嘱託医がいるのは 19 か所である。そして、謝金を払っているのは 3 か所である。療養通所介護同様に、緊急時の搬送先は、主治医の所属する医療機関で、次に、救急指定病院が続く。療養通所介護事業所の併設障害児通所支援事業については、療養通所介護の管理者は看護師であり、福祉サービスとして定められている

嘱託医の配置については見直しを検討するか、そもそも療養通所介護と一体的に運営する障害児等通所事業の分類を、医療型へ移し替えを検討する必要があるのではないか。

### 3. サービス提供の実態（宿泊とニーズ）

オプションサービスについて、宿泊サービスの実施の有無は、実施しているのは10事業所（20.4%）であった。宿泊サービスを実施している事業所の受け入れ方法では「利用者から申し入れがあった時」（70.0%）が最も多かった。

宿泊サービスのニーズについては、4割が希望している。平成18年ではニーズがあると回答した事業所は7割だったのに対し、今回の調査では4割に減少している。これは、地域において連携できるショートステイが確保されたのではないかと。

### 4. 医療処置の実施

提供しているケアについては、経管栄養は264人（50.3%）、気管内吸引130人（24.8%）で、医療的ケアを常時必要とする利用者が多かった。提供しているケアは、「バイタル測定・酸素飽和度測定」は100%で、症状のモニタリングも8割以上だった。口腔内ケア、服薬援助・管理、排泄介助・おむつ交換・陰部洗浄・清拭、入浴介助も9割前後だったが、医療的ケアを必要とする利用者のため、個別の配慮等は必要とされる。経管栄養は半数以上で、気管内吸引25%、気管切開の処置15%にケアを提供している。障害児通所支援等併設事業所では併設なしに比べて、人工呼吸器や経管栄養、中心静脈栄養、膀胱留置カテーテルのケアが多い。

### 5. 送迎サービス

送迎加算は創設時から加算の要望が団体から出されていたが、2015年に個別送迎体制強化加算が介護報酬改定で創設された。1日210単位で、看護職員を含む2人での個別送迎が要件であり、同時時間帯に利用者の倍以上の職員が送迎にあたる必要がある。

42事業所（85.7%）が算定していたが、外来受診を組み合わせる療養通所介護を利用した場合や、片道を家族が送迎した場合や介護タクシー利用した場合は算定できない等、加算の算定要件は厳しく、減算されている事業所は16か所であった。

### 6. 入浴サービス

入浴介護体制強化加算については、1日60単位で、40事業所（81.6%）が算定し、月平均37.5件であった。発熱等で清拭に変更した場合等は、算定できない等、算定要件は厳しく、減算されている事業所は12か所で、平均5.0件だった。

### 7. 宿泊サービス

宿泊サービスの実施については、10事業所（20.4%）が実施しており、36事業所（73.5%）は実施していなかったが、他施設に依頼するのは3事業所（6.1%）だった。ま

た、実施していない36事業所中、利用者が宿泊を希望しているのは、15事業所（41.7%）あり、宿泊のニーズが明らかになった。

付録1-表6 宿泊サービスを希望している利用者

|    |      | いる    | いない   | 無回答   |
|----|------|-------|-------|-------|
| 全体 | n=36 | 15    | 13    | 8     |
|    | 割合   | 41.7% | 36.1% | 22.2% |

#### 8. 経営状況と助成金の活用

収支状況については、15事業所から回答が得られた。表4-4は平均の収支状況を示しているが、多くは赤字経営だった。介護保険収入は6割で、障害総合支援費の収益の割合も約3割を占めていた。同じサービス類型とされている地域密着型通所介護事業所と比較すると、介護保険収入は少なく、人件費比率が74.7%と高かった。

付録1-表7 事業所1カ所の収支状況

(単位千円)

|        |           | 通所介護  |       | 通所リハビリテーション |  | 地域密着型通所介護 |       | 療養通所介護 |       |
|--------|-----------|-------|-------|-------------|--|-----------|-------|--------|-------|
| 介護事業収益 | 介護保険収入    | 4,890 |       | 5,698       |  | 2,013     |       | 1,226  |       |
|        | 障害者総合支援収入 | 0     |       | 358         |  | 0         |       | 547    |       |
|        | その他       | 345   |       | 3,911       |  | 114       |       | 54     |       |
| 介護事業費用 | 給与費       | 3,362 | 64.2% | 1,799       |  | 1,357     | 63.7% | 1,480  | 74.7% |
|        | その他       | 1,508 |       | 397         |  | 684       |       | 501    |       |
| 収入     |           | 5,240 |       | 6,056       |  | 2,130     |       | 1,787  |       |
| 支出     |           | 4,981 |       | 5,746       |  | 2,088     |       | 1,981  |       |
| 差引     |           | 259   |       | 310         |  | 42        |       | △194   |       |
| 収支差率   |           | 4.9%  |       | 5.1%        |  | 2%        |       | △10.9% |       |

出典 厚生労働省：2017 介護保険経営実態調査

制度創設後の事業モデルでは高い稼働率や建物賃借料は安く抑えることを前提に、1事業所1か月あたりの収支は黒字を想定していたが、開始直後の調査では、収支が大きくマイナスとなった。現在は収支のマイナスもやや改善したが、赤字の状況である。必要な医療的ケアを確保するための専門職の人件費や施設や設備の維持、送迎にかかる費用等、事業が今後健全に発展していくには課題は大きい。

経営上の工夫として、利用者拡大や設備、備品の共用などに努めている様子がうかがえるが、訪問看護ステーション併設事業所ほどこれらの回答の割合が高く、より経営上の工夫が講じられている。

補助金、助成金を活用したことがある事業所は、49 か所中 17 か所（34.7%）で、設備費や開設準備経費に活用している。活用していない理由は、「補助金があることを知らなかった」、「事務作業の負担」が上位であった。

ヒアリング調査からは、「開設までには施設整備、事業所開設の資金確保が必要な事業所も多いが、開設時の助成金の制度はなく、そのために融資を受けたり、貯金を当てている。」との声が上がった。

また、報酬に関しては、「看護職員等の専門職の配置と報酬が不十分であり、看護職員加配加算の要件も厳しいため、算定できない。処遇改善加算については、看護職員へ適用してほしい。」との意見があった。更に、医療ニーズの高い利用者が多く、医療保険での訪問看護を提供している利用者からは、「医療保険の適用すべき。共生型サービスとしての展開は不可欠であることから、看護師が管理するサービスについて、介護報酬、児童・障害報酬、診療報酬のあり方の検討。」、「不安的な状態でキャンセルが多いため、経営が厳しい。経営継続の観点から、医療ニーズの高い重度者のみを受入れるのではなく、多様な介護度の利用者を混合できるようにするのはどうか。」、「保育職員・介護職員の確保が困難である。」「片道みの加算の創設や、人材確保が困難な状況を配慮して、2 人職員配置や個別送迎について送迎の算定要件の緩和してほしい。」、「利用者は、医療ニーズが高いため、病院受診経由での送迎を認めてほしい。」など、切実な状況を伺える意見が多数出された。

#### 9. 自治体から受きたい支援

都道府県や市町村から受きたい支援としては、約半数が、国や自治体の関連施設や補助・助成金の情報提供を求めている。続いて、民間の助成金等の情報提供、職員の研修受講費の助成、公有地の貸与などが望まれている。特に、施設設備や開設準備補助や、看護師の配置について、運営費補助あるいは、加算や手当を求めている。

その他、療養通所介護事業所の運営の実態把握をするためには、介護保険法で定めるか、現状のままでも統計上の特別集計等の措置をとることを求めた事業所もあった。

#### 10. 障害児通所支援等事業の実施

未就学児を対象とする児童発達支援と、就学児を対象とする放課後等デイの実施は、それぞれ4割（20 か所）だった。18才以上の重度障害者を対象とする生活介護の実施は、割（19 か所）だった。4割（20 か所）だった。障害児通所支援を実施しない理由としては「職員体制」と「設備」を整えるのが難しいからが上位だった。

ヒアリング調査から、児童発達支援事業の職員配置基準で必置である保育士と児童指導員職員の確保の困難さが聴取された。

障害児通所支援等は、2012 年に療養通所介護事業所で児童発達支援等の事業を定員内で乗り入れできるようになり、開設は多くが2012年～18年である。



高齢利用者の平均要介護度は 4.38 であり、障害児通所支援併設事業所のほうが 4.48 とやや高い。障害利用者の年齢構成区分は、6～18 歳未満が半数で、障害区分 6、身体障害者手帳所持者が約半数であった。

障害児通所支援等では、利用者の状態が医療ニーズや障害の状態が、「他の事業所で対応できる」障害の程度という理由で断っている。

開設後の運営については、職員確保（特に保育士等）が困難であること、人工呼吸器を装着している利用者のたんの吸引等を行える介護福祉士が少ないこと等が聴取された。

自治体独自の補助金については、児童福祉サービスにおいて、重度の医療的ケア児の 1 回利用につき 1 万円の補助金が出されているが、療養通所介護事業所における児童発達支援や放課後等デイ事業の場合には補助対象から外されていると訴える事業所があった。

自治体との関係については、開設について市役所へ相談に行った時点では、市役所職員は、療養通所介護に関する知識や情報を全く有していなかった。しかし、市内に医療ニーズのある高齢者や重度障害児を受け入れられる事業所がなかった市町村では、確保の目的がなかったため、開設許可を短時間で認めた自治体もあった。一方で、児童発達支援等や生活介護の指定については、介護保険所管課とは異なる児童・福祉部門が担当で、建物基準や設備については、介護保険、障害者福祉、児童福祉の定める 3 重の規制となり、限られた土地で何度も設計図を修正し、開設をやめたいと思うようになったことが聴取された。

都道府県や市町村担当者とのやりとりでは、児童発達支援事業を把握しておらず、調整や事業を進めるのに時間がかかった様子がうかがえた。また、児童福祉サービスにおいて、重度の医療的ケア児の 1 回利用につき 1 万円の自治体単独の補助金が出されているが、療養通所介護事業所における児童発達支援や放課後等デイ事業の場合には補助対象から外されているので、同等に経済的な支援を訴える事業所があった。

一方で、市内に医療ニーズのある高齢者や重度障害児を受け入れられる事業所がなかった市町村では、確保の目的がなかったため、開設許可を短時間で認めた自治体もあった。

その他、療養通所介護事業所の運営の実態把握をするためには、介護保険法に位置づけるか、または、現状のままで統計上の特別集計等の措置をとることが必要であると考えられる。

地域包括ケアシステムの共生型サービスにおける地域連携体制として、看護と福祉（高齢、地域福祉等）との連携、看護と教育（幼稚園、学校、教育委員会）と連携が必要との指摘もあった。事業にとっての、長期的な目標や、事業所同士の連携（高齢者、障害、子ども、福祉、医療、教育等）、多機能型としての展開も必要であると意見が出された。

## 11. 地域密着型サービスに関すること

地域密着型サービスへの移行は、2016 年に、定員 19 人以下の小規模通所事業所についての指定・監督権限が都道府県から市町村へ移った。療養通所介護はモデル事業での検証からも、訪問看護ステーションとの一体的な運営に基づいて重症度の高い利用者の地域での療養生活の継続を支えていた。しかし、この制度移行により、訪問看護ステーションの利用者圏域と療養通所介護の利用者の圏域が一致しなくなる事態が生じたと思われる。

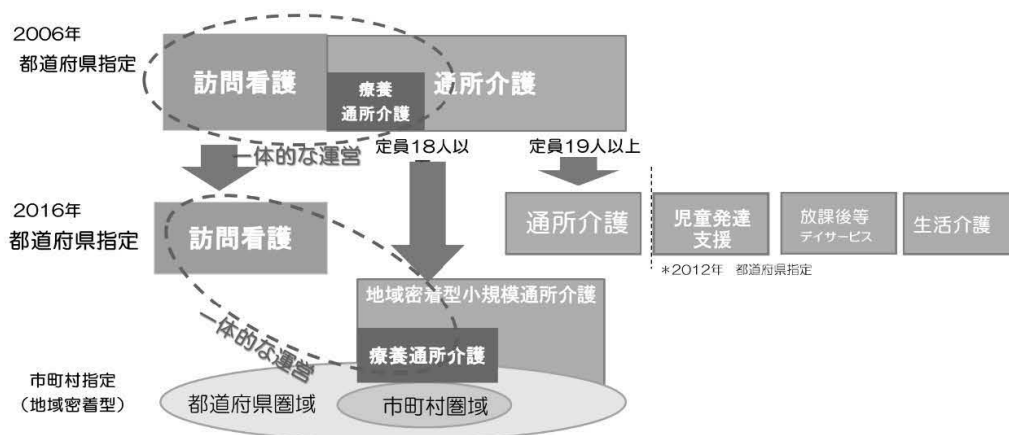
主な営業地域（複数回答）については、2016年度療養通所介護が地域密着サービスになったことも受けて「事業所のある市町村内から受け入れ」が最も多く、ついで「送迎時間」である。「事業所のある市町村外からも受け入れ」は全体で3割、障害児通所支援等併設事業所では半数近くとなり、障害児・者の通所支援事業のほうが、介護保険の療養通所介護利用者よりも、市町村圏域を越えた利用が多かった。また、圏域に関する回答も見られなかった。当該市町村以外からの利用者の受け入れについては、不可能と回答している事業所と、手続きが煩雑で利用者も事業者もあきらめてしまうと回答した事業所を合わせると5割以上あった。ヒアリングからも、利用の相談を当該市町村外から受けても、圏域外であるため断っている事業所が6か所以上あり、特に、介護保険利用者について回答があった。

訪問看護ステーションを併設する事業所は8割以上にも拘わらず、訪問看護利用者が当該市町村外住民である場合は、通所サービスが受け入れられないと1割が回答している。訪問看護ステーション等の併設事業所との一体的運営において、療養通所介護事業所の位置づけのみが市町村指定・指導監督へ移行したことで、利用者確保や運営の事業所の上位である訪問看護ステーション、居宅介護支援事業、児童発達支援、放課後等デイサービス、生活介護事業等は、都道府県指定・指導監督であり、療養通所介護事業のみが定員数が小規模であるという状況を示している。

しかしながら、療養通所介護事業所に義務づけられている運営推進会議については、特に、障害児通所支援事業等を併設している事業所では、療養通所事業所のみよりも、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、市町村職員の参画があり、行政とのつながりが強く、訪問看護ステーションとの連携も強い傾向が見られた。地域密着型サービスに移行した介護保険の療養通所介護事業のほうがむしろ、行政等との関係が薄い傾向があったのは意外な結果であった。

介護保険事業計画に含めるべきか、定めるべきかについては、それぞれの回答があり、事業計画に出ていないことによる（市町村職員の）認知度の低さなどが指摘されていた。しかしながら、医療ニーズの高い利用者へのサービスであり、市町村によっては創設するすべもなかったところが、事業者側の計画をほぼそのまま採用したところもあり、特に障害児の医療的ケアへの対応を期待されたという回答もあった。

ヒアリング調査からは、市役所内の縦割りのため、設計段階で断念する可能性や、療養通所介護と障害児通所支援等事業所の施設基準が二重に課されていることが負担であることが指摘され、共生型サービスの理念に基づいて児童や障害者も受け入れることで、規制が強化された形となった。一方で、市役所内の縦割りによって、介護と障害、児童担当部署が連携しないことについても開設にかかる問題と回答されていた。あわせて、障害児通所支援事業についても、高齢者と児童、障害者の縦割りの現状を課題としながら、今後は共生型サービスとしての体制づくりが必要との意見が上げられた。



付録1-図8 地域密着型サービスへの移行に伴う利用者分断のイメージ

## 1 2. 追跡調査

2018年8月の調査対象である83事業所について、2021年10月に「介護情報サービス情報公表システム」で開設状況の追跡調査を行った。その結果、運営継続が確認できなかった事業所の内、電話で連絡がついた事業所について、廃止時期と廃止の事情についてヒアリングを行った。

(1) 「介護情報サービス情報公表システム」の情報による調査

a) 調査方法：2018年に実施した実態調査の対象事業所83か所について、厚生労働省「介護情報サービス情報公表システム」に掲載されていない療養通所介護事業所について調査した。

b) 調査期間：2021年10月末

c) 調査結果

2021年10月末時点で、17か所（20%）が休廃止していた。休止4か所、廃止は13か所だった。休廃止時期は、2019年10か所、2020年5か所、2021年2か所だった。一方で、新規開設は、2019年7か所、2020年4か所、2021年1か所、開設時期不明3か所で、15か所あった。休廃止も新規開設も減少傾向にあった。

(3) 廃止した事業所へのヒアリング調査

a) 調査方法：(1)「介護情報サービス情報公表システム」の情報による調査で把握した休廃止した事業所17か所のうち、法人等に電話連絡がついた事業所を調査対象とした。

B) 調査期間：2021年11月8日から11日

c) 調査結果

休廃止した17か所のうち12か所に電話連絡できたが、6か所は不通だった。また、療養通所介護の休廃止時期を知る職員がいないため、事情がわからないと回答したのは2か所だった。そのため、休廃止について回答が得られたのは、9事業所だった。

4 か所は、別のサービスへ転換していた。内訳は、児童発達支援と放課後等デイサービスの児童に特化した事業所へ移行 2 か所、看護小規模多機能型居宅介護事業所と介護医療院へそれぞれ 1 か所が転換していた。残りの 5 か所は、継続している訪問看護ステーションへ職員は異動して、引き続き療養通所介護を利用していた者へ訪問看護サービスを提供していた。ヒアリング調査からは、「地域に需要はあるが、経営的には運営継続できない。」が主な理由として挙げられており、「訪問看護ステーションの収入を補填して維持してきたが、これ以上続けられなくなった。」、「法人本部から補填を受けていたが、經常状態が改善する見込みがないため、ニーズはあるが、法人の判断で廃止となった。」と、他事業等からの補填によって運営されていたことが明らかになった。呼吸器管理等の医療ニーズに対応できる人材確保が困難だったことが廃止の理由と回答したのは 1 か所だった。休廃止後は、中止した療養通所介護に代わる医療ニーズの高い中重度者を受入れる施設はないため、利用者の外出の機会がなくなったことや、家族のレスパイトができなくなり、利用者や家族に対しては申し訳ないと自責の言葉を 9 か所全ての事業所は述べていた。

### 13 事業所運営の視点からの課題

利用者の要介護度をみると、療養通所介護の利用者は、要介護 5 が約 7 割をであった（前掲図 4-7）。そして、提供しているケアについては、経管栄養は 264 人（50.3%）、気管内吸引 130 人（24.8%）で、医療的ケアを常時必要とする利用者が多かった。主傷病名は脳血管疾患と神経性疾患が半数以上を占め、サービス利用終了の理由は死亡が約半数、入院が約 30%と、利用者は重度で、状態の悪化や死亡が伴う者も多いことが明らかになった。療養通所介護事業所の開設状況として、新規開設があっても、休廃止している事業所もあることから、合計事業所数は相殺されていると想定される。開設主体として、営利法人が全体の 4 割を占めていた。療養通所介護事業所定員上限数は 2018 年度制度改正で定員が 9 人以下から 18 人以下に引き上げられたが、10 人以上は 4 事業所のみだった。一日最大平均利用者数は 4.7 人で、一日の利用者数は定員未満であった。一方で、定員のうち医療ニーズのある利用者は、療養通所介護も障害児通所支援等でも、ほぼ全員だった。医療的ニーズの高い利用者が多い場合は、看護管理単位は医療安全の確保から小規模とならざるを得ない。

重度者を多く受け入れる事業所は、軽度利用者を多く受け入れる事業所に比べて、運営上不利を招きやすく、制度的には配慮すべき点がある。

療養通所介護の設備基準として、6.4 m<sup>2</sup>以上/人とされているが、実際は、療養通所介護の延べ床は平均 119.8 m<sup>2</sup>であり、平均利用定員で換算すると規定の面積は超えていた。しかし、定員増できない理由としては、送迎車両の駐車スペースの確保が難しいためだ。このように都市部では、面積要件や、駐車場等の運営上必要となるハード面の整備が、事業所開設についても、ハードルになっているのではないかと。

通所サービスは訪問看護ステーションが中心となり、医療的ケアを必要とする高齢者や子どものニーズを捉え、それらに対応した体制を考え事業化し拡大を図っていた。サービス利用終了死亡がサービス利用終了の理由の約半数を占めていて、入院が約 30%と、利用

者は極めて重症な状態であることが明らかになった。2007年との比較では、死亡が増加し、入院割合は減少し、施設入所は微増する変化があった。サービス1回利用時の時間は、「6～8時間未満」が月平均59.7回で、「3～6時間未満」の19.2回を大きく上回っており、長時間のニーズがあることが明らかになった。その理由として、家族等の介護者のレスパイトとして利用されていることが推測される。

職員配置については、介護福祉士の数が増加傾向にあり、ケアミックスの広がりによるものと考えられる。介護保険収入は6割で、障害総合支援費の収益の割合が約3割を占めており、多くの事業所は赤字経営だった。地域密着型通所介護事業所と比べて、介護保険収入は少なく、人費比率が74.7%と高かった。利用者の医療ニーズに対応するための専門職の人件費や施設や設備の維持、送迎にかかる費用等、事業が今後健全に発展していくには課題は大きい。

補助金、助成金を活用したことがある事業所は49か所中17か所（約3割）と少なく、活用していない理由としては、「補助金があることを知らなかった」、「事業作業の負担が上位であった」、事務職の配置や事業運営にかかる補助金や助成金の仕組みに関する情報が不十分であった。また、保育職員・介護職員などの人材確保が困難であること、または送迎サービスや入浴サービスの算定制限などの課題が上がっていた。

医療ニーズのある利用者を受け入れられる療養通所介護にとって、監督権限が都道府県から市町村へ移ったことによって、ますます自治体からの理解や支援が得にくくなったと考えられる。医療的ケアを提供できる療養通所介護事業所数は少なく、地域偏在もあるため、地域密着型サービスの圏域の規制が、ニーズのある利用者を断る状況に迫りやっていると見える。自治体においては、障害者通所支援事業について、高齢者と児童、障害者の縦割りの現状を課題としながら、今後共生型サービスとしての体制づくりが必要である。

療養通所介護の地域密着型サービスへ移行してしまい、上記の介護・児童・障害者とすべての利用者へサービスを提供する地域共生的な活動がむしろ妨げられていると言える。

地域密着型通所介護との比較では、利用者のうち要介護5の割合は、71.4%と4.7%と大差がある。医学的ケアの内容も、服薬管理は93.3%と73.9%、気管内吸引24.8%と6.4%、浣腸摘便47.2%と12.1%と療養通所介護では医療ニーズが高かった。

実際の職員配置数も1.2対1で基準の1.5対1よりも手厚く配置していた。また、職員の内訳も、看護職員が最も多かった。これは、利用者への医療的ケアを行うためではあるが、看護職員が基準以上に必要かどうか等、精査する必要がある

付録2 アンケート自由回答一覧

|                |   |
|----------------|---|
| <p>施設・設備</p>   | <p>看多機は借り物でやろうと思っていたので、土地持ちのオーナーさんを探して、上物も建ててくれて貸してくれる人、10人ぐらいに会ったが、理解してくれて親切に話のやりとりができた人が今のオーナーである。</p> <p>別事業所の看多機は3年前の公募でこの春やっと開設することができた。当初は、この療養通所介護の建物で看多機をしようと計画していた。しかし、広さ的に最大登録定員を取ることが難しく、行政から別の場所で検討してほしいといわれた。土地や建物を探すのに時間がかかり、その間にも看多機を利用したい方が増えたため、予行練習だと思い療養通所を開設した。</p> <p>限られた空間を児童、生活介護、高齢で共有する必要があるが、児童発達支援、放課後デイ、生活介護、療養通所介護の設備基準が異なるため設計の際には確認しながら何度も図面を直した。</p> <p>多機能型事業所を立ち上げたのは、重心の子どもたちの行き場がないことが契機。療養通所介護事業所だけだったら、やるつもりはなかった。立ち上げにあたっては、関連する病院系列の薬局の空き店舗があり使うことができた。</p> <p>設備は高齢者と子どもで共用している。だから子どもが入浴するにはぜいたくな風呂場である。小さな子どものほうの赤ちゃんだと、ベビーバスを持ってきて、やっている。5~6歳になった子どもは同じ浴槽に入っている。</p> <p>1Fの療養スペースには利用者の方がベッド利用。ベッドからみえるように、天井や壁にLEDプロジェクターで投影された部屋づくりがされていた。</p> |
| <p>送迎</p>      | <p>送迎のニーズは高いが、きめ細かい観察や医療的ケアを必要とするため難しい面がある。</p> <p>生活介護では大人数で行ける送迎には加算が付き一人一人の取り扱いにはつかない。何か条件が厳しいのは、なかなか難しい。実態を改め、報酬の見直しが必要であると感じている。</p> <p>学校の帰りのお迎えも開始した。ある程度、重度の小児を見る看護師と介護保険対象者の担当スタッフ分けをすればできるのではないかと考えている。障害分野の研修で、事業所では民間に送迎サービスを頼んでいるという事例があった。経費を考えれば、割にそのほうが安くつく可能性もある。また、地域の元気で時間のある高齢者に依頼するという方法もある。</p>   |
| <p>申請書類</p>    | <p>制度が4つに亘るため開設にも指定申請4種類（児発、放デイ、生活介護、療養通所）を提出する必要があった。更にその護の指導も4回ずつ体制届も4種類必要だった。介護職員の処遇改善加算など、少しずつ異なる書類もそれぞれ揃えて出す必要があった。共生型サービス、といわれていることがあるのももう少し簡易版あるいは同じ書式が望ましい。</p> <p>指定申請書で人員体制などの添付書類が大変であった。そのため、ガイドには、児童発達支援だったら責任者になるための研修の種類、受講方法まで書いてあると助かる。</p> <p>申請書類は大変で障害分野の申請は何とかしてほしかったが介護保険の申請は容易にできた。</p>  |
| <p>補助金・助成金</p> | <p>開設費用はベッド、お風呂、モニター等の備品にかなりの費用がかかる。事業所でも補助金を活用したが、やはり開設時の備品等への支援はほしい。</p> <p>設備投資に費用がかかるが回収が困難だったり、設立に助成金などの援助がないことが課題だった。</p> <p>児童発達支援には東京都の上乗せがあるが、療養通所介護には東京都・区にも上乗せがない。また補助金もない。自治体の協力がないと利用料収入だけでは難しい。</p>   |
| <p>職員の確保</p>   | <p>保育士の確保は課題である。</p> <p>療養通所介護のほうが訪問看護よりも応募が多い。保育士はなかなか集まらない。</p> <p>人員基準が非常に厳しいため、人材の確保には苦労している。こういう所で働ける人は上昇志向や興味がなければできない。普通のお子さんよりも難しい子にチャレンジして、そこに自分のやりがいを見つけているかどうかである。そういう意味で、障害児をもつ保護者が、介護の仕事始める事例も多くなっている。</p> <p>医療的ケア児というか重症心身障害児のデイに限っては、保育職の配置は厳しく、人材確保が難しい。</p> <p>療養通所介護では、小児から高齢者までのスキルを持った看護師の配置が難しい。</p>  |
| <p>人材育成・教育</p> | <p>ステーションで3号研修の教育機関として登録している。職員は全員が研修を受け、吸引や経管栄養ができるようにしている。</p>  |

|        |  |
|--------|--|
|        | <p>東京都では今年から喀痰吸引研修が年に2回から4回に増えた。</p> <p>平成28年医療法人立訪問看護ステーションの職員を配置換えして、療養通所介護多機能型として、3分野にわたり4つの指定をとり、事業を開始した。その後、たんの吸引研修については1号研修(介護福祉士)、3号研修(介護職)、指導看護師研修、所内実地研修などを行い、質の向上につとめている。</p> <p>保育士の配置は看護師で読み替えられないか、看護教育の基礎教育の中でも療育や発達を扱っている。看護と療育、発達、療育の部分で、保育の視点を大切にすることである。</p> <p>保育士も子どもだけでなく大人の障害者や高齢者なども見なければならない。多様な対象に対応できる人材を育てることが課題。セラピストやリハビリテーションの人材にも同様のことがいえる。</p> <p>看護師も児童メイン、訪問看護メインだけでなく幅広い対応ができる必要がある。</p> <p>保護者に安心してもらえるような質の担保のために、管理者である自分が張り付いているという状況はあるが、保育士も介護職もある程度のことを理解するような教育を推し進め、その結果きめ細やかな対応ができるようになった。医療的ケアを行う看護師がしっかりしているかどうかにかかっている。</p> <p>人材育成が必要。実際子どもを受け入れるようになったら、力のあるスタッフが増えてきたし、変わっていったということはある。</p> <p>当事業所で訪問していた障害のあるお子さんの母親が介護に関わるという就労支援の事例も聴くので、そういう保護者の力を引き出すことも大切だと思っている。</p> <p>重心児の支援は、保護者とうまく付き合っていくテクニックも必要である。重心児の保護者は知識も技術も相当あるので、そこに生半可な気持ちで入っていても、やはり信頼されない。看護師もやっぱりそうした面のスキルアップを目指してもらうことが大切だと思う。</p> <p>訪問介護と併設していると教育の場にもなる。訪問看護ステーションが、教育的な役割も含めて多機能型の通所施設を持つことはとてもよいことである。</p> <p>若い看護師等訪問の経験がない人でも、現在は単独で行くには自信がないが、トレーニングをして、経験を積んでから訪問に行くのは教育的にも良いのではないか。</p> <p>高齢も障害も子どもも、ちゃんと見られる看護師が必要である。療養通所介護の要件が訪問看護の経験ある看護師となりそれが増えない理由にもなっていると考えられるが、これからの、訪問看護の人材育成や研修にかかっている。</p> <p>病態の不安定な利用者が多くスタッフにスキルが必要だった。</p> <p>多職種で協働することの良さとしては、多職種の強みが生かせることや視野が広がることにある。切磋琢磨してお互いが成長よりよいケアが提供できることが利点である。</p> |
| 家族会    | <p>親同士の交流の希望もあり、家族会をつくっている。</p> <p>家族会はまだない。家族の代表の方と集まってつながっていくのもいいのではと思っている。</p> <p>児童発達支援や放課後等デイではアンケートの実施義務ができたが、普段からコミュニケーションを取っているので安心だといわれる。学校の先生たちとも連携を密にしているため、信頼関係が構築されている。児童の担任の先生は一度は必ず見学に来られている。</p>   |
| 地域との連携 | <p>在宅医療連携拠点なので地域における医療系の相談や研修・市民向け講演事業、その他「まちの保健室」のような事業、グリーンケアの事業も検討している。</p> <p>横浜市が障害者、障害児者の医療コーディネーターをつくる。今年度2カ所のステーションが手挙げをしてそのコーディネーターになる予定。</p> <p>当区では障害児の医療の連携が進んで重心部会もできた。地域とつながるにはそのような場に参加する必要性を感じる。</p> <p>障害者施設は医療的ケアを暗黙の了解でやっている状況が残り、施設間の連携が遅れている現状もある。そうした状況を打開するために、もう少し教育分野、たとえば療育センターや保育園、学校などとも連携していく必要があると感じている。</p> <p>市区町村や地域の関連機関との連携・商店会に加入して商店街にチラシを置かせてもらい、事業所の案内をしている。民生委員の依頼での講演会や地域の健康福祉まつりにも実行委員として参加している。区の子ども家庭支援センターなどとも連携している。</p> <p>地域には、地域包括ケアの地域版の活動があり、ケアマネジャーやデイサービス、福祉用具、特養のスタッフも参加して、「顔の見える関係づくり」をしている。</p> <p>Touch (Treat Observe Understand Children with Special Hope) の取組がある。これからも、地域の他事業所との連携や障害と児童など制度を超えた機関連携会議が必要だと考えている。</p>   |

|                 |  |
|-----------------|--|
|                 | <p>学校を離れると会うことが少なくなることもあり、スタッフ支援によりコーヒ焙煎等の就労支援、事業活動もしている。</p> <p>個別スケジュールで動くので余り一緒に動くことはないが、レクリエーションではみんなが揃えば近所のお祭り等に行くこともある。</p> <p>子どもたちを受け入れようとする、これからできることはもっとあると思うので、もっと連携して、学校ではこういうことができていない、できていないという情報をいただきながら、支援をしていく必要性を感じている。これまでやってきて、色々な発見があったので刺激されたということもある。</p> <p>利用者が利用している訪問看護ステーションは、当事業所のステーションだけではないので、情報のやりとりは電話等で頻回にしている。訪問看護ステーションや主治医、ケアマネ等何かあればすぐ連絡を取るようになっている。医師からの指示書は特に交わしてないが、利用を始めるにあたり注意事項をその都度確認している。</p>   |
| 職員配置            | <p>常勤専従であるが、看護師は常勤者が1名いればよいのではなくて、提供時間帯を通して1名以上必要であることに注意する。</p> <p>勤務表作る際の読み替えについて、人員を配置していくに当たって必ず必要なことはかなり丁寧な記述が必要である。</p> <p>開所して2年過ぎれば、スタッフは児童指導員として登録（任用資格）できるようになるため、最初の2年間は児童指導員のほかに別の有資格者（保育士）が在籍する必要がある。</p> <p>人工呼吸器を付けている大変重度な患者は、毎日保育士が見なくても週に3、4日程度、非常勤で来てもらうような人を外部からお願いできる。そのようなケースは看護師の児童指導員がいれば大丈夫である。看護師も2年たてば児童指導員になれるので、2年間をうまく活用するということが考えられる。例えば重心施設にいた経験のある看護師は最初から児童指導員が良いが、そういった経験のある看護師か、もしくは教育学部や社会学部を出て児童指導員として登録できる人がいるかどうか。訪問介護経験者でも障害者支援をしていないと要件がない。</p> <p>併設事業6事業も含めた統括管理者及び在宅医療連携拠点の管理者も兼務している。自分は療養通所介護の管理者で、他の事業はそれぞれ管理者を立てている。</p> <p>多機能型事業所を立ち上げたのは、在宅療養者を訪問していると、デイサービスを使える機会が少ないため社会参加や外出機会が少なかったこと、また家族のレスパイトの必要性を感じたからである。この場所には地主に許可をもらって建物をつくることになり、設計から関わり、訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を併設にしてスタートした。自身は立ち上げから1年後に着任し、その後は看護と介護の連携を支援しながら推進してきた。</p> <p>最も苦労したのが4種類の体制表である。生活介護員とか児童指導員等の名前の読み替えが必要だった。機能訓練担当職員も程度によって担当できる職員が異なる。生活介護は理学療法士等入れないとできないとか、サービス管理責任者も読み替えである。</p> <p>療養通所介護も、看多機のように訪問看護ステーションを併設してステーションの看護師が誰か常勤換算可できるっていうふうにしてしまえばよい。</p> <p>(書類の記載内容から看護職員の加配ができるはずとの指摘を受けて)なかなか事務が追いついておらず、漏れている部分もある。事務職員にある程度業務を任せられる体制が必要。</p> <p>医療的ケアが必要な利用者が多いため看護師の配置が多く必要である</p> |
| 指定に際しての行政とのやり取り | <p>行政もたくさんの課にわたるのでどこか一つの課が対応してほしい。一元化してほしい。</p> <p>理解と普及・行政の理解が必要。分野が高齢、障害者・児に亘り事業としてひとつの全体像がないことや、障害者福祉の担当者が事業を見学に来ていないのが現状。そのためなかなか理解が深まらないのではないかと（医療ケアはじめ吸引など医療機器を使う現場を見たことがない）。</p> <p>行政との関係で困ったことはなかった。現在懸念しているのが、定員が今年から18人以下になっていることについての、制度上の見解である。介護保険の療養通所介護で7つのベッドを申請したが、子どもを5人にして、もし大人も5人来ていたら定員超過となる。介護保険は介護保険の人数で、障害は障害のほうの人数でよいのか、障害にも問い合わせたら、介護保険担当に聞いてくだ</p>   |



|           |  |
|-----------|--|
|           | <p>さいといわれ、介護保険担当のほうに聞いたら「障害が良いと言ったらいいのでは」といわれた。また今度7人で申請するときに、障害の子どもを入れて10人になったので、10ベッドを用意するのか尋ねたら、すぐに返事をいただけなかった。ベッドは18台要るかどか、Y市も初めてなので障害と相談して連絡をくださる。療養通所でこの多機能型にしたときの、何かいろんな問合せにスムーズにお答えいただけないで自分も全然分からないままというのが一番困る。</p> <p>障害者福祉については、平成32年度までに、区に1か所ずつ児童発達支援・放課後等デイをつくることとなったが区の担当者はここがあるので増やさないでよいと思っている。民間の善意に拠るのではなく、ニーズを把握して施設の整備をすべきではないか。</p> <p>開設準備では、行政の対応に苦勞していることが言われているが、私はまず最初にプレゼンをさせてもらいに行った。資料を作って療養通所介護とはこういうもので、これをやりたい、やらせてくださいと。そうしたら、「わかった、もうあなたの熱意に押された」という感じで了解を得られ、療養通所介護は公募ではないため、すぐに開設することができた。療養通所介護を理解してもらうためにプレゼンテーションは大切である。市では、医療的ケア児を受け入れる事業所が全くなかったため、市の担当者も焦っておりお互いにスムーズにいったと思う。</p> <p>開設にあたっては担当だけでなく行政のトップにも説明した。説明には訪問看護財団のガイドを活用した。区には療養通所介護事業所が他に1か所あったが多機能型事業所は初めて。行政も初めての経験ゆえ、手探りであり、質問にもなかなか回答いただけなかった。</p> <p>地域のニーズは、訪問看護に行っていてキャッチしていた。どこにも行けないとか、たまには家族が長時間休みたいとか、そういう話を聞いているので、それを行政にプレゼンできた。</p> <p>福祉と医療は垣根があったが、ここ2~3年の医療的ケア児の問題から、看護が必要だといわれ始め、医療的ケア児しか看ませんと言って、看護の特性をアピールしたアプローチがよかった。</p> <p>重症心身障害児と高齢者の両方の医療的ニーズには療養通所介護が適切だと思い立ち上げた。立ち上げにあたっては、市の高齢福祉課と障害福祉課の両方に交渉に行った。障害福祉課からは予てより支援を依頼されており、公募でなかったのですぐに事業に着手できた。</p> <p>障害児者への支援を考えていたことから、療養通所介護を選んだ。行政には特に重度障害者支援のサービス資源が少なく歓迎された。</p> |
| 制度        | <p>設備だけでなく運営基準も異なり、制度上現在の事業の全体像がないような状況。</p> <p>児童福祉法は厳しいので、もう少し要件の緩和があるとよい。</p> <p>制度の理解や、とりわけ多機能型の場合は難しい。介護報酬の改定、障害報酬の改定では説明会があり、集団指導もあるが冊子をただ読んでいだけで、介護保険の集団指導では、療養通所が出てくる部分は少しだけなので、自分のところはどれに当てはまるのかと不安。</p> <p>多機能にするときも児童発達支援、放課後デイ、生活介護とそれぞれ置かなければならないサービス管理責任者や要件別に兼ねられる人員等、分けなければならない部分の整理が難しく、市町村によって違うのかもしれないが、特に、児童発達支援の「児童指導員」等の児童福祉法に絡む部分が難しかった。</p> <p>介護保険制度での利用者は特定疾病の方、比較的若い方で、脳血管疾患や神経難病、ALS、がん末期の方の利用であり、地域密着型に移行したことで利用区域が限られた。</p>  |
| 地域密着型への移行 | <p>療養通所介護と看護小規模多機能とは違う。看護小規模多機能は行政の事業計画にのるもので、人数が求められ事業所側に自由はない。そこが療養通所とは異なる。</p> <p>地域密着型サービスは介護保険事業計画の記載がある分開設できるが、地域密着にすると、他市からの受け入れができない。看多機は事業計画に載らないと開設ができない。</p>  |

|         |   |
|---------|---|
| 報酬      | <p>関連する報酬では看護の評価が低いのが課題と考える。看護の評価が高くしてもらう必要がある。</p> <p>当社は多機能型のため放課後デイから生活介護に移行しても利用継続をする方が殆んどなのだが、生活介護は単価が低く事業所側の収支に影響が生じる。</p> <p>生活介護でキャンセル枠を埋めることが多くなるが単価の問題をふまえると収支に影響を及ぼす。(再掲)</p> <p>介護保険と障害者総合支援法、児童福祉法で加算が異なる。</p> <p>子どもたちの成長に伴い、利用する医療機器が増えていく可能性もある。生活介護にもう少し加算を付けてほしい。</p> <p>看多機のデイのマックスは18人なので療養通所介護の方が人員配置的にも手厚く、利用者にも幸せなはずで、だから単価も高いわけである。</p> <p>療養通所介護の単価を要介護度別にしてもらいたい。軽い人も要介護度が高く人工呼吸器を付けている人も同じなのは大変である。</p> <p>(書類の記載内容から看護職員の加配ができるはずとの指摘を受けて)なかなか事務が追いついておらず、漏れている部分もある。</p> <p>医療ニーズのある子どもが施設から在宅に戻りたいが、訪問看護がないために地域に移行できない事実があり、加配加算の少なさの問題を感じている。</p> <p>看護師の加配加算は、看多機をオープンするまでは結構手厚く職員がおり取得していたが、自分が異動したことで分割され、常勤2名が難しくなったため、取得しなくなった。</p>                        |
| 収支      | <p>赤字だと存続できないので、利益を追求してはいないものの、赤字にはさせないという思いは持っている</p> <p>療養通所介護だけでは経営は厳しい。児童発達併設のほうが黒字になり融通も利くし、空き枠が出ずに良い。あわせて「管理者は看護師である」ということを考えることができる。</p> <p>地域性があると思うが、この場所は土地も高く、また、家賃返済もあるため、その分が大きな負担になっている。</p> <p>WAMは金利が安いので借りやすいが、単独事業で黒字の計画を出さなければならず実際には赤字経営なので、融資を求めるハードルが高い。(きめ細かな対応体制が必要)</p> <p>困ったことは余りなかった。利用者確保など万全の準備を整え、初月から単月黒字だった。</p> <p>増えない理由は赤字になるとの噂が立っているからだが、私はそうではないと言いつけたい。</p>   |
| キャンセル対応 | <p>比較的キャンセルは出ないほうだと思うが、重度の子ども、ショートステイを利用している子どもが多く、状況によっては一気に何人も空きが出ることがある。しかし高齢者は介護保険の中でやっているので臨時での利用が難しく、キャンセルで空いた枠は、キャンセル待ちや臨時利用希望のある小児で対応している</p> <p>生活介護でキャンセル枠を埋めることが多くなるが単価の問題をふまえると収支に影響を及ぼす。</p> <p>小児(児童発達支援、放課後デイ)は体調が不安定なため入院すると長引いたり入退院が多い。欠席の空床はキャンセル枠で利用を希望する方で利用をしている。</p> <p>児童発達支援・放課後等デイサービスの事業所が2か所あり、その中で人数を調整しているため、療養通所介護に関しては、稼働率100%を維持するようにしている。稼働率は両事業所のマネージャーが調整している。キャンセルはたいてい前日夜に連絡がある。こちらにキャンセルがあると、急遽向こうに行く予定だった子をこちらに迎えている。</p> <p>利用者の確保は口コミが多い。保護者との連携はSNSを利用している。オープンしてすぐLINEグループをつくり、2事業所の子どもの保護者に登録してもらい、例えば〇〇事業所で何曜日何時に空き枠があると投稿し、返事をもろうということをやっていた。最近はそれをしなくても埋まるようになったものの今でも一斉連絡にはLINEを使うことはある。そのきめ細かさが大切で、それができないということは今求められていることと合っていないということである。</p> |

|           |  |
|-----------|--|
| 事業拡大      | 療養通所介護が 18 床まで拡大されたので、少々ベッドを拡大すれば受け入れられなくはないかと思うが、スペースに無理があるので、今後の展開を悩んでいる。  |
|           | 宿泊機能はない。そこが一步まだ踏み込めてない。  |
|           | 今後の事業展開については障害者の利用者を増やし、形にしていこうと考えている。   |
|           | 看多機のオープン後、高齢者は一気に看多機へと移行したが、療養通所（デイ）だけを利用したい人のニーズは変わらず存在することがわかった。新規の相談も着実に増えている。高齢者と子どものニーズがそれぞれあるが、当事業所では子どもの利用割合の方が多い。                                |
|           | 児童発達支援など重症児に対応できる看護師が少なく、利用者拡大の問題はもうずっとつきまどっている。   |
| 緊急時対応     | 緊急時の対応は契約時に家族と細かく決めている。第 1 コールは保護者、次は医師、その次は訪問看護ステーションということが多い。  |
|           | 緊急時の対応は、直接主治医の先生と家族に確認している。利用時に急変したときにどうしたいかの確認を取っている。高齢者になると、救急搬送はほしくないでほしい、急変しても自宅という方がいるので確認する。その反対に、子どもたちはやはり治療を第一にしているので、主治医もしくは救急搬送という形で対応方法を確認する。 |
|           | 緊急時は子どもの場合、家族にまず電話を一本入れて「主治医と連絡を取りますがいいですか」と言ってから連絡をする。主治医のところまで連れて行くか、迎えに来てもらうかのどちらかが多い。協力医療機関は近くにあるが、結局カルテがない状態で診てもらえないので主治医を頼ることになる。                  |
|           | （緊急時対応のあり方を地域で共有する場については）勉強会や研修会で取り上げてもらい、プレゼンすることはある。療養通所介護や看多機の事例報告をすることで、ケアマネジャーにも理解してもらった。   |
| 児童との一体的運営 | 利用者からみると年齢が上がるに従い子どもの居場所がなくなるのが課題である。  |
|           | 子どもたちが大きくなっていけば、それだけ行き場が必要になる。区の若年人口は伸びているので、サービスも将来的にどのくらい必要になるかが課題である。   |
|           | 利用者（登録者）は平成 27 年度の開始から 21 人、29 人、30 人と順調に増えてきたが、年数が経過するにつれ利用者が生活介護に移行する年齢になった。生活介護は受入れ事業所が少なく行き場がなく在宅生活を送るしかない。  |
|           | 高齢者が子どもたちを一体的に看るということは、高齢者が子どもたちが一緒にいると表情が良くなったり、子どもをあやしたり面倒を見ようとしたりすることがあったり、動かない手が動くようになり、離床したがいなかった人が車いすに乗るようになったり、高齢者にとってのメリットは多い。                   |
|           | 一体的にケアする環境になじむ人が来ている。子どもと高齢者を一緒にみていることでの問題はなく、特にそれに関しては何か言われたことはない。他のデイに行けない心身状況の方を対象としており、医療的ケア自体に大きな違いはない。   |
|           | 個別スケジュールで動くので余り一緒に動くことはないが、レクリエーションではみんなが揃えば近所のお祭り等に行くこともある。高齢者や子どもと一緒にだからと困ることはない。（再掲）  |
|           | 療養通所介護は 6 名定員だが、定員いっぱいになるとスタッフがフル稼働になる。  |
| 重度者を看ること  | 午前中の入浴の時間は全員がかかりきりになることもある。  |
|           | 一人ひとり過ごし方が異なり、医療ケアが違うので、具合の悪くなる利用者がでると、スタッフ総動員の対応となることもある。   |
|           | 医療的ケアは必要でないが、病状が安定していない子どもが継続して利用できる体制が必要である。  |
|           | 大変だったというよりも、どちらかといえば、良いサービスだという、やりがいのほうが強かった。訪問看護だとやはり、介護力が限界に来たとき、在宅で看取りを諦めることが多かったので、家で最期まで暮らしたいとの思いが、療  |

|        |  |
|--------|--|
|        | <p>療養通所があることによって実現したこと、介護者負担の軽減になることを経験した。長時間預かりで訪問では気が付かない見えない状態の把握ができる。</p> <p>重度な子どもたちをもう少し受け入れられるような体制にしたい。小さい目標だが、学校が終わってからの受け入れができるようにして、今までのお預かりから子どもの成長発達というところにもっと力を入れたい。そのためには環境をつくって、今まで見えなかった力を引き出す形が必要であり、子どもが伸びていく部分をどう訓練したらいいかは学校の先生ともつながりながら、私たちも勉強しなければならない。</p> <p>定員は6名である、児童発達支援と放課後等デイが5人いる日は高齢者を1人受けられる。生活介護はとっていない。医療的ケアは、CAPD以外すべて対応している。</p> <p>療養通所介護は基本的に軽い人の利用を断っている。要介護4か5で地域のデイに行けない人のみ受け入れている。児童も同じであり医療的ケアがない子どもの利用は断っている。療養通所は要介護度で単位数が違うわけではないので、軽い人を見たほうが楽であるが、やはり必要とされている人を受け入れるという体制は変わらない。</p> <p>療養通所と児童発達支援、放課後等デイの施設基準については、三重苦になことは余りなかった。今回、療養通所介護に定員が増えたが、建物が決まっている以上、これ以上受け入れは難しい面がある。マックス9人程度。無理に定員拡大したら質の低下が懸念される。</p> <p>療養通所介護は重度の方を対象としており、きめ細やかな対応が必要なため、大規模化する必要はないと考えている。</p>   |
| ヒヤリハット | <p>ヒヤリハット・アクシデントはある。回路の付替え違いや気管カニューレの抜けなどが多く、簡単な処置で対応できた。気管カニューレは抜けやすい人があるので気をつけている。</p> <p>ヒヤリハット・アクシデントで一番多いのは、在宅酸素使っている方の送迎である。濃縮器からボンベに移したとき、風呂などで電源がオフだったことなどがあつた。それらは速やかに対応して共有している。</p> <p>ヒヤリハットについては、誤薬や車両事故、転倒など、人身事故はないが、事故報告書はもちろんのことであるが、振り返りの会は必ずしている。</p>   |
| その他    | <p>事務局は別にあり、訪問看護のサテライト事業所が同じ区の端のほうにある。</p> <p>①事業の経過 事業化のため看護師が出資して有限会社を設立。最初は訪問看護ステーションを開設、順次事業所を開設し新規事業のために一般社団法人を設立。滞在型グループホーム新築にあたり、建物1Fの活用の際に療養通所介護があることを知り、事業を立ち上げた(平成27年)。訪問看護は24時間の電話サポートを受け付けている(緊急時訪問看護加算)</p> <p>②一日のケアの流れ 9時に送迎開、10時頃事業所に到着し、病状の観察、健康チェック、水分補給や排泄介助、機械浴、食事介助(主に経管栄養)創作活動、リハビリ、本の読み聞かせ、遊び、散歩等 水分補給等利用者の状態や希望に沿ってスケジュールを設定。16時に送迎開始</p> <p>事業化にあたってはやりながら一つひとつ課題を解決してきた。事業を開設したいと相談に来る方がいたら、状況は個々に異なるので、それぞれ個別にアドバイスをしたい。「考えすぎるとやれない、気軽にハードルは高くなくやっていけばよい」といいたい。</p> <p>サポートハウスは、看取りもでき、人工呼吸器も対応する賃貸住宅である。入居相談も老健や特養で受けてくれる人はとらない。受けた人は、本当にニーズが高い人と、退院直後の人と、看取りの3本である。リハビリテーションをしてここから自宅復帰させる人もいるので看多機と同じような感じであるが、1カ月泊めてリハビリして自宅に帰すとか、そういう回復期リハから受けて自宅に帰すまでの中間施設のようなイメージである。</p> <p>空き家を見たらわくわくする。「何をやろう」、「何ができるんだろう」という思いを実現できることも大切かもしれない。</p> <p>ケアマネジャーの療養通所介護に対する理解がまだ十分ではない。特にがん末期などの医療的ケアのケアプランを組めるケアマネジャーはとても少ない。</p> |

### 付録3 療養通所介護事業所の開設市町村の特徴

調査期間は、2018年5月から2019年10月。調査は療養通所介護事業所数が多い自治体と設置事業所がない自治体の計5カ所を対象とし、半構成式質問紙を用いて、療養通所介護への認識と知識、重度要介護者・重度障害児者に係る介護保険事業計画への記載、自治体単独施策、療養通所介護が増えない理由等についてヒアリング調査を実施した。結果は以下の通りである。

#### 1. 環境要因

環境の比較について、表1に結果を示した。療養通所介護事業所が開設されている市町村のほうが、人口、65歳以上人口、75歳以上人口が10倍以上と有意に多く、可住地人口密度も、約10倍であり、t値は最も高かった。

付録3-表1 療養通所介護事業所の開設の有無による環境要因の違い

|                                    | 療養通所あり |               | 療養通所なし |              | t 値           | p 値          |
|------------------------------------|--------|---------------|--------|--------------|---------------|--------------|
|                                    | n      | M±SD          | n      | M±SD         |               |              |
| 可住地面積                              | 65     | 145.38±120.29 | 334    | 106.20±92.70 | <b>2.959</b>  | <b>0.003</b> |
| 可住地面積人口密度<br>(千人/km <sup>2</sup> ) | 65     | 3.42±3.91     | 334    | 0.38±1.01    | <b>12.279</b> | <b>0.000</b> |
| 人口(千人)                             | 65     | 413.72±631.24 | 334    | 32.45±70.67  | <b>10.751</b> | <b>0.000</b> |
| 内65歳以上(千人)                         | 65     | 104.66±154.33 | 334    | 9.65±17.92   | <b>10.933</b> | <b>0.000</b> |
| 内75歳以上(千人)                         | 65     | 52.31±77.60   | 334    | 4.97±9.11    | <b>10.827</b> | <b>0.000</b> |

#### 2. 在宅医療関連施設の整備状況

医療関連施設の設備状況については、療養通所介護事業所「設置あり」と「設置なし」では、在宅療養支援病院の機能強化型(連携)、在宅療養診療所の機能強化型(連携)と従来型は「設置あり」市町村に多く、有意に差が見られた。表2に結果を示した。特に、在宅療養支援病院(連携)と在宅療養支援診療所の機能強化型(連携)については、t値も高く、外部の訪問看護ステーションと連携しながら在宅医療を担う連携型医療機関は、療養通所介護事業所との関係が強いことが示唆された。一方で、病院総数と在宅療養支援病院のうち機能強化型施設数の有意差はないものの、t値はマイナスとなった。

付録 3-表 2 療養通所介護事業所の有無による在宅医療関連施設の整備状況の違い

|                         | 療養通所あり |             | 療養通所なし |             | t 値          | p 値          |
|-------------------------|--------|-------------|--------|-------------|--------------|--------------|
|                         | n      | M±SD        | n      | M±SD        |              |              |
| 病院総数                    | 65     | 7.82±4.59   | 334    | 8.65±10.28  | -0.641       | 0.522        |
| 在宅療養支援病院                | 65     | 0.79±0.88   | 334    | 0.66±2.76   | 0.690        | 0.491        |
| うち機能強化型                 | 65     | 0.15±0.38   | 334    | 0.24±1.84   | -0.841       | 0.401        |
| <u>うち機能強化型<br/>(連携)</u> | 65     | 0.21±0.28   | 334    | 0.03±0.18   | <b>6.619</b> | <b>0.000</b> |
| うち従来型                   | 65     | 0.43±0.61   | 334    | 0.39±2.09   | 0.301        | 0.764        |
| <u>一般診療所総数</u>          | 65     | 78.59±19.92 | 334    | 67.64±35.82 | <b>2.391</b> | <b>0.017</b> |
| <u>在宅療養支援診療<br/>所</u>   | 65     | 12.25±7.24  | 334    | 6.48±11.29  | <b>5.298</b> | <b>0.000</b> |
| うち機能強化型<br>(単独)         | 65     | 0.22±0.55   | 334    | 0.14±1.71   | 0.765        | 0.445        |
| <u>うち機能強化型<br/>(連携)</u> | 65     | 2.41±2.18   | 334    | 0.38±1.42   | <b>9.578</b> | <b>0.000</b> |
| <u>うち従来型</u>            | 65     | 9.61±6.98   | 334    | 5.96±11.13  | <b>3.450</b> | <b>0.001</b> |

### 3. 介護関連施設の整備状況

介護関連施設の設備状況については、療養通所介護事業所「設置あり」と「設置なし」では、介護老人福祉施設定員は「設置あり」市町村に少なく、有意に差が見られた。表 3 に結果を示した。

付録 3-表 3 療養通所介護事業所の有無による介護関連施設の整備状況の違い

|   | 療養通所あり |               | 療養通所なし |               | t 値           | p 値          |
|---|--------|---------------|--------|---------------|---------------|--------------|
|   | n      | M±SD          | n      | M±SD          |               |              |
| 介護療養型医療施設病床数                                | 65     | 59.53±76.85   | 334    | 47.00±276.25  | 0.701         | 0.484        |
| 介護老人保健施設定員                                  | 65     | 325.85±191.54 | 334    | 428.37±749.76 | -1.095        | 0.274        |
| <u>介護老人福祉施設定員</u>                           | 65     | 441.26±179.23 | 334    | 923.62±841.47 | <b>-4.597</b> | <b>0.000</b> |
| 小規模多機能型居宅介護事業所数                             | 65     | 5.48±4.76     | 334    | 5.52±10.02    | -0.027        | 0.979        |
| <u>複合型サービス（看護<br/>小規模多機能型居宅介<br/>護）事業所数</u> | 65     | 0.34±0.63     | 334    | 0.14±0.61     | <b>2.454</b>  | <b>0.015</b> |

### 4. 訪問看護事業所の整備状況

療養通所介護事業所「設置あり」と「設置なし」では、訪問看護ステーション、訪問看護ステーション職員数、訪問看護ステーション職員数（24 時間対応）は、「設置あり」市町村に有意に多かった。特に、24 時間対応訪問看護ステーション看護職員数は、t 値は高

く、重度者や看取りに対応する24時間対応訪問看護ステーションが母体となって、療養通所介護を併設していると考えられる。表5-4に数値を示す。

付録3-表4 療養通所介護事業所の有無による訪問看護事業所の整備状況の違い

|                       | 療養通所あり |             | 療養通所なし |             | t 値          | p 値          |
|-----------------------|--------|-------------|--------|-------------|--------------|--------------|
|                       | n      | M±SD        | n      | M±SD        |              |              |
| 訪問看護ステーション数           | 65     | 9.03±3.21   | 334    | 6.02±8.22   | <b>2.912</b> | <b>0.004</b> |
| 訪問看護ステーションの看護職員数      | 65     | 40.21±15.20 | 334    | 21.89±31.11 | <b>4.639</b> | <b>0.000</b> |
| うち24時間対応のステーションの看護職員数 | 65     | 37.65±14.85 | 334    | 17.29±27.01 | <b>5.902</b> | <b>0.000</b> |

#### 5. 訪問診療実施状況

結果は表5に示す。「設置あり」市町村では、訪問診療の実施件数は、在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所で有意に多く、約2倍と3.5倍だった。

付録3-表5 療養通所介護事業所の有無による実施状況の違い

| 訪問診療実施件数       | 療養通所あり |               | 療養通所なし |               | t 値          | p 値         |
|----------------|--------|---------------|--------|---------------|--------------|-------------|
|                | n      | M±SD          | n      | M±SD          |              |             |
| 訪問診療を実施する病院    | 65     | 154.96±152.17 | 334    | 119.09±306.98 | 1.42         | 0.157       |
| うち在宅療養支援病院     | 65     | 78.39±100.02  | 334    | 40.45±190.83  | <b>2.339</b> | <b>0.02</b> |
| うち在宅支援病院以外     | 65     | 76.57±125.51  | 334    | 78.63±250.35  | -0.1         | 0.921       |
| 訪問診療を実施する一般診療所 | 65     | 939.94±621.53 | 334    | 353.63±658.94 | <b>6.888</b> | <b>0.00</b> |
| うち在宅療養支援診療所    | 65     | 833.56±627.54 | 334    | 239.97±619.32 | <b>7.055</b> | <b>0.00</b> |
| うち在宅療養支援診療所以外  | 65     | 106.38±103.30 | 334    | 113.72±252.61 | -0.23        | 0.818       |

#### 6. 看取り実施状況

結果は表6に示す。我が国では、在宅での見取りは数少ないが、有意に「設置あり」市町村が多かった。

付録 3-表 6 療養通所介護事業所の有無による看取り実施状況の違い

| 看取り実施件数            | 療養通所あり |             | 療養通所なし |             | t 値                 | p 値                 |
|--------------------|--------|-------------|--------|-------------|---------------------|---------------------|
|                    | n      | M ± SD      | n      | M ± SD      |                     |                     |
| 病院                 | 65     | 1.33 ± 1.96 | 334    | 0.61 ± 3.23 | 1.723               | 0.086               |
| うち在宅療養支援病院         | 65     | 0.59 ± 0.91 | 334    | 0.31 ± 2.71 | 1.506               | 0.133               |
| うち在宅療養支援病院以外       | 65     | 0.74 ± 1.90 | 334    | 0.31 ± 1.79 | 1.765               | 0.078               |
| <u>診療所</u>         | 65     | 8.59 ± 4.73 | 334    | 4.32 ± 9.39 | <b><u>3.580</u></b> | <b><u>0.000</u></b> |
| <u>うち在宅療養支援診療所</u> | 65     | 7.00 ± 4.43 | 334    | 3.11 ± 8.36 | <b><u>5.442</u></b> | <b><u>0.000</u></b> |
| うち在宅療養支援診療所以外      | 65     | 1.60 ± 2.15 | 334    | 1.21 ± 4.70 | 1.039               | 0.300               |



付録4 自治体ヒアリング結果

| 質問事項                  | 一般市   | 政令市   | 政令市   |
|-----------------------|---|---|---|
| 療養通所介護事業所数<br>(申請中の数) | 2 (0)   | 9 (2)   | 0 (0)   |
| 介護保険事業計画への記載          | ×   | ×   | ×   |
| 療養通所介護の整備状況と方針        | 補助金はなし。特段の整備方針はない。  | H18-26までに申請にもとづき9か所整備して、2か所が申請中。開設補助金450万円補助率1/2。補助金が数年間活用されなかったため終了した。再度、開設補助金を予算化するかどうか検討中。 | 補助金はなし。整備方針はない。                               |
| 看護小規模多機能型居宅介護の整備状況と方針 | 国の制度なので、とにかく市内に1か所立ち上げ予定。医療系法人の関連株式会社が以前から手上げていた。整備費400万円+泊人数×80万円<br>小規模多機能と同じ | スプリンクラー設備等整備 9,710円/㎡<br>整備費773万円<br>補助額は、小規模多機能と同じ   | ・3200万円改修・整備費補助<br>・6か月間80万円×定員数<br>小規模多機能と同じ |

|                             |   |   |  |
|-----------------------------|---|---|--|
| 中重度の要介護者対策                  | 考えていない                                  | 市内は超急性期病床が多く、療養病床が少ないため療養通所介護事業所を整備した経緯あり         | 考えていない。<br>まず、調査をすべきと思う。   |
| 自治体からの事業所への具体的な支援           | 耐震対策や指導                                 | 専門的ケアなので、お任せしている。                                 | —  |
| 地域共生社会に向けた障害や児童部門との連携はあるか   | KDB システム端末が介護保険部門にあるため、障害部門が使用する際に立ち話する | 職員の人事異動が介護と障害は比較的多いので、お互いの仕事を理解している。              | 職員の人事異動が介護と障害は比較的多いので、お互いの仕事を理解している。   |
| 療養通所介護等の制度について              | 児童側は、療養通所介護では高齢者サービスで満足しないケースがあった。      | 公的統計（経営実態調査等）に載らないため、認知されない。とにかく、介護保険事業計画に乗せることで、 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・単価が低いので、定員を増やして対応しようとしても、職員体制は比例制なので、カバーできない。</li> <li>・グループホーム併設の形態が目立つ。</li> <li>・病院の退院の受け皿としての期待が大きくなっている。そのため、地域のケアマネからの紹介なし。</li> <li>・退院直後と比べて要介護度が軽くなり収入がへる。</li> </ul> |
| 介護保険で看護師を活用したサービスはどのようなものか。 | フルタイムで働けない看護職員をうまく活用したい。                | 在宅療養を少しでも希望する医療ニーズのある要介護者への対応。                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・80歳の看護師でも活躍できるし、本人の生きがいになる。</li> <li>・小多機とは区別して、看護多機能の整備をする。</li> </ul>  |
| 地域共生型サービスについて               | 障害者児のサービスが限られているため、介護保険施設で受入れが進むとよい。    | 政府の方針に沿った形で整備していく。                                | 共生型施設がいくつか存在しているが、障害部門での利用は少ない。障害利用者の選択肢を増やしたいがために、障害と高齢福祉の乗り入れを考慮するのであり、障害部門と高齢福祉部門を一緒に考えるのは難しい。  |

## 在宅療養のサービス基盤としての療養通所介護事業の実態調査

■療養通所介護事業所の管理者の方がご記入下さい。(平成30年9月1日現在)

- ・あてはまる番号に○をつけ、必要に応じてカッコ内にご記入ください。どの番号にもあてはまらない場合は、最も近いものを選び、ご回答くださいますようお願いいたします
- ・なお、本調査は**9月28日(金)**までに、ご返信くださいますようお願いいたします。

【お問い合わせ先】

公益財団法人 日本訪問看護財団 担当：山辺、佐藤

TEL 03-5778-7004 (平日9時～17時にお願ひします) FAX 03-5778-7009

※右下数字は本調査にあたっての整理番号です

### 1. 事業所の運営について

問1 貴事業所の開設年月と開設主体をおたずねします。

(1) 開設年月                      平成      年      月

(2) 開設主体

- |                 |                    |                       |
|-----------------|--------------------|-----------------------|
| 1. 都道府県         | 2. 市区町村            | 3. 広域連合・一部事務組合        |
| 4. 独立行政法人       | 5. 日本赤十字社・社会保険関係団体 | 6. 医療法人               |
| 7. 医師会          | 8. 看護協会            | 9. 公益社団・財団法人(7・8以外)   |
| 10. 一般社団・財団法人   | 11. 社会福祉協議会        | 12. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) |
| 13. 農業協同組合及び連合会 |                    | 14. 消費者生活協同組合及び連合会    |
| 15. 営利法人(会社)    |                    | 16. 特定非営利活動法人(NPO)    |
| 17. その他(具体的に:   |                    | )                     |

問2 (1) 貴事業所の開設主体が他に運営している施設・事業所にすべて○をつけてください。

- |                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. 病院                    | 2. 診療所                    |
| 3. 訪問看護ステーション            | 4. 居宅介護支援事業所              |
| 5. 相談支援事業所               | 6. 児童発達支援事業所              |
| 7. 放課後等デイサービス事業所         | 8. 生活介護事業所                |
| 9. 日中一時支援事業所             | 10. (介護予防) 通所介護           |
| 11. 地域密着型通所介護            | 12. (介護予防) 訪問リハビリテーション    |
| 13. (介護予防) 通所リハビリテーション   | 14. (介護予防) 住宅改修・福祉用具貸与・販売 |
| 15. (介護予防) 短期入所生活介護      | 16. 介護老人福祉施設              |
| 17. 介護老人保健施設             | 18. 介護療養型医療施設             |
| 19. (介護予防) 特定施設入居者生活介護   | 20. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護    |
| 21. 看護小規模多機能型居宅介護        | 22. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護      |
| 23. (介護予防) 認知症対応型共同生活介護  | 24. 地域密着型特定施設入居者生活介護      |
| 25. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 26. その他(具体的に:             |
| 27. 他に運営していない            | )                         |

問2 (2) ○をつけたもののうち、同一建物・敷地内または道路を隔てて隣接している施設・事業所等があれば番号を記入してください → (                      )

問3 貴事業所の従事者の人数をご記入ください。いない場合は「0」と記入してください。

|         | 常勤 |    |   | 非常勤 |   |
|---------|----|----|---|-----|---|
|         | 専従 | 兼務 |   | 人   | 人 |
|         |    | 人  | 人 |     |   |
| 看護師     | 人  | 人  | 人 | 人   | 人 |
| 准看護師    | 人  | 人  | 人 | 人   | 人 |
| 介護福祉士   | 人  | 人  | 人 | 人   | 人 |
| その他の介護職 | 人  | 人  | 人 | 人   | 人 |

|     |   |
|-----|---|
| 運転手 | 人 |
|-----|---|

※専従の運転手でなく他の職種の方が兼務の場合、運転をする方は何人ですか → ( ) 人

問4 登録特定行為事業者についてあてはまるものは次のどれですか。(9月1日現在)

|           |           |            |
|-----------|-----------|------------|
| 登録特定行為事業者 | 1. 登録している | 2. 登録していない |
|-----------|-----------|------------|

問5 介護職員において喀痰吸引等の医療的ケアが実施できる従事者についておたずねします。医療的ケアの内容別に人数をご記入ください。

|       | 人工呼吸器<br>(非侵襲) | 人工呼吸器<br>(侵襲) | 口腔内吸引 | 鼻腔内吸引 | 気管カニューレ内吸引 | 経鼻経管栄養 | 胃ろう | 半固形食 |
|-------|----------------|---------------|-------|-------|------------|--------|-----|------|
| 第1号研修 | 人              | 人             | 人     | 人     | 人          | 人      | 人   | 人    |
| 第2号研修 | 人              | 人             | 人     | 人     | 人          | 人      | 人   | 人    |
| 第3号研修 | 人              | 人             | 人     | 人     | 人          | 人      | 人   | 人    |

※第3号に限っては、9月1日現在で実施している介護職員数をご記入ください

問6 (1) 貴事業所で次の事業所が併設されている場合、管理者は兼務されていますか。

|               |          |           |
|---------------|----------|-----------|
| 訪問看護ステーション管理者 | 1. されている | 2. されていない |
| サービス管理責任者     | 1. されている | 2. されていない |
| 児童発達支援管理責任者   | 1. されている | 2. されていない |

問6 (2) 管理者が兼務されていない場合、どなたが管理者をされていますか。

|            |   |
|------------|---|
| 併設の事業所の管理者 | 1. 療養通所介護事業所管理者とは別の看護師<br>2. 看護師以外の有資格者 (資格の種類: ) |
|------------|---|

※併設とは：同一建物・敷地内または道路を隔てて隣接している施設・事業所をさします

問7 貴事業所の運営会議（平成30年度）はどのように実施されていますか（予定も含む）。

|                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| 運営会議のメンバー<br>（あてはまるものすべてに○） | 1. 民生委員<br>3. 医師会<br>5. 訪問看護ステーション職員<br>7. その他（ ） | 2. 利用者・家族<br>4. 行政（市区町村）職員<br>6. 地域包括支援センター職員 |
| 同地域における運営会議の合同開催の有無         | 1. 合同開催あり   | 2. 合同開催なし                                     |
| 合同開催についての留意点（自由記入）          | （例）個人情報の取り扱いの範囲を決めた、など                            |   |

## 2. 療養通所介護事業の営業・利用者について

ここからは、貴事業所の療養通所介護事業についておたずねします。

問8 療養通所介護事業の営業日・営業時間をご記入下さい

|                   |                                |   |   |   |   |   |   |
|-------------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|
|                   | 月                              | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 営業日<br>に○→        |                                |   |   |   |   |   |   |
| 営業時間              | ～                              | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| 祝日の営業の有無          | 1. 営業している 2. 営業していない 3. その他（ ） |   |   |   |   |   |   |
| 8月の<br>療養通所介護実施日数 | （ ）日                           |   |   |   |   |   |   |

問9 療養通所介護事業の定員と利用者の状況についておたずねします。

（1）定員数と登録利用者数をご記入ください。（9月1日現在）

|                  |   |        |   |
|------------------|---|--------|---|
| 定員数              | 人 | 登録利用者数 | 人 |
| 定員のうち医療的ケアが必要な人数 | 人 |        |   |

（2）登録利用者の方の条件や期間をおたずねします。（あてはまるものすべてに○）

|       |  |
|-------|--|
| 登録の条件 | 1. 症状が安定していること<br>2. 主治医の許可があること<br>3. 訪問看護を利用していること<br>4. その他（ ）                    |
| 登録の期間 | 1. 登録期間を決め、定期的に再登録 →（ ）か月に1度<br>2. 利用しない期間が長くなれば再登録 →（ ）か月<br>3. 決めていない<br>4. その他（ ） |

問 10 先月（平成 30 年 8 月）の療養通所介護事業の利用者数の状況をご記入ください。

|                                  |                        |               |  |
|----------------------------------|------------------------|---------------|--|
| 1日の最大利用者数<br>(8月中)               | 人                      | 8月の延べ<br>利用者数 | 人  |
| 8月中に1回<br>以上サービス<br>を利用した<br>実人数 | 介護保険利用者数               |               | 主傷病名   |
|                                  | 要介護1                   | 人             | 1. 脳血管疾患 ( ) 人                                   |
|                                  | 要介護2                   | 人             | 2. 神経系疾患 ( ) 人                                   |
|                                  | 要介護3                   | 人             | 3. 新生物 ( ) 人                                     |
|                                  | 要介護4                   | 人             | 4. 呼吸器系疾患 ( ) 人                                  |
|                                  | 要介護5                   | 人             | 5. 消化器系疾患 ( ) 人<br>6. 認知症 ( ) 人<br>7. その他【 ( ) 人 |
| 1ヶ月あたり延べ利用回数<br>(8月中)            | 3～6時間未満                |               | 6～8時間未満  |
|                                  | 回                      |               | 回  |
| 平成30年4月～8月に療養通所介護を利用終了した人の転帰     | 死亡                     | 人             | 入院   |
|                                  | 施設入所                   | 人             | 状態改善   |
|                                  | 転居                     | 人             | その他  |
| 提供している<br>主なケア<br>(複数回答可)        | バイタル測定、酸素飽和度測定         | 人             | 症状のモニタリング  |
|                                  | 入浴、シャワー浴介助             | 人             | 皮膚ケア（清拭、その他の保清）                                  |
|                                  | 口腔内ケア                  | 人             | 排泄援助、おむつ交換、陰部清浄、陰部清拭                             |
|                                  | 移動・移乗の援助、体位交換          | 人             | 本人への療養指導   |
|                                  | 利用者の心理的ケア（傾聴等を含む）      | 人             | ターミナルケア（緩和ケア）                                    |
|                                  | 服薬援助・管理（点眼薬、軟膏、坐薬等を含む） | 人             | 中心静脈栄養   |
|                                  | 慢性疼痛の管理（がん末期を除く）       | 人             | がん末期の疼痛管理  |
|                                  | 経口摂取援助（食事・水分含む）・見守り含む  | 人             | 経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養                                    |
|                                  | 褥瘡、創傷部処置               | 人             | 気管内吸引  |
|                                  | 気管切開の処置                | 人             | 酸素療法管理（在宅酸素、酸素吸入）                                |
|                                  | 吸入                     | 人             | 膀胱洗浄、膀胱処置カテーテルの管理                                |
|                                  | 浣腸、排便                  | 人             | 人工肛門、人工膀胱の管理                                     |
|                                  | 人工呼吸器の管理               | 人             | CAPDの管理  |
|                                  | 四肢・体幹のリハビリテーション        | 人             | 呼吸リハビリ（スクジグ等）                                    |
| 嚥下リハビリ                           | 人                      | 家族等への介護指導     |  |
| その他                              | 人                      |               |  |

問 11 主な営業地域はどのように決めていますか。(あてはまるものすべてに○)

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <p>主な営業地域の決め方<br/>(あてはまるものすべてに○)</p> | <p>1. 送迎時間 → 片道 ( ) 分程度</p> <p>2. 事業所と利用者宅の距離 → ( ) km</p> <p>3. 事業所のある市区町村内から受け入れている</p> <p>4. 事業所のある市区町村外からも受け入れている</p> <p>5. その他 ( )</p> <p>6. 特に決めていない</p> |
|--------------------------------------|--|

問 12 療養通所介護事業所の管理者が、看護師であることの意義について主に重視していることは何ですか。(○は5つまで)

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <p>管理者が看護師であることの意義<br/>(○は5つまで)</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療の専門知識を持って、利用者及びスタッフの感染管理・感染症等の予防管理ができる</li> <li>2. 設備・備品、衛生材料等使用物品の衛生管理ができる</li> <li>3. 疾病や治療方針の理解のもと、医療的ケアを要する要介護者や医療的ケア児等の受け入れ幅が広がる</li> <li>4. 医師等医療従事者との連携がスムーズにできる</li> <li>5. 送迎を含むサービス提供時間内において利用者の状態変化が判断でき、タイムリーな管理ができる</li> <li>6. スタッフに対して安全なケアの技術管理及び必要時研修企画ができる</li> <li>7. 医療も介護も生活支援も統合したケアの実践ができる</li> <li>8. 心身の健康等の状態や療養・療育状態の管理ができる</li> <li>9. 医療的ケアを含むサービスの記録・運営上の記録の保管管理ができる</li> <li>10. その他</li> </ol> <p style="margin-left: 40px;">具体的に：</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-left: 40px;"></div> |
|-------------------------------------|---|





#### 4. 療養通所介護事業所の設備について

問 14 療養通所介護事業の設備についておたずねします。①～③のそれぞれについてお答えください。

|                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| ①療養通所介護事業所の建物の状況              | 療養通所介護事業所のある階数  | _____階建ての _____階部分にある  |
|                               | 療養通所介護事業所の延べ床面積   | _____㎡   |
| ②ベッド数                         | 総ベッド数 ( _____ ) うち、購入数 ( _____ ), レンタル数 ( _____ )<br>↓<br>購入の場合、1つあたりの価格 ( _____ ) 円<br>レンタルの場合、1つあたりのレンタル料 ( _____ ) 円/年 |  |
| ③利用可能な設備の状況<br>(あてはまるものすべてに○) | 居室  | 1. 療養通所介護独自に利用<br>2. 併設サービスと兼用<br>→併設施設の種類 ( _____ )<br>3. その他 ( _____ )   |
|                               | 居室・設備等で工夫されている点   | 1. 感染対策の重点化 (居室に手洗い場を設けるなど)<br>2. 衛生対策の重点化 (処置室を設けるなど)<br>3. 職員の動線への配慮<br>4. 利用者のプライバシーへの配慮<br>5. 利用者家族のスペースへの配慮<br>6. 居室に居ながら季節や外の気配が感じられる工夫<br>7. 看取りの環境への配慮<br>8. その他<br>※居室以外のトイレ・浴室・調理室などの工夫も含めてお答えください |
|                               | 浴室  | 1. 療養通所介護独自の浴室を利用<br>2. 併設サービスの浴室を兼用<br>→併設施設の種類 ( _____ )<br>3. 簡易浴槽を利用<br>4. 訪問入浴車を利用<br>5. その他 ( _____ )<br>6. 浴室を設けていない  |



## 6. 療養通所介護事業所の併設事業について

問 16 (1) 貴事業所の併設事業の届出状況をおたずねします。

| 種別         | 活動状況      |            |
|------------|-----------|------------|
| 児童発達支援事業   | 1. 実施している | 2. 実施していない |
| 放課後等デイサービス | 1. 実施している | 2. 実施していない |
| 生活介護事業     | 1. 実施している | 2. 実施していない |
| 日中一時支援事業   | 1. 実施している | 2. 実施していない |
| 障害児・者相談支援  | 1. 実施している | 2. 実施していない |

問 16 (2) 問 16 (1) で障害児通所支援等の事業に「**2. 実施していない**」とご記入の場合、その理由はどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1. 利用者で定員が埋まっているため | 2. 職員体制を整えることが難しいため |
| 3. 設備を整えることが難いため   | 4. 給付等の管理が大変であるため   |
| 5. 申請手続きが煩雑なため     | 6. 障害児通所支援等の情報がないため |
| 7. 申請中である          | 8. 申請予定である          |
| 9. その他 ( )         |                     |

**問 17～問 27は、障害児通所支援等を実施している事業所におたずねします。**

→問 16 (1) に1つでも「1. 実施している」(併設している)とご記入の事業所  
→ そのまま次の問へお進みください

→問 16 (1) の5つの事業すべてに「2. 実施していない」(併設していない)  
とご記入の事業所 → 問 28 (P15) へお進みください

障害児通所支援等を実施していない事業所は、問 28 (P15) へお進みください

問 17 問 16 (1) で「1. 実施している」と答えた事業について、開始年月日をご記入ください。

| 種別         | 開始年月日        |
|------------|--------------|
| 児童発達支援事業   | 平成 年 月 日より実施 |
| 放課後等デイサービス | 平成 年 月 日より実施 |
| 生活介護事業     | 平成 年 月 日より実施 |
| 日中一時支援事業   | 平成 年 月 日より実施 |
| 障害児・者相談支援  | 平成 年 月 日より実施 |

問 18 障害児通所支援等における従事者についてお答えください。

|          |   |          |
|----------|---|----------|
| 児童指導員    | 人 | 保有資格 ( ) |
| 保育士      | 人 | 保有資格 ( ) |
| 機能訓練担当職員 | 人 | 保有資格 ( ) |
| 生活支援員    | 人 | 保有資格 ( ) |

問 19 嘱託医についておたずねします。

|     |  |   |
|-----|--|---|
| 嘱託医 | 1. いる<br>↓   | 2. いない  |
|     | <b>【委託内容】(複数回答可)</b><br>1. 定期的に診察<br>2. 感染や利用困難の判断等の相談<br>3. その他 ( ) | <b>【謝金】(1つに○)</b><br>1. 謝金あり<br>2. 謝金なし<br>3. その他 |

問 20 障害児通所支援等の営業日・営業時間をご記入下さい。

|                  | 月                               | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|------------------|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 営業日<br>に○→       |                                 |   |   |   |   |   |   |
| 営業時間             | ～                               | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| 祝日の営業の有無         | 1. 営業している 2. 営業していない 3. その他 ( ) |   |   |   |   |   |   |
| 8月の障害児通所支援等の実施日数 | ( ) 日                           |   |   |   |   |   |   |

問 21 障害児通所支援等の定員と利用者の状況についておたずねします。

(1) 定員数と登録利用者数をご記入ください。(9月1日現在)

|                  |   |        |   |
|------------------|---|--------|---|
| 定員数              | 人 | 登録利用者数 | 人 |
| 定員のうち医療的ケアが必要な人数 | 人 |        |   |

(2) 登録利用者の方の条件や期間をおたずねします。(あてはまるものすべてに○)

|       |   |
|-------|---|
| 登録の条件 | 1. 症状が安定していること<br>2. 主治医の許可があること<br>3. 訪問看護を利用していること<br>4. その他 ( )                        |
| 登録の期間 | 1. 登録期間を決め、定期的に再登録 → ( ) か月に1度<br>2. 利用しない期間が長くなれば再登録 → ( ) か月<br>3. 決めていない<br>4. その他 ( ) |

問 22 先月(平成30年8月)の障害児通所支援等の利用者の状況をご記入ください。

|                           |                        |   |                      |   |
|---------------------------|------------------------|---|----------------------|---|
| 年齢構成                      | 0～3歳未満                 | 人 | 6～18歳未満              | 人 |
|                           | 3～6歳未満                 | 人 | 18歳以上                | 人 |
| 障害支援区分                    | 障害区分1                  | 人 | 障害区分4                | 人 |
|                           | 障害区分2                  | 人 | 障害区分5                | 人 |
|                           | 障害区分3                  | 人 | 障害区分6                | 人 |
| 障害手帳の種類                   | 身体障害者手帳                | 人 | 精神障害者<br>保健福祉手帳      | 人 |
|                           | 療育手帳                   | 人 |                      |   |
| 延べ利用回数                    |                        | 回 |                      |   |
| 提供している<br>主なケア<br>(複数回答可) | バイタル測定、酸素飽和度測定         | 人 | 症状のモニタリング            | 人 |
|                           | 入浴、シャワー浴介助             | 人 | 皮膚ケア(清拭、その他の保清)      | 人 |
|                           | 口腔内ケア                  | 人 | 排泄補助、おむつ交換、陰部清浄、陰部清拭 | 人 |
|                           | 移動・移乗の援助、体位交換          | 人 | 本人への療養指導             | 人 |
|                           | 利用者の心理的ケア(傾聴等を含む)      | 人 | ターミナルケア(緩和ケア)        | 人 |
|                           | 服薬援助・管理(点眼薬、軟膏、坐薬等を含む) | 人 | 中心静脈栄養               | 人 |
|                           | 慢性疼痛の管理(がん末期を除く)       | 人 | がん末期の疼痛管理            | 人 |
|                           | 経口摂取援助(食事・水分含む)・見守り含む  | 人 | 経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養        | 人 |
|                           | 褥瘡、創傷部処置               | 人 | 気管内吸引                | 人 |
|                           | 気管切開の処置                | 人 | 酸素療法管理(在宅酸素、酸素吸入)    | 人 |
|                           | 吸入                     | 人 | 膀胱洗浄、膀胱処置カテーテルの管理    | 人 |
|                           | 浣腸、排便                  | 人 | 人工肛門、人工膀胱の管理         | 人 |
|                           | 人工呼吸器の管理               | 人 | CAPDの管理              | 人 |
|                           | 四肢・体幹のリハビリテーション        | 人 | 呼吸リハビリ(スクジング等)       | 人 |
|                           | 嚥下リハビリ                 | 人 | 家族等への介護指導            | 人 |
| その他                       | 人                      |   |                      |   |

問 23 主な営業地域はどのように決めていますか。(あてはまるものすべてに○)

|                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 主な営業地域の<br>決め方(あては<br>まるものすべて<br>に○) | 1. 送迎時間 → 片道 ( ) 分程度     |
|                                      | 2. 事業所と利用者宅の距離 → ( ) km  |
|                                      | 3. 事業所のある市区町村内から受け入れている  |
|                                      | 4. 事業所のある市区町村外からも受け入れている |
|                                      | 5. その他 ( )               |
|                                      | 6. 特に決めていない              |

問 24 先月(平成 30 年 8 月)の障害児通所支援等の延べ利用人数をそれぞれご記入ください。

| 種 別        | 延べ利用人数 | 種 別       | 延べ利用人数 |
|------------|--------|-----------|--------|
| 児童発達支援事業   | 人      | 日中一時支援事業  | 人      |
| 放課後等デイサービス | 人      | 障害児・者相談支援 | 人      |
| 生活介護事業     | 人      |           |        |

問 25 障害児通所支援等の障害児・者のサービスの報酬上の加算についておたずねします。それぞれの事業についてお答えください。(平成 30 年 8 月分)

【児童発達支援事業】

|              |                                 |            |         |
|--------------|---------------------------------|------------|---------|
| 看護職員加配加算     | 1. 加算 (I)                       | 2. 加算 (II) | 3. 加算なし |
| 児童指導員等加配加算   | 1. 加算 (I)                       | 2. 加算 (II) | 3. 加算なし |
| 理学療法士等加配加算   | 1. 加算 (I)                       | 2. 加算 (II) | 3. 加算なし |
| その他の従業員加配加算  | 1. 加算 (I)                       | 2. 加算 (II) | 3. 加算なし |
| 送迎加算         | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし    |         |
| 欠席時対応加算      | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし    |         |
| 利用者負担上限額管理加算 | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし    |         |
| その他の加算       | その他の加算がありましたら、名称をご記入ください<br>( ) |            |         |

【放課後デイサービス事業】

|              |                                 |            |         |
|--------------|---------------------------------|------------|---------|
| 看護職員加配加算     | 1. 加算 (I)                       | 2. 加算 (II) | 3. 加算なし |
| 児童指導員等加配加算   | 1. 加算 (I)                       | 2. 加算 (II) | 3. 加算なし |
| 理学療法士等加配加算   | 1. 加算 (I)                       | 2. 加算 (II) | 3. 加算なし |
| その他の従業員加配加算  | 1. 加算 (I)                       | 2. 加算 (II) | 3. 加算なし |
| 送迎加算         | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし    |         |
| 欠席時対応加算      | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし    |         |
| 利用者負担上限額管理加算 | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし    |         |
| その他の加算       | その他の加算がありましたら、名称をご記入ください<br>( ) |            |         |

【生活介護事業】

|              |                                 |                     |
|--------------|---------------------------------|---------------------|
| 人員配置体制加算（Ⅰ）  | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし             |
| 常勤看護職員等配置加算  | 1. 加算（Ⅰ）                        | 2. 加算（Ⅱ）<br>3. 加算なし |
| 初期加算         | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし             |
| 欠席時対応加算      | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし             |
| 利用者負担上限額管理加算 | 1. 加算あり                         | 2. 加算なし             |
| その他の加算       | その他の加算がありましたら、名称をご記入ください<br>( ) |                     |

問 26 障害児通所支援等の設備についておたずねします。

①～②のそれぞれについてお答えください。

|                               |                     |  |
|-------------------------------|---------------------|--|
| ①ベッド数                         | 障害児通所支援等の専用ベッド数 ( ) |  |
| ②利用可能な設備の状況<br>(あてはまるものすべてに○) | 居室                  | 1. 障害児通所支援等独自に利用<br>2. 併設サービス（療養通所介護事業以外）と兼用<br>→併設施設の種類 ( )<br>3. その他 ( )   |
|                               | 居室に工夫されている点         | 1. 感染対策の重点化（居室に手洗い場を設けるなど）<br>2. 衛生対策の重点化（処置室を設けるなど）<br>3. 職員の動線への配慮<br>4. 利用者のプライバシーへの配慮<br>5. 利用者家族のスペースへの配慮<br>6. 居室に居ながら季節や外の気配が感じられる工夫<br>7. 子どもが楽しみながら過ごせる配慮<br>具体的に<br><div style="border: 1px dashed black; height: 80px; margin: 5px 0;"></div> 8. その他<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">           ※居室以外のトイレ・浴室・調理室などの工夫も含めてお答えください         </div> |







問 29 貴事業所が経営上工夫していることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 経営上工夫していることはありますか(あてはまるものすべてに○) | 1. 利用者確保拡大を図っている<br>2. 事業経費削減に努めている<br>3. 併設施設(訪問看護ステーション等)と設備、備品をできるだけ共用する<br>4. 併設訪問看護ステーションからの補填がある<br>5. 法人本部から補填がある<br>6. 補助金、助成金を活用している<br>7. その他( ) |
|---------------------------------|--|

## 8. 緊急時の対応について

問 30 貴事業所の、平成 29 年度の緊急時の対応についてお答えください。

| ①届出上の緊急時対応医療機関<br>(1つに○) | 1. 救急外来のある病院    2. 救急外来のない病院<br>3. 有床診療所                4. 無床診療所        5. その他( )   |                    |          |          |             |                  |                  |                         |                  |                          |                    |                |                |             |             |
|--------------------------|---|--------------------|----------|----------|-------------|------------------|------------------|-------------------------|------------------|--------------------------|--------------------|----------------|----------------|-------------|-------------|
| ②救急搬送の有無<br>(平成 29 年度)   | 1. ある→( )人                2. ない<br>↳「ある」場合、どこに搬送されましたか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 45%; text-align: center;">療養通所介護事業</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">障害児通所支援等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">搬<br/>送<br/>先</td> <td>1. 主治医の医療機関 ( )人</td> <td>1. 主治医の医療機関 ( )人</td> </tr> <tr> <td>2. 主治医のいる緊急時対応医療機関 ( )人</td> <td>2. 嘱託医の医療機関 ( )人</td> </tr> <tr> <td>3. 主治医のいない緊急時対応医療機関 ( )人</td> <td>2. 嘱託医以外の医療機関 ( )人</td> </tr> <tr> <td>4. 救急指定病院 ( )人</td> <td>4. 救急指定病院 ( )人</td> </tr> <tr> <td>5. その他 ( )人</td> <td>5. その他 ( )人</td> </tr> </tbody> </table> |                    | 療養通所介護事業 | 障害児通所支援等 | 搬<br>送<br>先 | 1. 主治医の医療機関 ( )人 | 1. 主治医の医療機関 ( )人 | 2. 主治医のいる緊急時対応医療機関 ( )人 | 2. 嘱託医の医療機関 ( )人 | 3. 主治医のいない緊急時対応医療機関 ( )人 | 2. 嘱託医以外の医療機関 ( )人 | 4. 救急指定病院 ( )人 | 4. 救急指定病院 ( )人 | 5. その他 ( )人 | 5. その他 ( )人 |
|                          | 療養通所介護事業  | 障害児通所支援等           |          |          |             |                  |                  |                         |                  |                          |                    |                |                |             |             |
| 搬<br>送<br>先              | 1. 主治医の医療機関 ( )人  | 1. 主治医の医療機関 ( )人   |          |          |             |                  |                  |                         |                  |                          |                    |                |                |             |             |
|                          | 2. 主治医のいる緊急時対応医療機関 ( )人   | 2. 嘱託医の医療機関 ( )人   |          |          |             |                  |                  |                         |                  |                          |                    |                |                |             |             |
|                          | 3. 主治医のいない緊急時対応医療機関 ( )人  | 2. 嘱託医以外の医療機関 ( )人 |          |          |             |                  |                  |                         |                  |                          |                    |                |                |             |             |
|                          | 4. 救急指定病院 ( )人  | 4. 救急指定病院 ( )人     |          |          |             |                  |                  |                         |                  |                          |                    |                |                |             |             |
|                          | 5. その他 ( )人   | 5. その他 ( )人        |          |          |             |                  |                  |                         |                  |                          |                    |                |                |             |             |

## 9. 事業所の運営や開設に必要なこと

問 31 事業所運営における日ごろの取組や課題、開設に求められることは、どのようなことですか。

|   |  |
|---|--|
| ①利用者や利用者家族のネットワークづくりの支援を行っていますか<br>(1つに○) | 1. 利用者や家族の会を作っている<br>2. 利用者や家族の自主的な会を支援している<br>【具体的な活動内容をお教えてください】←<br>1. 定期的な会合の開催<br>2. 会報の発行<br>3. SNSによる情報発信<br>4. その他( )<br>3. ネットワークづくりに関与していない<br>4. その他( ) |
|---|--|

|  |   |
|--|---|
| <p>②療養通所介護事業は平成 28 年度から地域密着型サービスに移行しました。このことによって困ることはどのようなことですか。<br/>(主なもの 2 つまで○)</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 当該市以外で近接市町から利用したいとの申し込みがあっても、受け入れができない</li> <li>2. 当該市以外から受け入れには手続きが煩雑で利用者も事業者もあきらめてしまう</li> <li>3. 療養通所介護の目的・体制に関する行政の理解がほとんどないため開設ができない</li> <li>4. 訪問看護ステーションの営業エリアと地域密着型サービスのエリアが異なるため、訪問看護利用者の受け入れができない場合がある</li> <li>5. その他 ( )</li> <li>6. 特にない</li> </ol> |
| <p>③療養通所介護事業の制度や報酬について、課題だと感じられることはどのようなことですか？<br/>(自由記入)</p>                          |   |
| <p>④運営に際して、都道府県や市町村から受けたい支援はどのようなことですか (あてはあるものすべてに○)</p>                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 国や自治体の関連施設や補助・助成金等の情報提供</li> <li>2. 民間の助成金等の情報提供</li> <li>3. 申請に係る相談支援 (書類作成支援等)</li> <li>4. 事業内容の検討に対するアドバイス</li> <li>5. 先行事例の紹介</li> <li>6. 職員の研修受講費の助成</li> <li>7. 都道府県・市区町村公有地の貸与</li> <li>8. その他</li> </ol> <p>(具体的に: )</p>                                  |
| <p>⑤これから開設しようと思っている人にお勧めしたいこと、注意したほうが良いと思うことはどのようなことですか？ (自由記入)</p>                    |   |

裏面へ

## 貴事業所の「収支状況」情報提供に関するお願い！ <任意>

次期報酬改定の参考にさせていただくため、事業所の経営状況をお伺いしたいと考えています。お差支えなければ、下記欄に事業所の収支状況をご記入ください。ご回答は任意です。まとめにあたって事業所のお名前が出たりご迷惑をおかけすることは、決してございません。貴重な情報を制度改正に活かし、事業の発展に寄与して参ります。ぜひご協力のほどお願い申し上げます

|   |           |                                      |  |   |
|---|-----------|--------------------------------------|--|---|
| <p>療養通所介護事業及び障害児通所支援等事業の収支状況をお答えください<br/>(平成30年8月実績)</p> <p>※ 介護事業所経営概況調査対象事業所については、当該調査内容から転記して下さい</p> <p>※ 8月1ヶ月分の費用が書けない場合は、平成29年実績の1/12の金額、またはその他記入できる1ヶ月分を記入してください</p> <p>※開設後、例えば6ヶ月の場合は開設後の合計の1/6(月数)を記入してください</p> | 記入した実績の期間 |                                      | 1. 平成30年8月の実績を記入<br>2. 他の月の1ヶ月分を記入<br>3. 平成29年実績の1/12の金額を記入<br>4. その他 ( )            |   |
|   | 収<br>益    | 1. 療養通所介護事業収益                        | 療養通所介護の保険給付金、利用料収益、利用者負担分  | 円 |
|   |           | 2. 障害児通所支援等事業収益計                     | 障害児通所支援等事業の利用料収益、利用者負担分  | 円 |
|   |           | 3. 補助金等収入                            | 県・市町村等からの補助金など   | 円 |
|   |           | 4. その他の事業収益                          | 実習謝金等、その他の事業収益   | 円 |
|   | 費<br>用    | 5. 給与費                               | 通勤手当、賞与、退職給付引当金、法定福利費を含めた1ヶ月分の費用(1年分の1/12)<br>※訪問看護等を兼任している職員は、療養通所介護への従事時間で按分して下さい。 | 円 |
|   |           | 6. 材料費                               | 材料費、消耗器具備品費、医薬品費、その他の材料費   | 円 |
|   |           | 7. 経費                                | 福利厚生費、旅費交通費、職員被服費、消耗品費、車両費、光熱水費、賃貸料、保険料、租税公課、雑費など                                    | 円 |
|   |           | (再掲)                                 | 車両費(送迎用自動車等の燃料費、乗用車、車両点検等の費用)  | 円 |
|   |           | (再掲)                                 | 光熱水費(電気、ガス、水道等の使用料)  | 円 |
|   |           | (再掲)                                 | 賃貸料(土地、建物等の賃貸料、器具備品等のリース料、レンタル料)   | 円 |
| 8. 委託費  |           | 送迎委託費、清掃委託費など                        | 円  |   |
| 9. 減価償却費  |           | 建物および建物付属設備減価償却費、車両設備減価償却費、その他の減価償却費 | 円  |   |
| 10. 本部経費  | 本部に掛かる費用  | 円                                    |  |   |
| 11. その他   | その他費用     | 円                                    |  |   |

— 以上で質問は終わりです。長時間ご協力ありがとうございました —

(別紙2) 療養通所介護自治体ヒアリング調査 質問項目

1. 貴自治体では、医療ニーズのある中重度要介護者への対応はどのようなことを考えていますか？
2. 療養通所介護事業所の申請状況をおしえてください。また、介護保険事業計画に含めているかどうか。
3. 療養通所介護事業所の開設や運営について、具体的な支援を行っていますか？
4. 平成24年に、児童や障害者福祉サービスである児童発達支援や放課後等デイ、生活介護が療養通所介護事業所で追加指定できるようになったのはご存知でしたか。
5. 地域共生社会に向けて高齢福祉部門と児童や障害部門との連携はありますか？
6. 今後の介護サービスの整備に向けて、看護師を活用したサービスで期待することはどのようなことでしょうか？

療養通所介護自治体ヒアリング調査② 質問項目 自治体

1. 貴自治体では、医療ニーズのある中重度要介護者への対応はどのようなことを考えていますか？
2. 平成 18 年に在宅中重度者のための療養通所介護サービスが創設されましたが、今後の整備はどのように考えていますか。
3. 療養通所介護事業所や看護小規模多機能居宅介護事業所の整備状況についておしえてください。また今後の計画の方針もおしえてください。
4. 地域共生社会に向けて高齢福祉部門と児童や障害部門との連携はありますか？
5. 今後の介護サービスの整備に向けて、看護師を活用したサービスで期待することはどのようなことでしょうか？