

平成27年度介護保険法改正に向けて

執筆者：関西国際大学 教育学部教授（学長補佐） 長谷憲明 氏

医療・介護総合推進法(正式名称「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」)が、平成26年6月18日に成立しました。

平成27年4月から順次施行される改正介護保険法では、①地域包括ケアシステムの構築 と、②費用負担の公平化 が大きなトピックで、介護保険制度のなかで地域に求められる役割のさらなる増大が見込まれるとともに、自己負担や保険料の見直しが大きな話題となっています。

本特集では、3回に分けて、法改正の内容や、執筆者の視点でとらえた今後の課題などについて、事例等を用いて、できるだけ分かりやすくお伝えします。

執筆者紹介

長谷 憲明(ながたに よしはる)氏

1970年から2002年3月まで東京都の職員として福祉事務所勤務、保護課、障害、高齢、企画等の仕事に従事し退職。同年4月～2008年度 関西国際大学経営学部教授、2009年度～2011年度 同大学客員教授(学長特別補佐)、2012年4月からは、同大学教育学部教授(学長補佐)に着任。そのほか、2005年度～2011年度 明治大学公共政策大学院ガバナンス研究科兼任教員、2009年度～2011年度 公益財団法人東京都福祉保健財団事業者支援部参与。

現在、大学で教鞭を執るかたわら、地域研究所等において社会福祉に関わる取り組みを多数行っている。単著『新しい介護保険のしくみ』(発行:瀬谷出版)、共著『[介護支援専門員養成研修教本 基礎編 四訂版](#)』、『[通所介護等の仕事](#)』([通所介護等検討会 編](#))(発行:公益財団法人東京都福祉保健財団)など。

第3回 平成27年度介護報酬改定の方向について

平成27年2月3日掲載

1 はじめに

* 介護報酬の改定内容が示される前の段階ですので、考える材料としては「[平成26年介護保険制度改正](#)」、「[介護報酬改定の考え方 \(平成26年12月19日第117回厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会資料\)](#)」及び平成26年12月26日に公表された「[介護報酬算定構造のイメージ \(案\)](#)」([外部リンク「WAM NET」該当ページへ](#))を参考に方向について検討します。

* 今回の介護報酬の改定は、報道等によれば基本的に減額改定です。特に「平成26年度介護事業経営実態調査結果の概要 (案)」([第110回厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会資料1](#))で示された[介護保険事業収入の収支差率が大きいサービス](#)、特定施設入居者生活介護12.2%、認知症対応型共同生活介護11.2%、通所介護10.6%、介護老人福祉施設8.7%、介護療養型医療施設(病院)8.2%等については、相対的に減額幅が大きくなると思われます。

* 今回の改定で、**基本報酬部分で減額し、その減額を、加算等で取り戻す形**がみこまれ、加算等によるサービス内容の誘導が行われるとともに、加算へ対応したサービス提供を行わないと事業所の収支が悪化すると思われる。

* 在宅重視の中、介護保険サービスの充実のためには、介護人材の確保、介護サービスの質の確保等が課題となっていますが、その中で**職員の待遇の改善がどのように図れるか**が課題です。現在でも、介護サービス従事者の賃金等が他の産業平均と比較して低いといわれる中で、介護報酬の減額が予定され、「処遇改善加算」等が措置されるとしても、厳しい環境に変わりはないと思われます。

表 各サービスの収支差率

(第110回厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会資料1を基に作成)

	収支差率
介護老人福祉施設	8.7%
地域密着型介護老人福祉施設	8.0%
介護老人保健施設	5.6%
介護療養型医療施設(病院)	8.2%
認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)	11.2%
訪問介護(介護予防を含む)	7.4%
夜間対応型訪問介護	3.8%
訪問入浴介護(介護予防を含む)	5.4%
訪問看護ステーション(介護予防を含む)	5.0%
訪問リハビリテーション(介護予防を含む)	5.3%
通所介護(介護予防を含む)	10.6%
認知症対応型通所介護(介護予防を含む)	7.3%
通所リハビリテーション(介護予防を含む)	7.6%
短期入所生活介護(介護予防を含む)	7.3%
居宅介護支援	△1.0%
福祉用具貸与(介護予防を含む)	3.3%
小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	6.1%
特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)	12.2%
地域密着型特定施設入居者生活介護	6.8%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0.9%
複合型サービス	△0.5%

* そこで、最初に過去の介護報酬改定の経緯を、入所系と在宅系に分けて見てみます。

表 過去の改定状況(下段は平成12年を100とした伸び率)

	介護報酬改定率(%)				
	平成12年	平成15年度	平成18年度	平成21年度	平成24年度
在宅系		0.1	-1.0	1.7	1.0
伸び率	100	100.1	99.1	100.8	(イ)101.8
施設系		-4.0	-4.0	1.3	0.2
伸び率	100	96.0	92.2	93.4	(ロ)93.5
合計		-2.3	-2.4	3.0	1.2
伸び率	100	97.7	95.4	98.2	(ハ)99.4

※資料は厚労省発表の改定率から作成、27年度は減額改定が想定されている。

* 左表のように、在宅系は平成12年度に比較して平成24年度には1.8%改善されていますが(イ)、施設系では6.5%減です(ロ)。全体でもわずかに下回る結果となっています(ハ)。

* 以上のように、平成12年度の介護保険創設以来14年が経過するなかで、介護報酬額の伸びは、全体では平成12年度比99.4%と減です(ハ)。今回が減額改定ですから、**平成12年度の水準以下**の介護報酬額となります。

2 介護報酬改定の方向

2-（1）平成27年度介護保険制度改正のポイント

* 介護報酬の改定は、今回の介護保険制度の改正を具体化するものとして行われます。

① 地域包括ケアシステムの構築

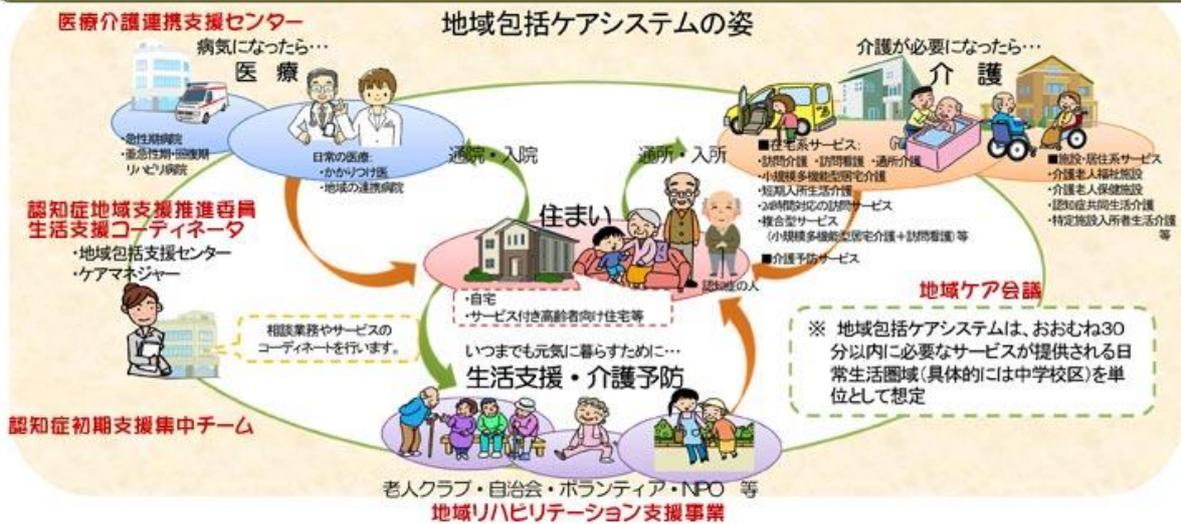
- ・ 重度の要介護者、医療を必要とする要介護者等を、在宅で支える仕組みとしての「**地域包括ケアシステム**」の構築が最大の課題です。特に、**在宅で暮らす中重度者**への対応の仕組みをどのように作るかが課題となります。
- ・ その一方で、要支援等の軽度者について、訪問介護と通所介護について予防給付の対象から外し、新たに創設する**介護予防・日常生活総合支援事業**（**地域支援事業**／創設年度は保険者判断で、経過措置がある。）にシフトさせ、そのケアの担い手としては、専門職ではない地域の住民や一般雇用者を想定して、費用の切り下げを図っています。

② 地域包括ケアシステムの仕組み作りのために、**在宅医療・介護連携支援センター**の創設、**認知症初期集中支援チーム**の創設、**地域ケア会議**の開催の努力義務化等に加えて、**認知症地域支援専門員**の配置や、介護保険以外の地域の社会資源の発掘・開発等を行う、一種のコミュニティソーシャルワーカーともいえる**生活支援コーディネーター**の配置等を新たに位置づけるとともに、介護予防・リハビリの観点から、**地域リハビリテーション支援事業**を創設します。

図 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



(厚生労働省資料を一部加工 (元資料

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/))

③ 退院・退所の促進

- ・平成26年度の医療費改定で退院促進が図られ、また**老人保健施設**等からの退所促進が行われていますが、今後加算等による一層の推進が図られる見込みです。

④ 特別養護老人ホーム入所対象者を原則として要介護3以上に

- ・施設の効率的利用、中重度者への対応強化のために、**特別養護老人ホーム**の対象者を要介護3以上と限定。なお、要介護1、2の者については、在宅サービスでの対応と居宅系入所施設である**認知症グループホーム**や特定施設、小規模多機能生活介護等による対応が期待されています。

⑤ 訪問介護及び通所介護を利用している要支援1及び2の者(認定者総数の27%程度)について、

予防給付の対象外として「**新しい地域支援事業の対象**」とします。そのサービスの担い手は、必ずしも介護専門職だけでなく、一般雇用者や地域の住民等が担う方向です。こうすることで、事業費の圧縮が図れます。

⑥ その他、一定額以上の所得者に対する利用料負担2割の導入、施設入所者への補足給付に資産要件の導入や世帯分離の見直し等及び介護保険料の負担割合の幅の拡大等が行われます。

2 - (2) 介護報酬改定のポイント

* 今回の介護報酬の改定は、上記のような制度改正を具体的に担保するものとして行われます。

* 総論としては、「増加が見込まれる高齢者の地域における暮らしを支えるためには、介護サービスの充実とともに、団塊の世代が全て75歳以上となり、医療ニーズを併せ持つ要介護者の増加が見込まれる2025年に向けて、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保された「地域包括ケアシステム」を構築していくことが喫緊の課題」との認識を示し、具体策として「在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの充実などを市町村が行う地域支援事業に位置づけるとともに、(略)介護予防訪問介護と介護予防通所介護を、市町村が行う地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)に移行する」とし、**介護保険制度設計についての市町村の関与を強化**しました。
(注 このしくみは、市町村の取り組み姿勢の差が生じるしくみとなっています。)

* その上で、平成27年度の介護報酬改定の基本的考え方を次の三点に集約しました。

- ① 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応のさらなる強化
 - ・ 在宅医療・介護連携の推進、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員の設置等(注 これらの事業は地域支援事業において行われる。)
 - ・ 在宅において高齢者が自立した生活を送るためには、生活機能の維持・向上を図るとともに、生活機能の低下を防ぐことが重要であり、**リハビリテーションについては「心身機能」へのアプローチのみならず、「活動」や「参加」と言った要素を強化し、社会とのつながりが維持された在宅生活を継続できるよう支援**(注 リハビリテーション重視の考え方は、27年度以降のサービス提供の大きな方向で、加算等で評価される。)
- ② 介護人材対策の推進
 - ・ 質の高い介護人材を確保するとともに、効果的・効率的に配置するという観点
 - ・ **要介護者へのサービスは専門職による提供**であり、専門性の高い人材をいかに確保していくかが課題(※要支援者へのサービスについて、訪問介護と通所介護は一般雇用者や地域住民等を含むサービス提供に切り替わる予定)
- ③ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築
 - ・ 限りある資源を有効に活用するためには、より効果的で効率的なサービスを提供することが求められる。
 - ・ サービスの運営実態も踏まえつつ、**必要な適正化**にも取り組む必要がある(※平成26年度介護事業経営実態調査結果の概要を参照、減額の根拠の一つ)とされている。

3 各論(訪問介護、通所介護、認知症対応型共同生活介護)

* 個別のサービスを見ることで、もう少し具体的に改正の内容をみていきます。

3-1 (1) 訪問介護費

- 訪問介護の見直しについて、審議報告案には次のように方向性が示されています。

(20 分未満の身体介護の見直し)

- ① 在宅における中重度の要介護者の支援を促進するため、訪問介護における**身体介護の時間区分の1つとして「20 分未満」を位置づける。**

また、現行の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を受けている」又は「実施に関する計画を策定している」場合について、日中と夜間・深夜・早朝の算定要件を共通のものとした上で、算定対象者を見直し、要介護1及び要介護2の利用者については、認知症等により、短時間の身体介護が定期的に必要と認められる場合には、算定を可能とする（要介護1及び要介護2の利用者に対する「20 分未満の身体介護」の算定については、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を受けている」訪問介護事業所に限る。）。

この場合には、従前どおり、前回提供した訪問介護から概ね2時間以上の間隔を空けることを求めないが、「20 分未満の身体介護」を算定する利用者に係る1月あたりの訪問介護費は、定期巡回・随時対応型訪問介護費（I）（訪問看護サービスを行わない場合）における当該利用者の要介護度に対応する単位数の範囲内とする。

(サービス提供責任者の配置基準等の見直し)

- ② **中重度の要介護者を重点的に受け入れるとともに、人員基準を上回る常勤のサービス提供責任者を配置する事業所について、特定事業所加算による加算を行う。**また、複数のサービス提供責任者が共同して利用者に関わる体制が構築されている場合や、利用者情報の共有などサービス提供責任者が行う業務の効率化が図られている場合には、**サービス提供責任者の配置基準を利用者50人に対して1人以上に緩和する。(配置基準の緩和は、コストの削減になり、減額の理由の一つになる。)**
- ③ サービス提供責任者の任用要件について、介護福祉士への段階的な移行を進めるため、**平成27年4月以降は訪問介護員2級課程修了者であるサービス提供責任者に係る減算割合を引き上げる(訪問介護員2級課程修了者であるサービス提供責任者に係る減算の取扱い)。**ただし、減算が適用される訪問介護事業所が、人員基準を満たす他の訪問介護事業所と統合し出張所（いわゆる「サテライト事業所」）となる場合は、平成29年度末までの間、減算適用事業所を統合する訪問介護事業所全体について、当該減算を適用しないこととする。

(生活機能向上連携加算の拡大)

- ④ 自立支援型サービスとしての機能強化を図るため実施している、生活機能向上連携加算について、通所リハビリテーションのリハビリテーション専門職が利用者の居宅を訪問する際に**サービス提供責任者が同行する等により、リハビリテーション専門職と共同して、利用者の身体状況等を評価し、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合について、新たに加算対象とする。**

(訪問介護と新総合事業を一体的に実施する場合の人員等の基準上の取扱い)

- ⑤ 訪問介護事業者が、訪問介護及び新総合事業における第一号訪問事業を、同一の事業所において、一体的に実施する場合の人員、設備及び運営の基準については、**訪問介護及び介護予防訪問介護を一体的に実施する場合の現行の基準に準ずるものとする。**

○ 介護報酬算定構造イメージ図でみると次のようになります。

基本部分		注 身体介護の(2)～(4)に引き続き生活援助を行った場合	注 介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合	注 事業所と同一の建物に居住する利用者30人以上にサービスを行う場合事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 2人の訪問介護員等による場合	注 夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合	注 特定事業所加算	注 特別地域訪問介護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 緊急時訪問介護加算
イ 身体介護	(1) 20分未満 (〇〇単位)	所要時間が20分から起算して25分を増すごとに+〇〇単位 (〇〇単位を限度)	×〇〇 / 100	×90 / 100	×〇〇 / 100	夜間又は早朝の場合+〇〇 / 100 深夜の場合+〇〇 / 100	特定事業所加算(I)+〇〇 / 100 特定事業所加算(II)+〇〇 / 100 特定事業所加算(III)+〇〇 / 100 特定事業所加算(IV)+〇〇 / 100	+〇〇 / 100	+〇〇 / 100	+〇〇 / 100	1回につき+〇〇単位
	(2) 20分以上30分未満 (〇〇単位)			×〇〇 / 100							
	(3) 30分以上1時間未満 (〇〇単位)										
	(4) 1時間以上(〇〇単位に30分を増すごとに+〇〇単位)										
ロ 生活援助	(1) 20分以上45分未満 (〇〇単位)	×〇〇 / 100	×〇〇 / 100	×〇〇 / 100	×〇〇 / 100	×〇〇 / 100	×〇〇 / 100	×〇〇 / 100	×〇〇 / 100	×〇〇 / 100	
(2) 45分以上 (〇〇単位)											
ハ 通院等乗降介助 (1回につき 〇〇単位)											
ニ 初回加算 (1月につき +〇〇単位)											
ホ 生活機能向上連携加算 (1月につき +〇〇単位)											
ヘ 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算 (I) (1月につき + 所定単位×(〇〇+〇〇) / 1000)	注 所定単位は、イからホまでにより算定した単位数の合計									
	(1+2) 介護職員処遇改善加算 (I+II) (1月につき + 所定単位×〇〇 / 1000)										
	(23) 介護職員処遇改善加算 (II-III) (1月につき (1+2)の〇〇 / 100)										
	(34) 介護職員処遇改善加算 (III-IV) (1月につき (1+2)の〇〇 / 100)										

平成27年4月改定箇所

特別地域訪問介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、介護職員処遇改善加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ 緊急時訪問介護加算の算定時に限り、身体介護の(1)20分未満に引き続き、生活援助を行うことも可能。

(「介護報酬算定構造のイメージ(案)」(外部リンク「WAM NET」該当ページへ)を一部抜粋・加工)

- ◇見直し等が行われる加算減算としては、同一建物居住の利用者数が 30 人から 20 人と減員になり、減額幅も 90/100 から変更の可能性がある。
- ◇特定事業所加算について、新たにⅣが設けられる。
- ◇介護職員処遇改善加算は、各サービス共通で、新たにⅠが設けられ、4 区分となる。
- ◆基本部分の初回加算、生活機能向上訓練加算の 2 加算及び 4 区分の介護職員処遇改善加算に加え、特定事業所加算、特別地域訪問介護加算、中山間地域における小規模事業所加算、中山間地域に居住する者へのサービス提供加算、緊急訪問介護加算の 5 種類の加算があります。その他、早朝夜間のサービス提供、2 人の訪問介護員によるもの等の基準があります。

3－（2）通所介護費

（在宅生活の継続に資するサービスを提供している事業所の評価）

- ① 認知症高齢者や重度の要介護者が増加していくことが見込まれる中で、在宅生活を継続するためには、「認知症対応機能」、「重度者対応機能」、「心身機能訓練から生活行為力向上訓練まで総合的に行う機能」を充実させる必要がある。

このような観点から、認知症高齢者や重度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、介護職員又は看護職員を指定基準よりも常勤換算方法で複数以上加配している事業所について、加算として評価する。

（心身機能訓練から生活行為向上訓練まで総合的に行う機能の強化）

- ② 地域で在宅生活が継続できるよう生活機能の維持・向上に資する効果的な支援を行う事業所を評価するため、現行の個別機能訓練加算の算定要件について、居宅を訪問した上で計画を作成することを新たな要件として加えるとともに、加算の評価の見直しを行う。

（地域連携の拠点としての機能の充実）

- ③ 利用者の地域での暮らしを支えるため、医療機関や他の介護事業所、地域の住民活動等と連携し、通所介護事業所を利用しない日でも利用者を支える地域連携の拠点としての機能を展開できるように、生活相談員の専従要件を緩和し、事業所内に限った利用者との対話を主体とした相談業務のみならず、サービス担当者会議に加えて地域ケア会議への出席などが可能となるようにする。

（小規模型通所介護の基本報酬の見直し）

- ④ 小規模型通所介護の基本報酬について、通常規模型事業所と小規模型事業所のサービス提供に係る管理的経費の実態を踏まえ、評価の適正化を行う。

通所介護事業者が、通所介護及び新総合事業における第一号通所事業を、同一の事業所において、一体的に運営する場合の人員、設備及び運営の基準については、通所介護及び介護予防通所介護を一体的に実施する場合の現行の基準に準ずるものとする。

（夜間及び深夜のサービスを実施する場合の運営基準の厳格化）

- ⑤ 通所介護事業所の設備を利用して、介護保険制度外の夜間及び深夜のサービス（宿泊サービス）を実施している事業所については、届出を求めるとし、事故報告の仕組みを設けるとともに、情報公表を推進する。

- 介護報酬算定構造イメージ図でみると、平成28年4月1日からの小規模型通所介護の地域密着型への移行に伴い、28年3月31日までの基準と、28年4月1日からの基準の二通りの基準の枠組みが示されています。

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	
		利用者の数が利用定員を超える場合	看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合	7時間以上9時間未満の通所介護の前後に日常生活上の世話をを行う場合	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	入浴介助を行った場合	認知症高齢者受入強化加算(仮)	重度要介護者受入体制加算(仮)	個別機能訓練加算(Ⅰ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)	若年性認知症利用者受入加算	栄養改善加算	口腔機能向上加算	事業所と同一建物に居住する者又は若しくは同一建物から利用する者に通所介護を行う場合又は事業所が送迎を行っていない場合	事業所が片道のみ送迎を行った場合	個別送迎体制強化加算(仮称)	入浴介助体制強化加算(仮称)
イ 小規模型通所介護費	(1) 3時間以上6時間未満	×〇〇/100	×〇〇/100	×〇〇/100	+〇〇/100	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1日につき-〇〇単位	1日につき-〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	
	(2) 5時間以上7時間未満			×〇〇/100														②と同様
	(3) 7時間以上9時間未満			×〇〇/100														②と同様
	①と同様			×〇〇/100														②と同様
ロ 通常規模型通所介護費	(1) 3時間以上6時間未満	×〇〇/100	×〇〇/100	×〇〇/100	+〇〇/100	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1日につき-〇〇単位	1日につき-〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	
(2) 5時間以上7時間未満	×〇〇/100			②と同様														
(3) 7時間以上9時間未満	×〇〇/100			②と同様														
ハ 大規模型通所介護費(Ⅰ)	(1) 3時間以上6時間未満	×〇〇/100	×〇〇/100	×〇〇/100	+〇〇/100	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1日につき-〇〇単位	1日につき-〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	
(2) 5時間以上7時間未満	×〇〇/100			②と同様														
(3) 7時間以上9時間未満	×〇〇/100			②と同様														
ニ 大規模型通所介護費(Ⅱ)	(1) 3時間以上6時間未満	×〇〇/100	×〇〇/100	×〇〇/100	+〇〇/100	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1日につき-〇〇単位	1日につき-〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	
(2) 5時間以上7時間未満	×〇〇/100			②と同様														
(3) 7時間以上9時間未満	×〇〇/100			②と同様														
ホ 療養通所介護費	(1) 3時間以上6時間未満(〇〇単位)	×〇〇/100	×〇〇/100	×〇〇/100	+〇〇/100	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1回につき+〇〇単位(月2回を限度)	1日につき-〇〇単位	1日につき-〇〇単位	1日につき+〇〇単位	1日につき+〇〇単位	
(2) 6時間以上8時間未満(〇〇単位)	×〇〇/100			②と同様														
ヘ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1回につき 〇〇単位を加算)																	
	(4) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1回につき 〇〇単位を加算)																	
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1回につき 〇〇単位を加算)																	
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1回につき 〇〇単位を加算)																	
	(4) サービス提供体制強化加算(Ⅳ) (1回につき 〇〇単位を加算)																	
ト 介護報酬加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき + 所定単位×(〇〇+〇〇)/100)	注 所定単位は、イからへまでにより算定した単位数の合計																
	(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき + 所定単位×〇〇/100)																	
	(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき + (4)の〇〇/100)																	
	(4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき + (4)の〇〇/100)																	

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目

平成27年4月改定箇所

「介護報酬算定構造のイメージ(案)」
[\(外部リンク「WAM NET」該当ページへ\)](#) を
 一部抜粋・加工

28年3月31日までの算定構造の枠組みをみると

◇認知症高齢者受入強化加算（仮称）の新設

◇重度要介護者受入強化加算（仮称）の新設

◇個別送迎体制強化加算（仮称）の新設

◇入浴介助体制強化加算（仮称）の新設

等があり、送迎については、同一建物で送迎を行っていない場合及び事業所が片道のみを行った場合の減算枠（？）が二つ示されています。

◆基本部分のサービス提供体制加算（4区分）と介護職員処遇改善加算に加え、**認知症高齢者受入強化加算、重度要介護者受入強化加算（仮称）、個別機能訓練加算（2種類）、若年性認知症受入加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算、送迎を行っていない場合、片道送迎の場合、個別送迎体制強化加算（仮称）、入浴介助体制強化加算（仮称）** 11種類の加減算の枠が示されています。

先に述べたとおり、通所介護は収支差率が10.6%と大きく、全体の減額幅は大きいことが予想され、加算に十分対応できる体制をつくらないと厳しい結果になることが想定されます。

○ 平成28年4月1日からの変更として大きいのは、基本部分から、小規模型通所介護費（利用定員18人以下）と療養通所介護費が無くなることです。それらに関連して、全体を通じた見直し・適正化が行われる可能性があります。

3－（3）認知症対応型共同生活介護費

- 基準案では次の通り、看取り加算の充実及び夜間体制の強化が述べられています。

（夜間の支援体制の充実）

- ① 夜間ケア加算について、夜間における利用者の安全確保の強化を更に推進する観点から、事業所における夜間勤務体制の実態を踏まえ、現在は**評価の対象となっていない宿直職員による夜間の加配を新たに評価**する。

（看取り介護加算の充実）

- ② 看取り介護加算については、利用者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、認知症対応型共同生活介護における看取り介護の質を向上させるため、以下のとおり**新たな要件を追加し、死亡日以前4日以上30日以下における手厚い看取り介護の実施を図る**。
 - （ア）利用者の日々の変化を記録し、多職種で共有することによる連携を図り、看取り期早期からの利用者及びその家族等の意向を尊重しながら、看取り介護を実施すること
 - （イ）介護記録、検査データその他の利用者に係る資料により、利用者の心身の状態の変化及びこれに対する介護について、利用者及びその家族等への説明を適宜実施すること
 - （ウ）事業所における看取り介護の体制構築・強化をPDCA サイクルにより推進すること

（ユニット数の見直し）

- ③ 認知症対応型共同生活介護事業者が効率的にサービスを提供できるよう、現行では「1又は2」と規定されているユニット数の標準について、新たな用地確保が困難である等の事情がある場合には**3ユニットまで差し支えないことを明確化**する。

（同一建物に併設できる施設・事業所の範囲の見直し）

- ④ 認知症対応型共同生活介護事業所と同一建物に併設できる施設・事業所については、家庭的な環境と地域住民との交流の下、認知症対応型共同生活介護が適切に提供されるものと認められる場合には、併設を可能とする。

- 算定構造イメージ図でみると、新加算としては、夜間支援体制加算（Ⅰ）と（Ⅱ）（それぞれ仮称）が創設されている以外は従前通りとなっています。

基本部分		注 夜勤を行う職員 の勤務条件基 準を満たさない 場合	注 利用者の数 が利用定員 を超える場合	注 介護従業者 の員数が基 準を満たさ ない場合	注 夜間ケア加 算(Ⅰ)	注 夜間ケア加 算(Ⅱ)	注 夜間支援体 制加算(Ⅰ)※ 仮称	注 夜間支援体 制加算(Ⅱ)※ 仮称	注 認知症行動 心理症状緊 急対応加算	注 若年性認 知症利用 者受入加 算
イ 認知症対応 型共同生活 介 護費 (1日につき)	(1) 認知症対応型共同 生活介護費(Ⅰ) (2) 認知症対応型共同 生活介護費(Ⅱ)	要介護1(○○単位) 要介護2(○○単位) 要介護3(○○単位) 要介護4(○○単位) 要介護5(○○単位)	③と同様	③と同様	1日につき+ ○○単位	1日につき+ ○○単位	1日につき +○○単位	1日につき +○○単位		1日につき +○○単位
ロ 短期利用共 同生活 介護費 (1日につき)※	(1) 短期利用共同生活 介護費(Ⅰ) (2) 短期利用共同生活 介護費(Ⅱ)	③と同様	③と同様	③と同様	1日につき+ ○○単位	1日につき+ ○○単位	1日につき +○○単位	1日につき +○○単位	1日につき +○○単位 (7日間を限 度)	1日につき +○○単位
注 看取り介護 加算(イを算定 する場合のみ算 定)	(1) 死亡以前4日以上30日以下 (1日につき ○○単位を加算) (2) 死亡以前2日又は3日 (1日につき ○○単位を加算) (3) 死亡日 (1日につき ○○単位を加算)									
ハ 初期加算(1日につき ○○単位を加算)										
ニ 医療連携体制加算(1日につき ○○単位を加算)										
ホ 退居時相談援助加算 (○○単位を加算(利用者1人につき1回を限度))										
ヘ 認知症専門 ケア加算(イを 算定する場合の み算定)	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき ○○単位を加算) (2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき ○○単位を加算)									
ニト サービス 提供体制強化 加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき ○○単位を加算) (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき ○○単位を加算) (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき ○○単位を加算) (4) サービス提供体制強化加算(Ⅳ) (1日につき ○○単位を加算)									
トチ 介護職員 処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(1月につき + 所定 単位×(○○+○○)/1000) (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(1月につき + 所定単位×○○/1000) (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(1月につき + (1+2)の○○/100) (4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(1月につき + (1+2)の○○/100)									

※ 短期利用認知症共同生活介護費は、区分支給限度基準額に含まれる。

平成27年4月改定箇所

(「介護報酬算定構造のイメージ(案)」(外部リンク「WAM NET」該当ページへ)を一部抜粋・加工)

◆基本部分の看取り介護加算、初期加算、医療連携体制加算、退去時相談援助加算の4つの加算に加えて、夜間ケア加算、夜間支援体制加算(仮称新設)、認知症行動・心理症状緊急対応加算、若年性認知症利用者受入加算の4加算の計8加算となっています。

○ 認知症グループホームは、先の経営実態調査での収支差率が11.2%と大きく、基本部分の減額が大きく出ること考えられ、加算等での対応が考えられます。

* 以上のように、個別サービスの算定構造イメージ図を見ると、基本報酬部分の細分化に加えて、加算等での対応部分が増えています。

* その要件等も的確に満たす必要があり、その上で加算に対応したサービス内容での提供を考えないと、事業経営や職員の雇用確保が難しくなりかねません。

4 おわりに

* 今回の介護報酬の減額改定について、多くの事業所はきわめて厳しい内容と受け止めているのではないのでしょうか。

* 事業体である以上、収支が赤字継続では倒産に至るし、経営者として失格です。なんとしても黒字、せめてとんとんとなるためには、固定経費の大きな部分の人件費の抑制、具体的には、非常勤職員の採用拡大や、賞与等の抑制、高齢者の雇用等により、黒字を出す努力をしています。

* それらにより、介護職場の低賃金が一般化・定着し、従事者の確保の困難さにつながっています。そのような内容を抜きに一般産業界との比較では低賃金であることが言われているにもかかわらず、単に黒字であることをもって、減額改定されるのはきついと思われまます。

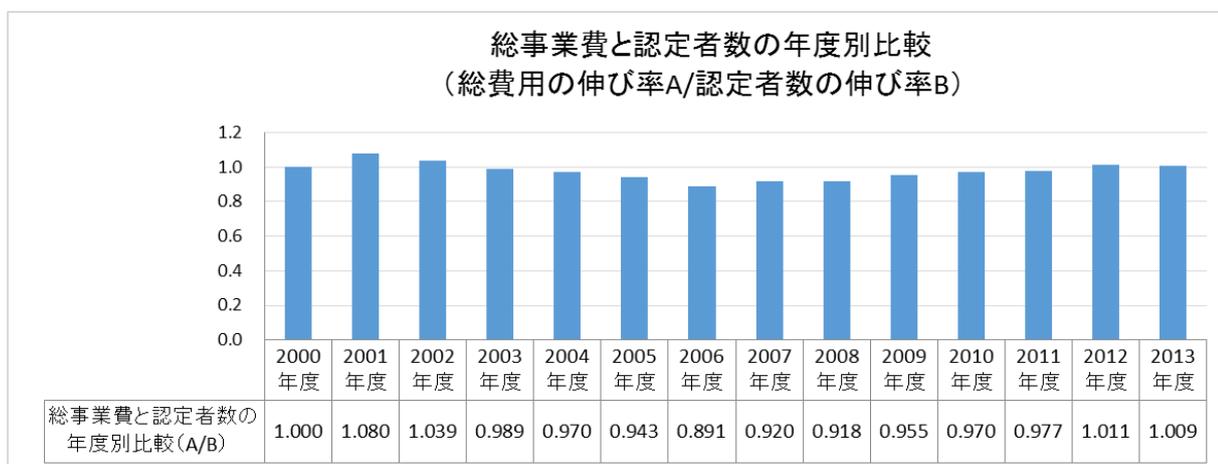
* また、要介護認定者数と介護保険費用の伸び率の関係についてみると、両者の伸び率が平行となっています。

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
費用(兆円)	3.6	4.6	5.2	5.7	6.2	6.4	6.4	6.7	6.9	7.4	7.8	8.2	8.9	9.4
認定者数(万人)	218	258	303	349	387	411	435	441	455	469	487	508	533	564
A 費用 伸び率(%)	1.00	1.28	1.44	1.58	1.72	1.78	1.78	1.86	1.92	2.06	2.17	2.28	2.47	2.61
B 認定者数 伸び率(%)	1.00	1.18	1.39	1.60	1.78	1.89	2.00	2.02	2.09	2.15	2.23	2.33	2.44	2.59

(厚生労働省 HP「[介護保険制度を取り巻く状況](#)」、「[介護保険事業状況報告 月報](#)」を基に表作成)

* AとBの関係をグラフにすると、次の通り、認定者数の伸びと同じように、総事業費も伸びており、どちらか片方が突出することがないままに推移しています。

* A/Bの年度別比較は下図のとおりです。



* この関係で言えば、今後後期高齢者の増加に伴い、要介護認定率は一般的に高まります。また、要介護度が重度になれば、利用するサービス量・費用も増加傾向にあり、一人当たりの単価も高くなります。

* 後期高齢者が増加する中で、社会保障費全体で見れば、「医療から介護へ、施設から在宅へ」の流れは、介護関連費用の伸びを押さえるのに役立ちます。また、介護予防の徹底やリハビリテーションの活用等により、社会とつながりを持てる元気な高齢者が増えたり、元気な高齢者とともにサロン等をつくる活動ができたりすれば、社会保障費の節約になると同時に、高齢者自身のQOLの向上にも寄与できます。

* このように考えれば、高齢者の生き方の問題として、福祉系の訪問介護や通所介護を介護保険本体給付から切り離し地域支援事業に移行することで、高齢者の社会参加を促し、一種の新しい地域づくりとも言える介護予防・日常生活支援総合事業への高齢者の参加が、高齢者のQOL向上に有効となる可能性は大いにあります。これは一種の新しい地域づくりといえます。問題は、それが実現できるかどうかです。それには市町村による創意工夫の取組が不可欠となります。

* その一方、制度の持続可能性の観点からの見直しは、1980年代前半から言われ続け、現在まで続いています。1980年代前後の第一次・第二次石油危機後、国債等残高が100兆円に迫るなか制度そのもの見直しとともに、土光臨調により国と地方の財源の負担割合の見直しが行われ、在宅重視、市町村中心の考え方のもと、やがて医療保険の一部と老人福祉サービス等を統合した社会保険制度としての介護保険制度の創設へとつながっていきます。

* 制度の見直しに当たっては、常に財政の危機が叫ばれ、制度の存続の危機が言われています。その見直しにより財政危機が回避され、制度が充実したかと言えば、見直しを行いつつ国債残高は積み上がっています。今後、見直しにより財政危機が回避され、制度の持続可能性が十分保障されるのか、どこまで見直せば良いのか等が十分に説明されないまま、サービス見直しや報酬の切り下げが行われ、介護現場の低賃金構造が定着してしまうとすれば、それは国民にとっても、国家にとっても不幸なことではないでしょうか。この間、1980年代に100兆円台だった国債残高は、今や1000兆円に迫ろうとしています。財政危機の中での制度の持続可能性とは何なのかも、制度改正内容の各論と併せ制度そのもののあり方として問われています。