



新・介護保険 を考える 4

一通所介護の事業内容 と給付の変化一

理事長 鈴木 恂子



		平成12年度施行（第一期）	平成15年度改定（第二期）	平成18年度改定（第三期）	平成21年度改定（第四期）	平成24年度改定（第五期）	
		2000年4月1日～2003年3月31日	2003年4月1日～2006年3月31日	2006年4月1日～2009年3月31日	2009年4月1日～2012年3月31日	2012年4月1日～	
主な変更		・介護保険制度施行	主として施設サービスが大きく変更 ・居住費、食事サービスの利用者負担 ・個室ユニット型特養が基準に	・地域包括支援センターの設置 ・予防給付の新設（要支援1、2） ・地域密着型の新設 ・経過的要介護の設置	・予防プランが地域包括支援センターから事業所への委託が可能 ・経過的要介護の廃止	・地域包括ケアシステムの構築 ・複合型サービス（新規） ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護（新規） ・通所介護の提供時間帯の変更	
事業区分	通所介護	事業区分 ・単独通所介護・併設通所介護 ・痴呆単独／痴呆併設（用語は当時のまま） 介護給付 ・軽度（要支援） ・中度（要介護1、2） ・重度（要介護3、4、5）		所予 介防 護通 通 所 介 護 型認 通知 所症 介対 護応	予防給付 ・要支援1 ・要支援2 事業区分 ・小規模／通常規模／大規模減算 介護給付 ・経過的要介護 ・要介護1～5 →経過的要介護度の廃止		
	型認通知所症介対護応			認知症サービスは全て地域密着型サービスとなり、各自治体に届出、事業検査指導も自治体の管轄になる。 事業区分 ・単独型／併設型／共用型 ※職員体制・活動場所の明確な区分、三事業ごとの職員体制の明確化等が条件となる。			
時間帯		・2-3h / 3-4h / 4-6h / 6-8h / 8-9h / 9-10h				・2-3h / 3-5h / 5-7h / 7-9h / 9-10h / 10-11h / 11-12h ・介護者の休息のための延長もあり。	
単位数と加算の変化 （例：通所介護・併設型・通常規模・6時間利用・1人1回あたり）							
基本報酬	要介護5 要介護4 要介護3	併設型・6-8hの場合	併設型・6-8hの場合	通常規模・6-8hの場合	通常規模・6-8hの場合	通常規模・5-7hの場合	
		重度（要介護3～5） 【924】	重度（要介護3～5） 【903】	要介護5 【1,125】 要介護4 【1,013】 要介護3 【901】	要介護5 【1,125】 要介護4 【1,013】 要介護3 【901】	要介護5 【1,026】 要介護4 【920】 要介護3 【814】	
		中度（要介護1～2） 【662】	中度（要介護1～2） 【614】	要介護2 【789】 要介護1 【677】 経過的要介護 【608】	要介護2 【789】 要介護1 【677】	要介護2 【708】 要介護1 【602】	
	要支援	軽度（要支援） 【560】	軽度（要支援） 【482】	予防給付 要支援2 【4,353/月】 要支援1 【2,226/月】	要支援2 【4,353/月】 要支援1 【2,226/月】	要支援2 【4,205/月】 要支援1 【2,099/月】	
通所介護加算（内単位数）			機能訓練体制加算 【27】	個別機能訓練加算 【27】	個別機能訓練加算Ⅱ 【42】	個別機能訓練加算Ⅰ 【42】 個別機能訓練加算Ⅱ 【50】	
			食事加算 【39】				
			送迎加算 【44】	→ 【47】			
			入浴介助加算 【39】	→ 【44】	入浴介助加算 【50】		
			特別入浴加算 【60】	→ 【65】			
					若年性認知症ケア加算 【60】 栄養マネジメント加算 【100】（月2回限度） 口腔機能向上加算 【100】（月2回限度）	若年性認知症受入加算 【60】 栄養改善加算 【150】（月2回限度） → 【150】	
				サービス提供体制加算Ⅰ 【12】 サービス提供体制加算Ⅱ・Ⅲ 【6】 中山間地域等提供加算 【5%】			
					送迎減算 【-94】 介護職員処遇改善加算Ⅰ 【1.9%】		

季刊しんあい82号（2012年5月10日発行）では、2000年4月から2012年4月までの特別養護老人ホームの介護報酬の変化を一覧にしましたが、今回は居宅サービス（介護保険法では在宅ではなく居宅という用語になっています）のうち、通所介護の事業内容と保険給付の変化をまとめました。通所介護事業所は当初施設などに併設した事業所が多かったのですが、特に2006年以降多様な経営母体が多様なサービスを提供するようになりました。そしてこの12年の間、3年ごとの制度改定により通所介護も大きく変化してきました。

2000年4月に一本でスタートした通所介護は、2006年4月（第三期）から予防給付と介護給付の二本立てになりました。

予防給付は要支援（1、2）の方を対象に介護予防を目的に月単位で提供する活動です。原則地域包括支援センターでケアプランを立てます。

介護給付は、要介護（1～5）の方を対象に自立支援を目的に日単位で提供する活動です。ケアプランは居宅介護支援事業所が立てます。

また、2006年に地域密着型サービスが創設され、認知症にかかわる全ての事業は地域密着型サービスとして自治体の所轄になりました。

その結果、現在は通所介護、予防通所介護、認知症対応型通所介護と三つの事業にわかれ、それぞれ個別の事業所の扱いになりました。

2009年4月から通所介護と認知症対応型は一層厳しく活動場所や職員体制の区分が求められ、日々の勤務管理も複雑になりました。

認知症があっても一般の方々と共に活動し、必要な方には個別におつきあいをしてきた一体感は昔の夢になりました。

2012年4月第五期の改定では、活動時間帯が大きく変化（偶数区分から奇数区分へ）し、新規に長時間区分が設定され、利用者ご本人の自立支援目的だけでなく、介護者の休息という利用目的も可能になりました。長時間の延長（宅老所的機能）も認められています。

（お詫びと訂正：82号にて「介護職員処遇改善加算【0.025%】」とあるのは、「介護職員処遇改善加算【2.5%】」の誤りでした。お詫びして訂正します。）

（編集：法人事務局 青木志乃）