

第35回社会保障審議会介護給付費分科会提出資料

介護報酬・基準の見直しに関する意見

平成17年11月25日

全国老人福祉施設協議会

介護報酬・基準の見直しに関する意見

平成 17 年 11 月 25 日
全国老人福祉施設協議会

今般の介護報酬・基準の見直しは、介護保険法改正に基づく新たな制度に対応した部分と、既存サービスの報酬改定とが相互に関連する複雑な議論となった。したがって、この間の議論を踏まえた「総論」として以下のことに配慮されるよう申し述べる。

- 1) **介護予防給付、地域密着型サービスの創設**などにより、利用者からは分かり難い仕組みになっている。これらについて、十分な啓蒙と同時に、ユーザーフレンドリーな実施体制が確保されるよう弾力的な対応に配慮すべきである。
- 2) 介護予防サービス、地域密着型サービス等の実施に際しては、高コスト化、非効率化を避けるために、既存資源・事業所等の設備・人員を弾力的かつ積極的に活用するよう配慮すべきである。
- 3) **市町村に事業所指定・監督権限が委譲**される部分について、政省令・通知等の解釈とそれに基づく指導について格差が生じないよう周知・徹底をはかることが利用者に対する地域格差とならないためにも重要である。
- 4) 介護保険制度の定着と後期高齢者の増などにより、中重度の要介護者は相対的に増えており、24 時間、365 日対応の施設サービスの充実強化が求められる。その際、**介護保険と医療保険との役割分担のより明確化とともに、介護と医療の連携のあり方**、介護現場における「**医療的行為とみなされるケア**」について柔軟な対応を講じる必要がある。
- 5) 介護予防サービスにおける「**目標達成度に応じた報酬設定**」、ケアマネジメントにおける「**公正・中立かつ質の高いケアプラン作成の事業所評価**」、通所介護・通所リハビリテーションにおける「**一定規模以上の事業所について基本部分の逡減制導入**」などの**事業所評価**が提案されているが、これは医療における診療所と病院の役割分担とは異なり、同一のサービスにおける報酬格差であり結果として、利用者の選択の幅を狭めることになる。サービスの質向上を目指すのであれば、資格要件や研修などで担保すべきと考える。
- 6) **10 月からの居住費・食費改定による利用者負担増の結果**、通所介護サービスや短期入所生活介護サービスを利用できなくなっている状況が生じている。
介護老人福祉施設についても、「在宅介護の最後の拠り所」が、大きな利用者負担増により遠のいた存在になっている。制度の効率性、持続性がいわれるが、「高齢者の尊厳確保」、「介護の社会化」、「介護に伴う生活支援」が損なわれることがあってはならない。これらの是正を早急に講じるべきである。

【各論】

1. 介護老人福祉施設について

1) ユニット型個室介護老人福祉施設における報酬(居住費・食費)是正

- ・ 10月1日に施行された「施設利用における居住に関する費用を介護保険給付から除外する」にあたり、現行の介護報酬の構造を踏まえていないことが、ユニット型個室介護老人福祉施設の大幅な減収をもたらしている。
- ・ これは、施設整備における国庫等補助金に該当する減価償却費部分までも介護給付費から除外したためによる。(従来型の個室はこれを勘案している。)
- ・ 10月改定による減額分(居住費基準額)をそのまま居住費として設定することは、「国庫等補助金部分の減価償却費」を利用者に転嫁することになり、会計処理上の矛盾もあって、でき難いのである。
- ・ **食事に要する費用**では、介護老人福祉施設は4.5万円が実費相当分として支出されている。基準額の4.2万円では、賄えないのが実態である。
- ・ 少なくとも、補足給付の基準額を4.5万円とすべきである。
- ・ 介護老人福祉施設においては、「**継続して経口による食事の摂取**」を個別ケアの重点としている。これに対する評価が適正に行われるよう要件を緩和すること。

2) 重度化及びターミナルケアへの対応

- ・ 介護老人福祉施設の利用者の要介護度は優先入所制度の導入により、年々高くなり平成17年4月の平均要介護度は3.74と重度化が進行しており、後期高齢者も多く身体機能及び認知機能の重度化に伴うケア業務量の増加は顕著である。また、ターミナルケアのニーズに応えるための体制整備も必要である。
- ① 従来型施設における**グループケア**(個別ケアを基本に、入所者をグループ《ユニット》単位でケアをしていく)の体制について評価すること。
- ② 重度化による配置職員の増員、夜勤体制の強化など**人員体制の強化**を可能とする評価が必要である。
- ③ **介護職員の医療行為**について緩和するための法的な整備、研修制度を講じること。
- ④ 「**尊厳あるケア**」の観点から、本人の意思を尊重し本人、家族に対するインフォームドコンセントを行い、医療系を含めた**多職種共同**によるターミナルケアに対する評価をすること。
- ⑤ 介護老人福祉施設における**看護職の位置づけ**を見直すこと。
(現行の基準では、「入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のため」適切な措置を講じる、と規定している。一方、老人保健施設では、「入所者の自立の支援と日常生活に資するよう、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって」看護することが規定されている。)
- ・ 個室ユニット型施設についてオンコール体制、看取り体制などを標準的な基準とすることについては、弾力的な対応とすべきである。

3) 計画的な定期利用

- ・ 短期入所生活介護の稼働率を勘案すると、ミドルステイ、ロングステイなどの利用形態も検

討する必要がある。

2. 通所介護事業について

- 1) 中重度者へ報酬評価は、家族介護に対するレスパイトとしての機能、中重度者の心身機能維持など良質で決め細やかなサービス提供を充実させる上で必須である。

- 2) 規模別逓減制については、管理コスト等に着眼しただけでのスケールメリットには疑問がある。

事業所単位ごとの稼働率による影響が大きいことから、介護給付、予防給付を合わせたコスト面の適正規模(ビジネスモデル)の検証が必要ではないか。

利用者個人の状態像に応じたマネジメントならびにケアサービスが行われ、それを評価するのは当然であるが、事業所の規模によりその個別ケアに対する評価が異なるということはある。質の評価とは別次元と考える。

- 3) 送迎加算を基本部分に包括化することについては、送迎が通所介護における普遍的なサービスとなっていることからの整理と考えるが、一方、利用者ニーズにきめ細かく対応するために人員の増員や小型車両でのピストン送迎などに変わってきている。

こうした労働力投下、送迎車両等の整備という観点、また応益負担という保険制度の根幹から加算で評価することが適当と考える。

入浴加算についても同様のことが言える。

- 4) 現状の機能訓練は、個別通所介護計画を基に個別訓練計画を策定し実施されている。現行の機能訓練加算は、このような計画に沿ったサービス提供のための体制確保を評価したものであり維持されるべきである。

新予防サービスによる「運動器の機能向上」など個別プログラムが定着してくることから、医師との連携体制を確保した上で「個別リハビリテーション」を行う場合にはこれを評価する方途を開くべきと考える。

- 5) 個別の栄養ケアマネジメントや口腔機能向上の実施については、個別のサービス提供の観点から体制加算として評価すべきである。事業の効率性という観点からは、兼務、派遣契約などによる体制確保を認めるべきである。

- 6) 若年の認知症の利用者を対象とした特別のサービス提供を行う場合の加算については、若年層に対するサービス提供は、特異な行動などより高い専門性と医療との連携など高い水準を要することから加算評価を設けることが望ましい。

- 7) 医療、介護のニーズを併せ持つ在宅の中重度者に対する通所介護については、当該事業体に特化(囲い込み)されることがないようにすること。

あわせて、現在の通所介護を利用している中重度者に対し、医療ニーズへの適切な対応ができるような加算についても講じること。

3. 短期入所生活介護について

- 1) 緊急的なショートステイの対応については、現状実態として、事業所とケアマネジャーとの連携で行われており特段のニーズはないと思われる。制度の中に緊急ニーズに対応できる仕組みを構築すれば足りる。実務的視点に乏しく体制経費が

増加し効率化が図れない。

むしろ、超過定員減算の要件緩和と利用が長期にわたる場合の措置を講じるべきである。

- 2) 介護老人福祉施設における短期入所生活介護について、夜間帯に看護職員を配置するなど、医療機関等と連携し看護体制の強化を図り、医療ニーズと介護ニーズ併せ持つ在宅の中重度者受入れ体制を整備した場合の評価について異論はない。

施設看護職員配置が訪問看護体制へ移行しかねないため施設本体の職員体制に影響がないことが前提となる。

また短期入所生活介護は、その大半が介護老人福祉施設に併設されており、看護職員についても両サービスを通じての体制となっていることから、介護老人福祉施設における看護職の位置づけを見直す必要がある。

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中重度者への対応は、訪問看護等との連携だけでなく、特養ホームの看護職の位置づけ、職務についても見直しを行うべきである。

- 3) ユニット型個室の短期入所生活介護の居住費設定について、施設本体の居住費と同様に「建物全体の減価償却費等＋光熱水費」相当とすることは、在宅との逆イコールフットイングであり不合理である。短期入所の場合は、『居室部分の減価償却費等＋光熱水費』の水準に留めるべきである。
- 4) 特別養護老人ホームに併設する短期入所者生活介護については、
 - ① 短期入所者の状況(所得、状態像等)に応じて、個室・多床室の利用が可能となるように、施設本体と短期入所の居室を相互利用できるようにすること、
 - ② 地域の状況が大きく変化していることから、特別養護老人ホーム本体への転換について、引き続き認めること、
 - ③ 短期入所者生活介護のベッド数を特別養護老人ホーム本体の内数にすること、など弾力的な対応を検討する必要がある。

4. 特定施設入所者生活介護について

- 1) 特定施設の範囲を「高齢者専用賃貸住宅」のうち一定の水準を満たすものに拡大することに異論はないが、生活支援ハウスについても同様の措置を講じること。
- 2) 「外部サービス活用型」特定施設入居者生活介護について、[介護保険給付対象のうち特定施設で実施する分については基本部分として1日あたりの定額報酬。介護サービス部分については一定の限度額を設け加算部分としてサービス提供に応じた出来高を積み上げる。]案となっているが、1日定額報酬部分の程度、従来の外部サービスによる提供を含め多様な選択肢を残すなど、特定施設となる母体施設(新養護、軽費、ケアハウス、有料、賃貸住宅など)の特性を考慮した仕組みが必要である。
- 3) 人員体制について、規制緩和による安易な兼務体制で回避されることは許されない。特に、夜間体制において安否確認の必要性、緊急時の対応等があり、管理宿直か夜勤か夜間介護のあり方について慎重な検討が必要である。

平成17年11月25日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大森 彌 殿

社団法人全国老人保健施設協会
会長 漆原 章



平成18年介護報酬改定に関する意見書

今回の介護保険制度の改正及び介護報酬改定に関して、高齢者介護研究会、高齢者リハビリテーション研究会、社会保障審議会介護保険部会等で将来の方向性を見据えたさまざまな課題や提言がなされた。

その内容は、まさに現場の実状を反映しており、我々も、それら提言の趣旨に沿った介護老人保健施設の運営が、必要不可欠になっていくと認識している。

今回の介護報酬改定に当たっては、期待される介護老人保健施設の運営が円滑に行えるよう、以下、具体的事項について意見を述べる。

介護報酬改定に関する意見

社団法人全国老人保健施設協会

1. 介護事業経営実態調査の分析方法

- 1) 介護保険施設は介護保険法という同一の法律によってその報酬等が定められているが、その設置主体により税制は大きく異なり、単に税引き前の経常利益のみで経営状況の判断はできないのは明らかである。介護事業経営実態調査の分析においては、税引き前の経常利益ではなく、キャッシュフローを経営指標として用い、介護報酬改定の基礎とすべきである。

2. 食費の基準費用額

- 1) 平成17年10月1日開始した食費の「基準費用額」の設定では、医療法人老健施設のキャッシュフローはマイナスに転じる。食事については単に1日の栄養価を満たせばよいというだけではなく、食の楽しさ、おいしさを考慮していただき、基準費用額1,380円の妥当性について再度検討すべきである。

3. 介護老人保健施設のリハビリテーション機能の強化と再編

- 1) 要介護状態の重度化防止の観点から、従来のリハビリテーション機能強化加算を継続し評価すべきである。
- 2) 在宅復帰を促進し、維持期リハビリテーション施設としての機能を果たすため、身体障害及び認知症を対象とした個別かつ集中的なリハビリテーションを積極的に評価する報酬体系とすべきである。

4. 在宅生活支援機能の強化と積極的評価

- 1) 通所リハビリテーションの内容を個々の利用者の状態像にあった形で提供できるよう再編するとともに、介護老人保健施設からの訪問リハビリテーションについて、積極的に行えるよう報酬上の評価を行うべきである。
- 2) 介護予防事業に対しても、介護老人保健施設が積極的に取り組めるための条件整備を行うこと。また、専門職がチームを組んで住民の身近なところに向いて、介護予防事業等が行えるような制度を創設すべきである。

5. 介護老人保健施設において実施される医療の評価

- 1) 介護老人保健施設等の集団的ケアを提供する場においては、結核等感染症の予防や早期発見は重要な課題となっており、その適切な対応のため、入所時や施設内における年1回程度の検査などの「感染症対策管理加算（仮称）」を新設すべきである。
- 2) 専門的な診断技術や機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科、婦人科等の他科受診、また、専門医が継続して診療することが望ましいと考えられる難病外来指導管理料の対象疾患、皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ・Ⅱ）の対象疾患、悪性新生物については、全面的に医療保険で対応すべきである。
- 3) 他に有効な薬剤がない、あるいはエビデンスにより社会的要望が強いが、高額なため包括給付になじまない薬剤は包括外とすべきである。
- 4) 癌終末期等の入所利用者に対し、その希望に基づきターミナルケアを実施した場合に対する適切な報酬を新設すべきである。

以上

平成16年度介護老人保健施設のキャッシュフロー

科目	128施設		128施設				128施設				128施設			
	1. 全体		77施設		51施設		98施設		30施設		111施設		17施設	
	金額(単位円)		金額(単位円)		金額(単位円)		金額(単位円)		金額(単位円)		金額(単位円)		金額(単位円)	
平均入所定員 89.2床 平均通所定員 29.6床														
	平成16年度		平成16年度		平成16年度		平成16年度		平成16年度		平成16年度		平成16年度	
I 業務活動によるキャッシュフロー														
事業収入	451,163,316	100.0%	468,536,116	100.0%	424,933,793	100.0%	454,817,028	100.0%	439,227,857	100.0%	457,049,585	100.0%	412,729,442	100.0%
事業支出	-374,094,552		-389,040,130		-351,529,661		-377,004,654		-364,588,221		-376,108,494		-360,944,700	
消費税等支出	-284,502		-202,721		-407,977		-320,116		-168,165		-209,936		-771,380	
小計	76,784,262	17.0%	79,293,266	16.9%	72,996,155	17.2%	77,492,258	17.0%	74,471,471	17.0%	80,731,155	17.7%	51,013,362	12.4%
事業外収入	8,157,062		8,821,996		7,153,143		7,920,913		8,928,483		8,530,714		5,717,336	
事業外支出	-5,386,110		-4,122,558		-7,293,825		-4,952,262		-6,803,344		-6,001,564		-1,367,549	
利息及び配当金の受取額	151,123		96,259		233,956		177,631		64,531		77,892		629,280	
利息の支払額	-10,973,665		-11,829,952		-9,680,839		-10,488,113		-12,559,802		-12,460,392		-1,266,211	
法人税等の支払額	-3,520,416	0.8%	-5,558,852	1.2%	-442,778	0.1%	-4,024,671	0.9%	-1,873,184	0.4%	-3,473,325	0.8%	-3,827,895	0.9%
業務活動によるキャッシュ・フロー①	65,212,256	14.5%	66,700,159	14.2%	62,965,812	14.8%	66,125,756	14.5%	62,228,155	14.2%	67,404,490	14.7%	50,898,323	12.3%
II 投資活動によるキャッシュ・フロー														
有価証券の取得による支出	-542,627		-120,935		-1,179,299		-95,115		-2,004,500		-355,327		-1,765,588	
有価証券の売却による収入														
有形固定資産の取得による支出	-21,480,329		-23,003,893		-19,180,047		-26,088,470		-6,433,602		-23,138,486		-10,653,542	
有形固定資産の売却による収入	58,446		88,054		13,745		67,858		27,700		61,134		40,896	
貸付けによる支出	-3,736,302		-3,126,048		-4,657,665		-4,742,165		-450,483		-4,178,530		-848,813	
貸付金の回収による収入	2,056,265		2,430,051		1,491,920		2,553,218		432,883		1,836,266		3,492,728	
補助金	1,017,847		320,095		2,071,314		547,198		2,555,300		1,173,733			
その他の支出	-3,159,036		-4,382,930		-1,311,194		-4,042,728		-272,307		-2,751,667		-5,818,911	
投資活動によるキャッシュ・フロー②	-25,785,736		-27,795,606		-22,751,226		-31,798,204		-6,145,009		-27,352,877		-15,553,230	
III 財務活動によるキャッシュ・フロー														
短期借入金の純増減額	1,790,318		2,746,481		346,899		1,043,090		4,231,263		2,064,511			
長期借入れによる収入	43,578,975		35,111,331		56,363,457		43,143,967		45,000,000		50,073,052		1,176,471	
長期借入金の返済による支出	-71,166,725		-69,521,854		-73,650,157		-65,555,514		-89,496,682		-81,164,771		-5,885,367	
内部振替による資金増減	-4,083,221		-9,681,662		4,369,327		-4,122,796		-3,953,942		-1,123,559		-23,408,073	
財務活動によるキャッシュ・フロー③	-29,880,653		-41,345,704		-12,570,674		-25,491,253		-44,219,361		-30,150,767		-28,116,969	
IV 現金等の増減額④(①+②+③)	9,545,867		-2,441,151		27,643,912		8,836,299		11,863,785		9,900,836		7,228,124	
V 現金等の期首残高⑤	127,048,978		77,829,556		201,360,656		142,625,653		76,165,176		117,466,378		189,617,722	
VI 現金等の期末残高⑥(④+⑤)	136,594,845		75,388,405		229,004,568		151,461,952		88,028,961		127,367,214		196,845,846	
長期借入金返済額(収支差額)	27,587,750		34,410,524		17,286,700		22,411,547		44,496,682		31,091,719		4,708,896	
IV 現金等の増減額④+内部振替-短期借入金増加額	11,838,770		4,494,030		22,927,886		11,916,005		11,586,464		8,959,884		30,636,197	

改正介護保険法10月施行後の緊急実態調査

集計（速報）

平成17年11月22日

調査期間： 平成17年11月2日～11月18日
回収数： 1,061 件
有効票数： 384 施設

	平成17年9月	平成17年10月	N値	差異	割合
1 介護保険施設介護料収益	28,782,451円	24,349,721円	384施設	-4,432,731円	
2 居宅介護料収益	7,187,182円	6,723,836円	383施設	-463,346円	
3 居宅介護支援介護料収益	781,988円	788,827円	147施設	6,839円	
4 利用者等利用料収益	1,671,380円	4,854,917円	379施設	3,183,537円	
5 その他の事業収益	108,777円	111,046円	70施設	2,269円	
総計	38,531,778円	36,828,346円		-1,703,432円	-4.4%

※9月、10月共に記入のあった施設を集計。
各項目の合計値の整合性が取れていないものは削除した。
すべて0及び空欄を除く平均値を集計。

平成17年11月25日

社会保障審議会
介護給付費分科会会長 殿

日本療養病床協会
会長 木 下



介護報酬改定に関する要望

かつて「点滴漬け、検査漬け、薬漬け」といった批判のあった老人医療は平成2年から包括医療となった。粗診・粗療になり日本人の寿命が縮むといわれたが、日本人の寿命・健康寿命とも世界一となっている。これは包括医療で効率的な医療・ケアを一体的に行ってきた成果と考える。患者さん本人の尊厳を考え、ターミナルでも残された人生をいかに価値ある生涯を送るかという観点で取り組んできた成果と考える。介護保険開始後も介護療養型医療施設では介護と医療が同時に提供できる施設として存在してきた。今後はいっそうその特徴を生かし、在宅や他の介護保険施設で対応困難になった患者さんの入院施設としていっそうの機能充実に努めたい。

介護保険における介護療養型医療施設の特徴を明確化し利用者へのサービスの質の向上を図るためには以下の項目が重要と考える。これらの特徴を生かした介護保険施設として、介護療養型医療施設は質の向上に真剣に取り組むべきであり、当日本療養病床協会は会員に徹底し努力をいたしたいと考えている。また、実現に向けては次期介護報酬改定において人員配置の評価や報酬のあり方を考慮されることを要望する。

1. 介護職員の配置基準の見直し

先の改定で介護療養型医療施設の介護職員の3:1配置が削除されたが、その復活が必要である。ケアの質や安全は人の目や手の数によるところが大きく、特に夜間の人員を確保するためには最低3:1の介護職員が必要である。

2. リハビリテーション機能の充実

入院患者の状態を医療チーム（医師、看護師、リハビリスタッフ等）で正確に把握し、適切なリハビリテーションを実施し機能回復を図る。また、要介護度の進行を抑える。

在宅で機能が衰えた人にもリハビリテーションを行い、できるだけ長く在宅生活ができるようにする。

このためには以下の項目が必要である。

施設基準の獲得 : 理学療法Ⅱ、作業療法Ⅱ、言語聴覚療法Ⅱ以上
病棟におけるリハビリテーションの実施
アセスメント実施とケアプランとの連動
チームケアの推進

3. 在宅支援機能

24時間医師、看護師がいる事を生かし在宅で困難が生じた場合にはいつでも入院を受け入れる。

地域の医療機関や介護保険施設との連携を図る。
介護療養型医療施設入院時の在宅の主治医との関係
オープン化を図る。

4. 施設の介護支援専門員の業務の確立。

在宅との連携を図る。
チームケアの推進

5. 医療ソーシャルワーカーの必置

スムーズな入院や退院を調整し、在宅サービスとの連携を図るとともに、上記のリハビリテーションおよび在宅支援機能を補強するため、入院患者100人あたり1人程度の医療ソーシャルワーカーを配置する。
介護支援専門員との連携を図る。

6. 療養環境の整備

療養病床の今後の新規開設については、1床あたり8㎡以上とし、個室ユニット化を推進する。既存のものも経過措置を経て療養環境の向上を目指す。