

2024、6、27 茨城県地域密着型介護サービス協議会研修会

地域密着型事業所のこれからと 具体的運営対策について

～2024年同時改定対策と経営者・現場専門職の意識改革～

○医療＝生活に配慮 ○介護＝医療の視点

～尊厳の保持、自立支援と重度化防止、在宅復帰・在宅療養支援の強化～

- ・25年からの地域包括ケアシステムの構築＝地域連携・標準化
- ・「地域完結型」＝基本は「在宅」！＝地域密着型サービスが主体
- ・労働生産性の向上＝経営者・現場専門職の意識改革急務！
- ・運営：収入・支出・利益を現場（管理者・主任クラス）に示す！

「誰もが住み慣れた地域で暮らすこと」を支援する

〒389-0406 長野県 東御市 八重原2963

一般社団法人地域ケア総合研究所

所長 竹重 俊文



社会保障制度の方向①: 主な政策 竹重私見

I: 2015年の高齢者介護: 2003年6月報告

～高齢者の尊厳を支えるケアの確立～

①新しいケアモデルの確立: 認知症ケアの標準化(特別なケアではない)

②新しいサービス体系の確立: **生活の継続性を維持するため**

○在宅で365日24時間切れ目のない支援＝小規模(看護)多機能型・定期巡回・GH他

○新しい(多様な)住まい○施設の役割を明確に **地域包括ケアシステムの確立**

II: 社会保障制度改革国民会議報告: 2013年8月報告

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

①社会保障制度改革の方向性: **「1970年代モデル」から「21世紀(2025年)日本モデル」へ**

②医療・介護分の改革: **「病院完結型」から「地域完結型」へ**

③医療介護の提供体制改革: ○病床機能報告・地域医療ビジョン○都道府県の役割強化
○国保保険者都道府県移行○医療法人制度・社会福祉法人制度見直し○医療と介護
の連携と地域包括ケアシステムの構築○財政支援: **病床機能分化・連携、「地域完結型」
の医療・介護サービスに資するよう「診療報酬・介護報酬」の体系の見直し等**○医療の
在り方: 医療職種の職務の見直し、チーム医療の確立等

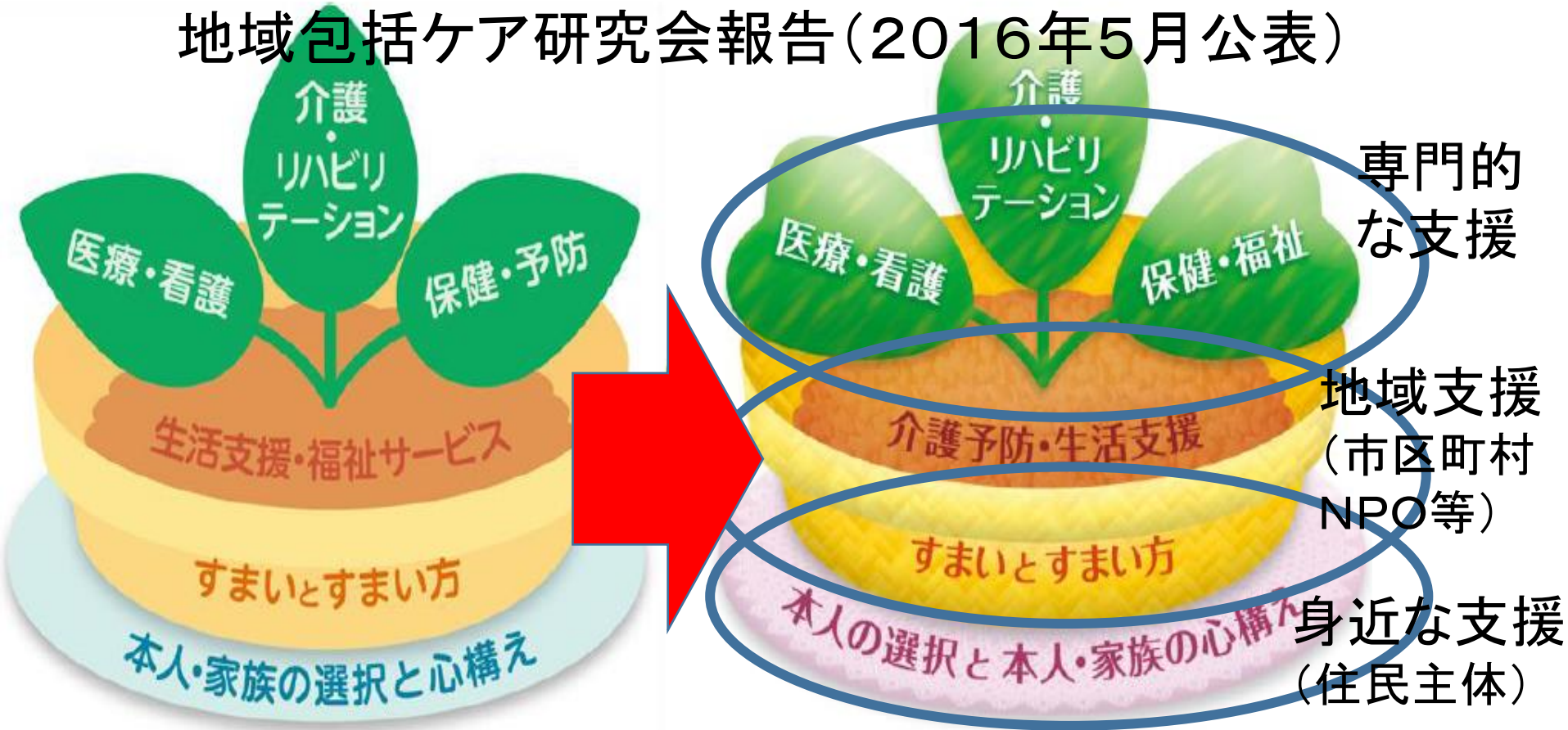
III: 地域包括ケア研究会報告2008年～概ね3年ごとに報告されている

参照: 2016年5月公表 **「本人の選択」**が明記される。

＜進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」＞ 社会保障制度の方向③

ようやく「本人の選択」が明記された！

地域包括ケア研究会報告（2016年5月公表）



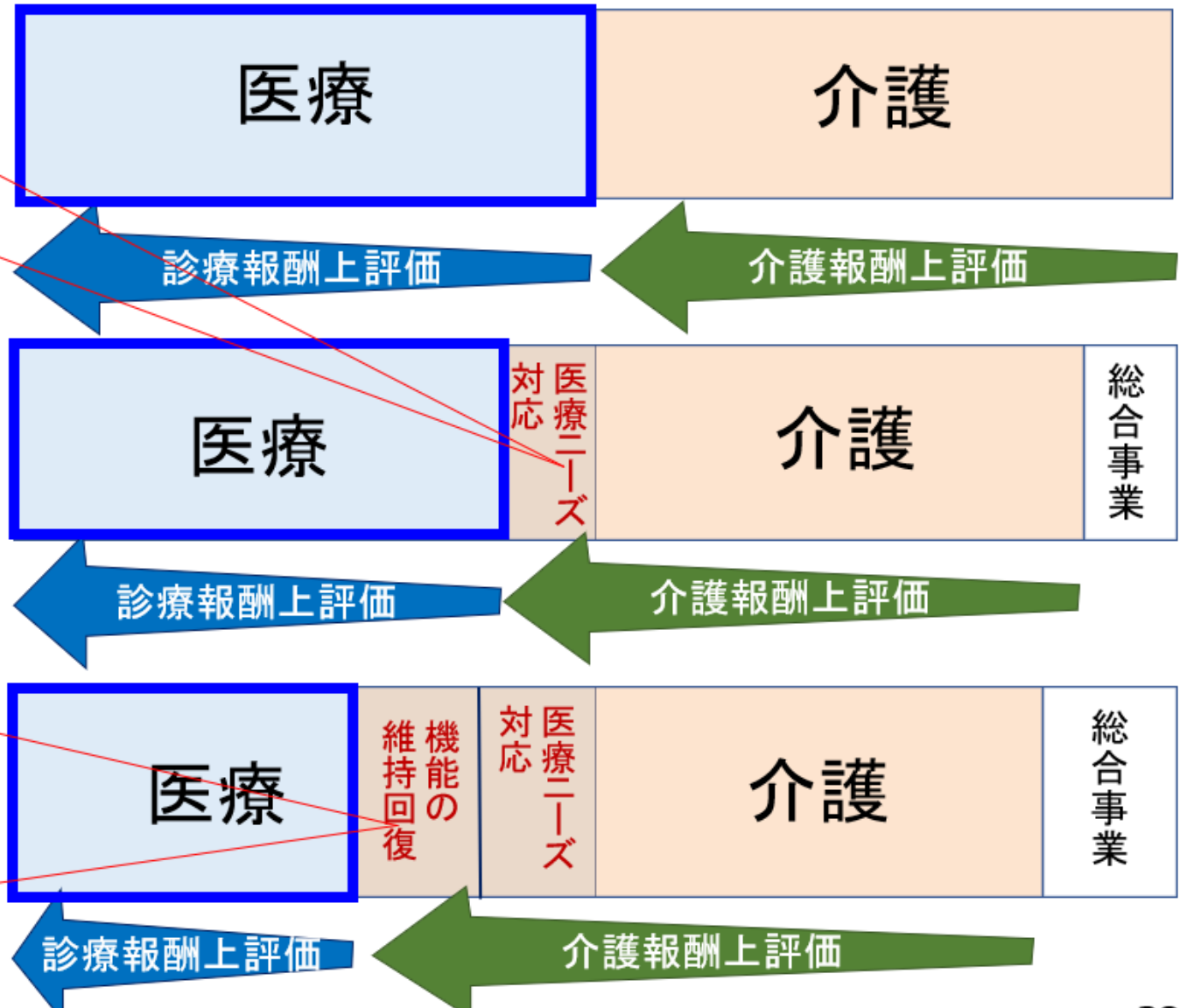
本人の選択：利用者からみた「一体的」なケアが求められている
つまり！ 病院や介護等現場の都合、家族の都合ではできなくなる
それには！ 本人の自覚と覚悟・自己決定 元気な時から意思表示

生活の中の医療から、介護の中の医療へ

=「医療ニーズの高い方を介護でみる」から「続きの治療を介護でみる」仕組みへ

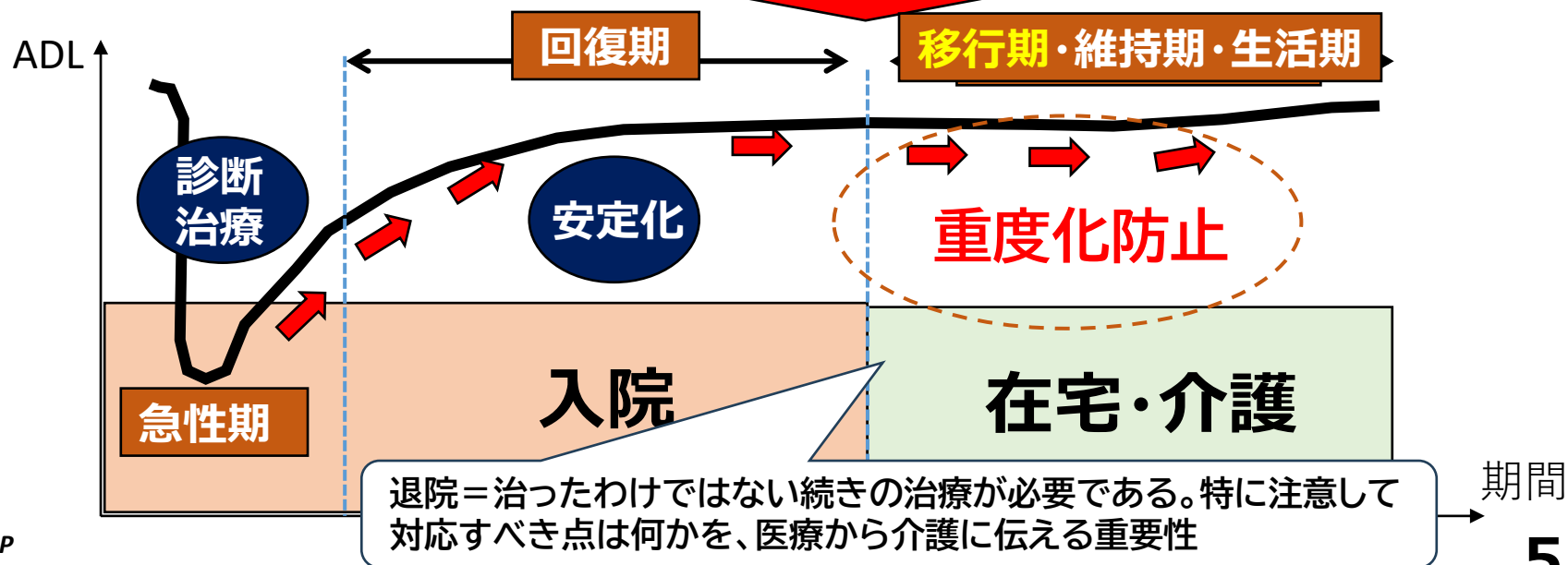
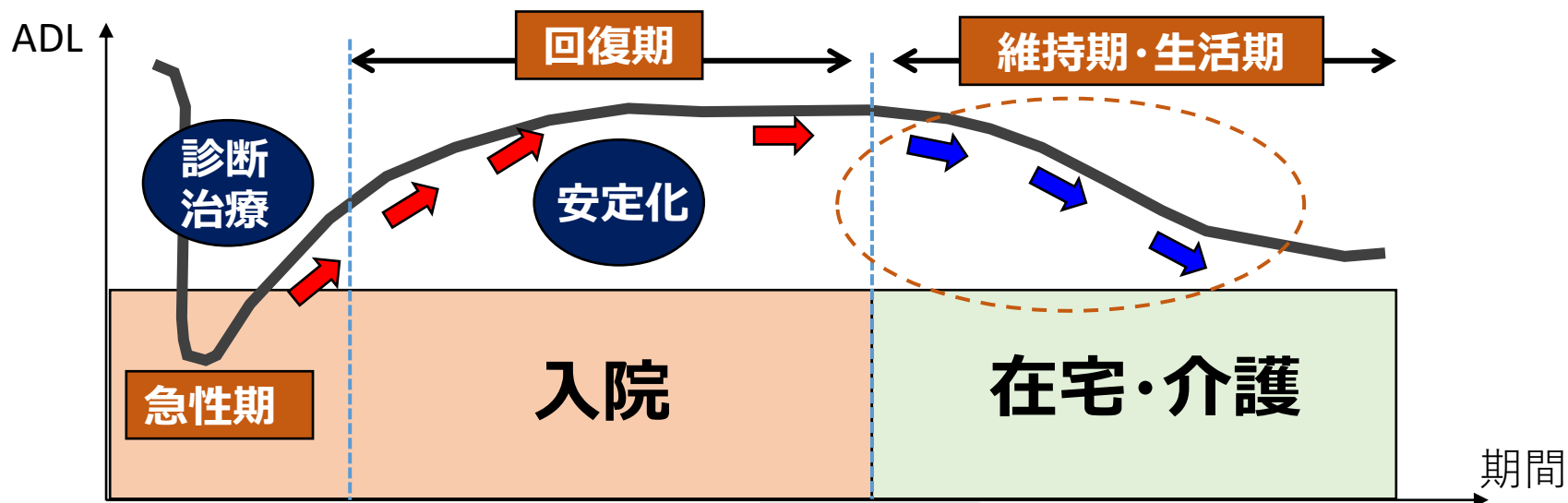
痰の吸引、経管栄養
+ 短期入所療養介護に治療の加算
+ 老健に所定疾患施設療養費の拡大
= 老健で治療する

LIFEの導入
データに基づき、
リハビリ、口腔・嚥下、
栄養への取り組みを
行い、重症化を防ぐ
+
続きの治療を協力医
療機関と連携して実
施する、かつ、日常に
おいて連携し、早期
対応、早期入院、早
期退院を図る



しかし、改善後に退院するも退院後に悪化

→ 在宅・介護も対応強化・キーワードは重度化防止



介護保険制度創設20年！＝医療も大きく変わる 大きく転換 「結果重視」への報酬体系へ

予測される方向

内閣府の骨太方針



- 2018年改定は
医療はアウトカム評価
結果の報酬へ
介護一部アウトカム評価
老健:リハビリ施設へ
大転換
5段階報酬10項目指標
通所系維持・改善へ

- 2021年改定
科学的介護＝LIFE導入
○アセスメント＝現場主体
長期・短期目標現場から
提案＝リハ職中心にリハ・
看護・介護計画＝キャリア
段位制度活用＝**介護職の
レベルアップ急務**

- 2024年改定以降
維持改善を評価する
月額包括報酬制へ
PDCAサイクルで支援必須
- 2027年改定以降
維持・改善事業所の公表？
質の高い事業所が生き残る



参加者へのお願い

経営者も現場も意識を変えましょう

2040年に向けた新たな時代へ

人口減少・少子・高齢・多死社会の時代に向けた取り組み
～ 長野圏域の地域包括ケアシステムへの取り組み ～

これまでの経営方針を見直しましょう

現場はこれまでのやり方を変えましょう

根拠に基づいた支援(介護・看護・リハ・ケアプラン・事務等)

目指すは地域の標準化ですよ！

2017年社会医療連携推進法人制度創設

2022年社会福祉連携推進法人制度創設

(参考)

ダウインの進化論からの引用

その時代の変化に対応できる法人・事業所・専門職が生き残る



改定の基本

医療は「生活」に配慮を・介護は「医療の視点」を

1、診療報酬

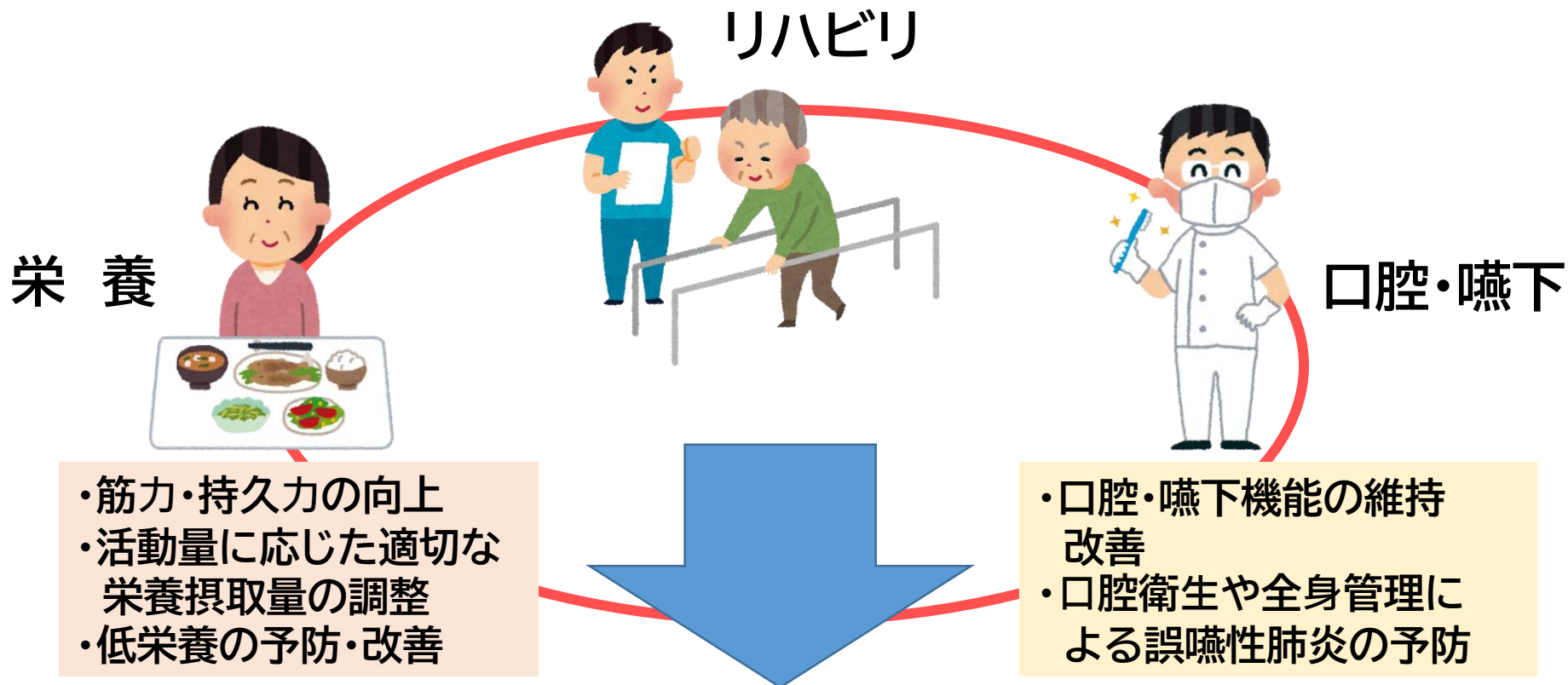
- ①「**生活の場**」へ帰す努力を！ = 情報提供(ケアマネ・リハ職)
 - ②目的のあるリハビリテーション = 「**生活リハ**」へつなげる
 - ③術後速やかにリハビリテーション
 - ④**入院後：定期的に病院に関わる**(小規模は1か月算定可能)
 - ⑤退院の方向になったら 家族と**病院へ同席する!**
- 病院からの問い合わせは速やかに(ケアマネ・看護等)出向く

2、介護報酬

- ①医療的知識・コミュニケーション力を高める
- ②利用者の入院中関わる・退院の方向になったら家族と出向く
- ③看護師・リハ職等の配置・地域連携は必須 = 独自の処遇・評価
病院・クリニックとの人間関係構築 = 地域マネジメント職育成
- ④介護職の医療的ケアを評価：准看・喀痰吸引等資格評価
処遇改善の活用(6月1日一本化時見直す)

2021年介護報酬改定の基本的な視点（重度化防止）

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な**重度化予防につながる**



LIFE（根拠に基づいたケア）へ

より良い職場・サービスのために今日からできること（業務改善の手引き） （介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン）

①職場環境の整備

取組前 5S活動 取組後



②業務の明確化と役割分担 (1)業務全体の流れを再構築

介護職の業務が
明確化されて
いない

業務を明確化し、
適切な役割分担を
行いケアの質を向上



②業務の明確化と役割分担 (2)テクノロジーの活用

職員の心理的
負担が大きい

職員の心理的
負担を軽減



③手順書の作成

職員によって異なる
申し送り

申し送りを
標準化



④記録・報告様式の工夫

帳票に
何度も転記

タブレット端末や
スマートフォンによる
データ入力（音声入
力含む）とデータ共有



⑤情報共有の工夫

活動している
職員に対して
それぞれ指示

インカムを利用した
タイムリーな
情報共有



⑥OJTの仕組みづくり

職員の教え方に
ブレがある

教育内容と
指導方法を統一



⑦理念・行動指針の徹底

イレギュラーな
事態が起こると
職員が自身で
判断できない

組織の理念や行動
指針に基づいた
自律的な行動



今回の2024年同時改定！について

慶応義塾大学名誉教授 田中 滋氏の話から

●同時改定について

今回の改定を乗り切るレベルは？

「A・B・C・D」 大学の評価ランクの

「C」です(合格:ついていくレベル) 「D」は落第！

「改定の目標」は2040年！

2040年に向かって生き残るには

「C」ランクではなく Bランク・更には**Aランクを目指す**

つまり、先を読む力（竹重私見）

Aランクの経営者は先を読む 2030年以降地域の標準化

Bランクの経営者は 2027年改定・2030年同時改定を読む

Cランクの経営者は 改定に何とかついていく その先は？



1, 2024年同時改定に向けた 主な報告

①2003年:2015年の高齢者介護報告 地域包括ケアシステム提唱

②2008年地域包括ケア研究会報告 医療と介護と予防と住まいと生活支援

③2013年社会保障制度国民会議報告 医療と介護の一体化「地域完結」

④2016年包括ケア研究会報告:本人選択・主体:本人から見た一体的な支援

⑤2019年包括ケア研究会報告:2040年多元的な社会に向けた地域包括ケア)

○尊厳の保持、病床再編・機能分化、医療と介護の一体化、

自立支援と重度化防止、リハビリの効果に対する報酬時代＝アウトカム評価

2, 2027年改定目標(予防・要支援の地域移行＝中重度者、医療的支援・

* 認知症支援・複合サービスへの対応、定期巡回更なる推進)

* 利益目標10% ベースアップ3%以上を目指す

3, 2030年同時改定目標(利益目標)

* 利益目標10%プラス処遇改善加算分(処遇改善加算廃止を予測して利益を出す)

* 地域の「ケア(支援:介護・生活リハ・事務等)」の標準化

4, 2040年目標 (2019年包括ケア研究会報告)



進化する(変わる)法人・事業所・専門職＝利益増 今までと同じ対応の法人等＝利益減

1. 進化する法人等 今までのやり方を変える＝利益増

①事業計画・予算編成

* 幹部(部門長等)が主体で作成はやめましょう

⇒各事業所管理者・主任と部門長と一緒に作成

* 収入のみ積算はやめましょう

⇒収入・支出・利益まで算出し、利益目標を設定する

●第1四半期終了後、事業計画・予算見直しましょう！

②毎月の収支の報告

* 収入のみ管理者・主任クラスに示していた

⇒収入・支出・利益(前月分)を示すようにする

③業務の見直しについて

* 課題があったら改善する

⇒業務改善委員会を設置し定期的に見直しを行い、法人内の標準化

2. 今までと同じ対応する法人等＝利益減

進化する法人・事業所・専門職(竹重私見)

報酬の差別化への具体的な対応策

1、法人・グループ

- ①組織の見直し:組織図、職務基準・権限、評価と賃金体系の見直し・見える化
- ②収支の見える化:現場管理者・主任・リーダークラスへ示す(収入・支出・利益)
- ③シームレスケア:つなぐ支援⇒医療⇒介護⇒地域、人事交流(年単位)
サービス:標準化(法人内・グループ内⇒2030年以降地域の標準化を目指す)
2017年社会医療連携推進法人制度、2022年社会福祉連携推進法人制度創設

2、事業所

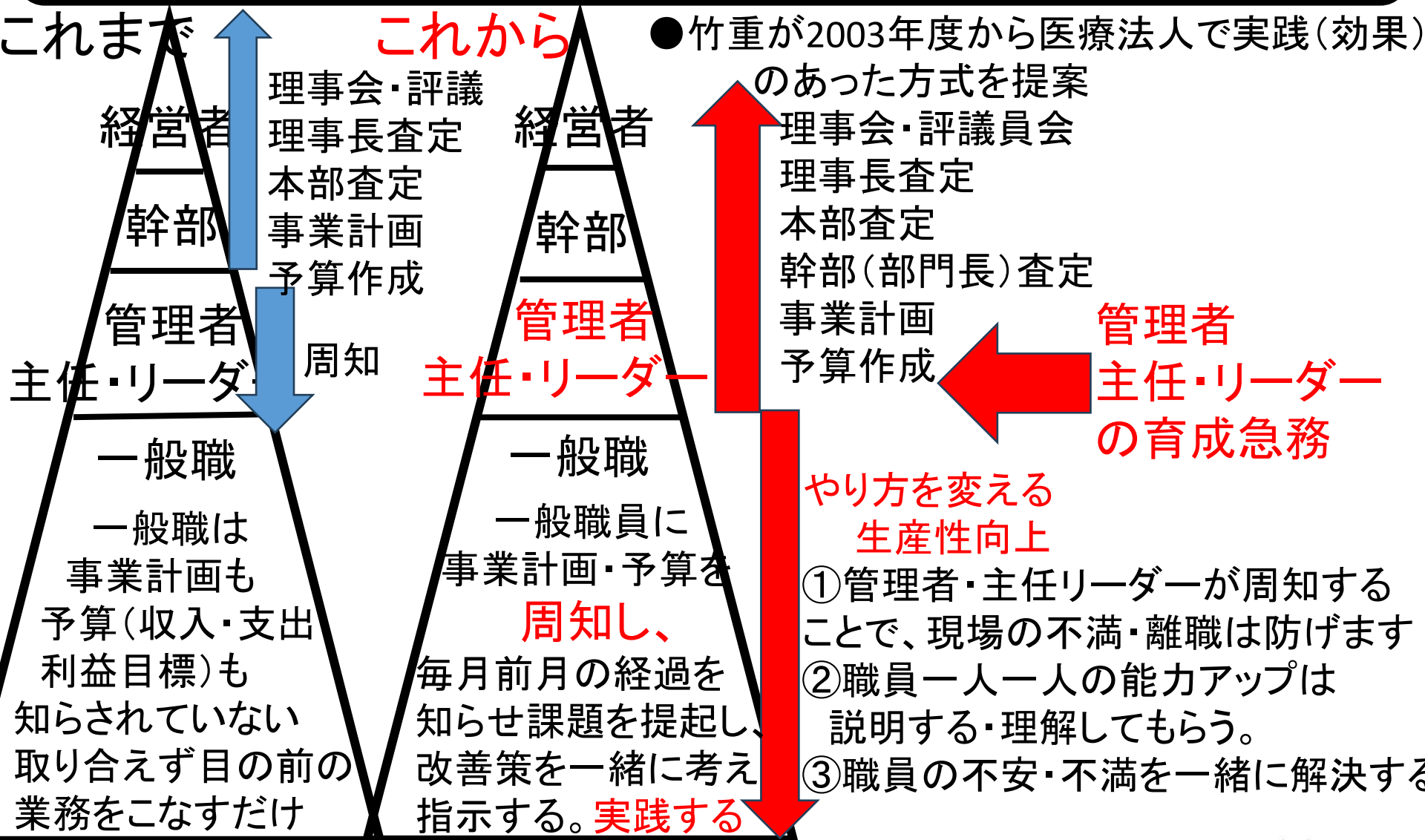
- ①尊厳の保持:入浴・排泄・食事、認知症、看取り対応等
- ②自立支援と重度化防止:できる・したいを応援する事業所
事業所(病院・施設等)でできる ではない!生活の場(自宅・住まい系)でできるを
- ③シームレスケア:24H365日切れ目のない専門支援と地域・生活支援
- ④サービスの役割を明確に!:老健・特定・特養の違い

3、専門職

- ①労働生産性向上で賃金アップ:法定人員に近づける 過剰な配置回避
- ②専門性:知識・技術アップはプロだから当たり前、利用者の視点に!



これまで: 多くの法人は経営者・幹部で事業計画・予算編成
これからは: 管理者・主任クラスで作成し部門長等幹部へ



収入前年対比3%アップ！の事業計画予算は やめましょう！

アクションプランは(例)＝現場(管理者・主任)から

業務内容を改善し、

中重度者・医療的ケアの方を率先して受入れ

認知症の方を地域で支え

稼働率90%から95%以上を目指し

人件費比率65%を60%へ改善して

10%以上の利益を目標にして

全職員の3%以上のベースアップを目指します。



処遇改善について: 本来の趣旨を再度伝えましょう

育成(育てる・教える)と評価(自己・上司)と賃金体系への連動を必須に

- 2009年10月処遇改善交付金 当時の政権はバラマキ(要件より配布)を指示・・・これが生産性向上と逆行し、経営は圧迫(人件費比率増加)
- 2011年内閣府が**介護プロフェッショナル「キャリア段位制度創設」**
しかし、給与は上がるがキャリア段位は普及せず。・・・今日まで
- 2012年改定で処遇改善加算 15,000円
- 2015年改定時 更に12,000円 累計27,000円
- 2017年更に10,000円 処遇改善加算は 累計37,000円
- 2019年10月消費税改定時 特定処遇改善加算 2階建てのしくみへ1,2万~2万円
- 2022年2月ベースアップ補助金
- 2022年10月加算として 9,000円相当 3階建てのしくみへ
- 2024年2月ベースアップ補助金 6,000円相当 3階部分上乘せ 累計60,000円以上
- 2024年6月一本化 多職種該当が課題

●要注意: 介護職員が評価なしで下がる人が出てはいけない?

1, これまで: 介護職は給与上がって当然! 知識・技術は二の次! ⇒間違い!

人件費比率増! 経営実態調査 利益減 失敗だった!

2, これから: 評価制度と賃金体系必須! 同じ失敗は繰り返さない!

知識・技術評価 + 行動・経験評価 + 業績評価と賃金体系の連動



地域連携のイメージ 音頭を取る法人とは？

必ずしも大法人・医療・社会福祉法人とは限らない

●地域連携法人(2030年へのイメージ)

1、第1段階:(事例:神奈川、愛知・茨城・福井・高知)2023年～2024年～

- ①小規模多機能事業所(複数)が病院・老健へ声をかける
- ②年3～4回開催
- ③改正・改定、感染症対策研修、BCP、人材育成・応援、事務の協働
- ④中間管理職研修・茨城県では協働で実践・・・法人内より効果あり

2、第2段階 2024年～2027年～

- ①診療・介護報酬改定:感染症対応研修、BCP・虐待・拘束等指針
- ②事務処理の協働
- ③介護:キャリア段位指導者研修＝老健と小規模事業所・標準化
高知県、愛知県等

④中間管理職:管理者・主任クラスの研修

3、第3段階 2027年～2030年～2040年へ

①本格的な地域連携推進法人への取り組み

②地域における役割分担 小さくても生き残るには強みが必要



地域連携のイメージ 音頭を取る法人とは？

必ずしも大法人・医療・社会福祉法人とは限らない

● 地域連携法人 **連携する法人・事業所が生き残る**

(2030年へのイメージ)

○ 病院・老健等機能強化へ

① 法人

病院300床
従業員300名

② 法人

老健100床
従業員70名

③ 法人

老健80床
従業員60名

○ 在宅：

24時間365日

対応の連携

A法人

小規模多機主体
従業員20名

問い合わせに対し
断らない・速やかな対応

B法人

訪問看護主体
従業員10名

C法人

看護小規模主体
従業員30名

D法人

小規模多機能主体
従業員25名

事業継続計画(BCP)作成と定期的な実践について とりあえず作成し、実践しながら修正を

●地域連携必須(数年後には新型感染症が?)

1、第1段階 各法人・事業所で作成及び実践・修正 2023年度
とりあえず作成しましょう。出来高40点程度

2、第2段階 各地域で共同開催
感染は地域(特に医療法人研修)で研修 2024年度
実践しながら修正し、40点⇒50点⇒60点⇒70点・・

3、第3段階 小学校区・中学校区の事業所協働で訓練・研修
2025年以降 一緒になって取り組みましょう

4、第4段階 市区町村単位 2027年以降



「尊厳の保持」・「自立支援と重度化防止」

LIFE(科学的介護)について

●ケアマネさんの意識改革と現場主体のプラン作成

＝アセスメントは現場、長期目標と短期目標も現場で案を作成
当たり前前に施設で「入浴」ではありません！⇒自宅で入浴を！

車いす・おむつ・ポータブル・特浴当たり前はやめよう！

1、LIFEの評価は現場(介護職)で！

状態に合わせた1月1回、2月1回・・・3月に1回(国の最低基準)

2、「通所介護・リハ」と「小規模・定期巡回」で自宅で入浴を実現しよう！

島根県松江市の社福通所介護「自宅で「できる」「したい」を実践

3、リハ室でリハビリも大事だが、**生活の場でリハビリ＝生活リハ**を

4、自宅(生活の場)を訪問しましょう

5、見守り・声掛け・一緒に話を1～10まで聞いてくれる人材確保

医療・介護・福祉OBの活用法

中高年の活用を地域で提案 ⇒安曇野での動きも参照



「今後の報酬増(インセンティブ)の確保」を逆算すると・・・
 結果を出すには**4職種**が**一体的に関わる**
利用者の意向確認(数か月かけて)

インセンティブ

報酬増

結果を出す(改善)アウトカム

実践 一体的に！
 看護・リハビリ・機能訓練
 身体介護

プランの統一
 専門職が共有する

アセスメント
 *多職種で！
 本人・家族・地域を

1、現場で多職種で利用者・家族の意向確認
 2、入院・入所時に退院・退所後の支援体制確認・確保

1、多職種でケアプラン + リハプラン
2、多職種共有化
 看護・リハビリ・介護・栄養等

看護師・セラピスト・介護士が一体的に関わる
 特にセラピスト

専門職の配置ではなく
 結果重視

あなたの現場は標準化されていますか？

～ 看護職・リハ職・介護職・ケアマネの基本技術 ～
バラバラな支援から一体的な支援とは

これからの報酬改定は「アウトカム（結果）評価」です！

①あなたの職場は

利用者に対しケアスタッフは統一・標準化されていますか？
車椅子での移乗介助等

②各職種が一体的な支援を

これまでは

各職種はバラバラの支援

これから

各職種が一体的な支援

看護職
看護だけ？

リハ職
リハ室だけ？

介護職
プラン見ない
関わらない

ケアマネ
抽象的な
プラン

○看護職
居室・生活の場での看護

○リハ職
居室・居宅・生活でのリ
ハ：介護に関わる

○介護職
キャリア段位レベル4

ケア
マネ
自立支
援型プ
ラン

生産性向上＝利益アップ＝ベースアップ

アウトカム(結果)評価への対応＝法人・地域の標準化
つまり！看護・リハ・介護・ケアマネの共有化(第1段階)

看護職 ○ PT・OT・ST ○ 介護職 ○ ケアマネ

キャリアパス

知識・技術評価、行動評価、業績評価⇒賃金表へ
(事業所・法人への貢献度等)

第3段階
人事評価

第2段階
専門性

第1段階
共有化
標準化

看護職
の
専門性

PT・OT・ST
の
専門性

介護職の専門性
医療的ケア・重度者・
認知症・自立支援に向
けた機能訓練

ケアマネ
の専門性
●ケアマネ
ジメント

キャリア段位に基づく評価項目(148項目)
4職種(看護・リハ・介護職・ケアマネ)の共有化
＝質の向上:利用者へのコミュニケーション技法・介護基礎技術
レベル3:介護過程の展開(ケアプランへの関わり)
レベル4:地域包括ケア(地域マネジメント)・リーダーシップ

第2段階
キャリア段位
(社会的評価)

レベル
登録は
介護職
のみ

看護師
リハ職
介護職
ケアマネ

第1段階
2024年改定対応
(標準化)

2024年度

レベル4

指導者

- ①理解する②実践できる
- ③指導できる

2024年度

レベル4

主任・
リーダー

- ①理解する②実践できる
- ③指導できる

2024年度

レベル3・4

中堅職員
(実務5年以上)

- ①理解する②実践できる
- ③一般職に指導できる

2025年度

レベル2②・3

一般職員(初級)

- ①理解する②実践できる

レベル2①

新人・1年未満

- ①理解する②実践できる



実践事例

実践 ①理解する ②実践できる ③教えることができる

評価 レベル登録(介護職) 指導者・介護福祉士はレベル4必須

下記マニュアルを指導者に配布・読み合わせ＝修正・オリジナル化

実践してみる。マニュアルを修正・オリジナル化。

教えることができる(共有化＝同じ指導ができる＝職員が育つ！)

●注意事項(竹重私見)マニュアルをオリジナル化する場合、

可能な限りシンプルにする！

つまり、複雑にすると読まない・実践しない＝標準化が目的

根拠のある介護マニュアル

～キャリア段位148項目対応～

平成30年1月(修正)

一般社団法人 地域ケア総合研究所作成

実践事例①小規模多機能型居宅介護

長野県伊那市:しなのさわやか福祉会・こまちの家

●ケアマネさんの意識改革と現場主体のプラン作成

＝アセスメントは現場、長期目標と短期目標も現場で案を作成

＝介護の統一:キャリア段位制度活用

1、個別援助計画は現場主体＝正職・パートが長期・短期目標(案)
による援助計画作成⇒ケアマネがチェック＝ケアプラン完成

2、管理者・ケアマネの負担減る(休日に連絡少なくなる)

職員がアセスメントしているので管理者やケアマネに問い合わせ減る

3、平均要介護度3を超えるようになった(3年前は2.3)重度者受入れ

4、利益1,200万円:2022年・23年度決算(2020年度決算までは赤字)

5、人件費比率 60%切る 職員常勤換算15.8人＝生産性向上

6、2024年以降住まいとサテライト計画(土地の確保と設計は完成)

7、個別支援手順書作成必須 ＝標準化 訪問・通い・泊り

8、利用者の軒下マップづくり ＝総合マネジメント加算1,200単位

実践事例② 認知症対応型共同生活介護（GH）

群馬県高崎市：認定NPOじゃんけんぽん（研究所井上理事の法人）

● 1ユニットでも利益確保

① 認知症通所併用（3人）

② 短期入所

③ キャリア段位指導者育成＝介護標準化

④ 事業計画・収支明確に管理者・主任に示している

⑤ 管理者・主任寺子屋（2023年度）参加・・・制度・加算算定理解力！

● 管理者・主任寺子屋から

事業所紹介の発表で・・・

加算内容を説明できない管理者が多い

食費と食材料費が理解していない

じゃんけんぽんの管理者は説明できる

食材料費の内容（朝食238円、昼食375円夕食375円＝988円

と答えられる

○ 食材料費の行政チェック今年もGHもあるかも（昨年の障害GH不正）