

市民セミナー2015『孤立しない高齢期の住まいと生活』 講演録

開催：2015年3月28日（土） 13:30～16:30

第1部『介護保険改正と高齢者住宅』 13:30～14:50

講師：網谷敏数氏（株）高齢者住宅新聞社代表取締役社長

*文頭の（〇〇頁）は、当日のパワーポイント資料のページ数を示します。

1. 自己紹介

皆さん、こんにちは。高齢者住宅新聞の網谷と申します。お手元に配っていただいた新聞が2種類あるんですが、週刊の『高齢者住宅新聞』という新聞と月刊の『エルダリープレス』という2つの新聞を発行しています。高齢者住宅新聞のほうは事業者向けに、今回、介護保険が改正されますので制度の動向、介護から医療から住まいの関係、住宅の関係の制度の動向を追いかけるとともに、各事業者の取り組みですね、事業者も在宅介護をやっている所から施設、特養から、有料から、老健から、いろいろなタイプの施設がありますが、そういった施設の取り組みをご紹介します。あとは業界のニュースですね。最近多くなっているM&Aですとか吸収合併ですとか、また、破綻ですとか、そんなニュースを週刊でお届けしている事業者向けの専門紙になります。北海道から九州まで情報が満載というかたちです。

エルダリープレスのほうは、一転して今度は事業者ではなくて、高齢者の個人の方に読んでいただくということで、医療介護の情報はもちろんですが、健康情報とか趣味ですとか旅行ですとか、あとは保険ですとか相続ですとか、最近ではエンディングとかいわれて「終活」という言い方もされますが、そういった情報を網羅したかたちの、個人の方に読んでいただくという新聞になっています。高齢者住宅新聞のほうは約10年位になるんですが、個人のシニア向けの新聞は昨年からはじめたというかたちになります。

今日のお話に関しては、いま奥田さんからお話がありましたように、高齢者住宅マーケットについてとなります。実はもう来週から介護保険は、改正されます。ご存じの方もたくさんいらっしゃると思うんですけど、3年に1回、介護報酬は改定・改正されます。ちなみに医療のほうは2年に1回というかたちですが、非常に目まぐるしい状況になっております。今回は報酬が変わることで、利用者さんから見れば負担が変わるとともに制度も大きく変わると言っているかと思えます。今日は、事業者の方、プロの方もいらっしゃいますし、一般の方もおそらくいらっしゃるのかと思えますので、～結構複雑な内容になっていますので～、なるべく分かりやすくお話ができればというふうに思っています。

本当に細かい文字がたくさん出てきますが、先ほど立花さんからお話しいただいたように、今日はレジュメができませんが、この前報酬改定があって、寸前までまとめてこのパワーポイントを作っていた次第ですのでご了承いただければと思います。希望者にはこれをご提供はできますので、何なりと言っただけであればというふうに思います。

2. 高齢者の住まい関連政策の現状

（2頁）まず、この業界に関わっている方ですとおなじみの絵なんですが、いま厚生労働省のほうでは在宅ケアを推進していこうと。今までは山の奥のほうに施設を造って、そこに高齢

者の方、要介護者の方を送り込むというような状況が長く続いてきたんですが、5～6年ほどぐらい前から、国のほうでは地域包括ケアということを謳って、～“Aging in place”という英語の言い方もありますが～、なるべく今まで住んでいた住宅、基本は自宅かと思うんですが、自宅で過ごせなくなった方も、自宅に近い環境で生活できるような環境作りをしていこうというのが地域包括ケアです。そのためには医療も介護も生活支援も諸々の介護予防、医療予防のサービスも地域に集約したかたちで整えていこうというのが地域包括ケアです。

この図に関しては右側が生活環境で左側が医療機関、病気になったらということなんですが、生活をされている方も、高齢になれば病気になる機会が多いかと思うんですが、その時に医療も急性期から、回復期、リハビリから、慢性期から、いろいろなタイプがあるかと思うんですが、その時にまずは急性期にかかって、必要であれば亜急性ですとか回復期ですとかリハビリの病院行って、最終的には慢性期、そこを経て自宅に戻ると。その循環を表した図になっています。肝心なのは医療のほうで、在日数の短縮ですとか病床再編というのが進んでいますので、なるべくここに居る期間を短くしてこうという中で、ここでいうと地域医療連携室とか退院支援を司る部署がどこの病院にもありますが、そこがきちんと機能して自宅に戻す、もしくは自宅に戻った場合にどんな在宅サービスが必要なのか、もしくは自宅に戻れないのであれば有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、ケアハウス等々、いろいろな施設がありますので、そういったコーディネートをしていくと。ここにも書いてあるように地域包括支援センターとかケアマネージャーも協力しながら、今までいた生活環境を取り戻すということを描いた図になります。病気になったらこっちに行って、また生活環境に戻れると。それが地域包括ケアです。

(3頁) もう一つ社会保障制度改革国民会議というもので示された、ちょっと古いデータですが、現時点平成23年度ですので4年前になるんですが、2025年度(平成37年度)、～この年に団塊の世代の方が後期高齢期を迎えるという年に当たりまして、業界の中では2025年問題ということがいわれているんですが～、この2025年まで団塊の世代が一気に後期高齢期を迎える時までには各サービスをどれぐらい増やしていくべきかということ、医療と介護のほうに分けて示しています。いろいろな見方ができるんですが、いま要介護者の方は500万人を超えたところですが2025年には700万人を超えるといわれています。ここに出ている641万人というのは、700万人の中で介護サービスを利用している方の数ということで試算されているんですが、その641万人の方の内訳が在宅介護、居住系サービス、介護施設、ここではこの3種類に振り分けられていくわけです。

後ほどお話していくんですが、どのサービスをどのぐらい増やしていくのかというのが国の方針になっていくんですが、現状においては、国では日本全国津々浦々、政策を網羅することはできないという状況になっているので、役割を地方分権という考え方によって、市町村・地方自治体のほうに移管しつつあります。ですから、地方自治体によっては在宅ケアに力を入れている所もあれば、逆に特養・老健等々のいわゆる介護施設、施設系を増やしていく所もあるということで、これは一概には言えないんですが、冒頭申し上げたように、地域包括ケアを完結していこうと、作り上げていこうという中で、例えば昔からある特別養護老人ホーム、老健、老健というのは在宅復帰の施設ですので、特養とは役割は違うんですが、在宅復帰の老健が長

期入所になっている、特養化しているという批判もあるんですが、いずれにしろこれを見ていただくと、在宅ケアを推進してく中で特養・老健とはどんなものなのかと見てみると、結構増えているんです。もともと施設の中では一番整備されているものになりますので、同じ 1.5 倍、1.3 倍といっても、結構な数が増えるということが言えます。

一方で民間の事業者、株式会社が多く参入している特定施設ですとかグループホーム、グループホームに関しては認知症の問題が大きくクローズアップされていますので、それなりに増やしていこうということが見て取れるんですが、特定施設、これは介護付きの有料老人ホームのことですが、意外にあまり増えていないんです。確かにこの数字どおりにいま進んでいるかどうかというと、怪しい部分もあって、既に特定施設は 20 万人分を超えているような状況ですので、おそらくこれよりは増えるんでしょうけれど、4～5 年前の時点で、特養がある程度増えて特定施設は限定されるということが、これを見て分かるんです。

逆に在宅介護といいますと、サービス受ける方、いろいろな在宅介護のサービスがありますので、ここに出ている小規模多機能型居宅介護、これは通いと泊まりと訪問とセットになった万能のサービスといわれていますが、それを増やしていこうとか、定期巡回の随時対応というもの、いわゆる 24 時間訪問の介護とか看護というのをやろうというサービスです。これは始まったばかりですので、これを 15 万人にしていこうということを掲げているんですが。「であるんですが」という前提付きなんです。今日のお話はまず前段で報酬改定の話をしていきますので、こういうことを掲げているながら、実際問題その報酬改定がそれに沿ったものなのかどうかというのを、特養の問題ですとか高齢者住宅の問題、在宅ケアの問題を含めて、皆さんと一緒に考えることができればというふうに思います。

3. 介護報酬改定の全体像

(4 頁) 報酬改定、ここからいろいろな各サービスごとの報酬がいろいろ出てきます。どこから説明するのかを迷ったんですが、今日来ていらっしゃる方は、高齢者住宅の事業者の方が多いかと思しますので、プラス一般の方もいらっしゃるということで、高齢者の住まいの部分の報酬改定が介護保険においてどうなったのかということの説明できればと思います。

まずマイナス改定ということなんですが、全体の改定率というのがマイナスの 2.27%ということになりました。マスコミで 1 月 2 月からずっと報道されておりましたのでお分かりかと思うんですが、9 年ぶりのマイナス改定であったと。9 年ぶりというのは 3 年に 1 回介護保険は改定されるので、2 回目の改定、2006 年の改定の時にマイナス改定だったんですが、実は介護保険で今回が第 6 期の改定になるんですが、ずっと下がってきているんですよ、簡単に言うと。最初の改定も次の改定も下がって、その下げ幅が大きかったので、3 回目の改定でようやく上がって次の改定でほぼトントン、実質マイナスともいわれているんですが、今回の改定が 9 年ぶりの改定といわれています。業界の方から見ると、9 年ぶりどころか毎年厳しい、毎回の改正の度に厳しいという状況がありますので、そういう状況を見ていただければと思います。さらに、このマイナスはマイナスでも、今回後で少し説明します処遇改善、介護職員の処遇改善加算というのが民主党政権時代から加算というかたちで付いているんですが、～それと諸々今回加算がたくさん付くんですが、やっただけの分が加算として付くんですが、それが加算率というかたちで組み込まれていますので～、実質で 4.5% ぐらいのマイナス改定になる。これ

にマイナス2%加えて実は4.5%ぐらいのマイナス改定、大打撃を受けるという改定だったと。

それで、その改定率を調べると、施設のほうは特養・老健・介護療養病床というものになるんですが、今回は、先ほど特養の話をしましたけれども、施設系は大分厳しくなるだろうということがずっといわれていましたので、特別養護老人ホームの内部留保の問題、実はたくさんの内部留保があるという話をいろいろなところで報道されていまして、特に特養に関しては厳しいだろうという見方をされていたんですが、蓋を開けてみますと、施設系がマイナス0.85%、在宅系が1.42%ということで、これも在宅ケアを推進していくという中で、在宅のマイナスの率が少し高いのではないかという、少し首を傾げてしまう内容であります。ただ、在宅ケアの中でも要支援という要介護以前の方々、要支援だと1と2の方がいらっしゃるんですが、そこはまた後ほどお話していきますが、なるべく介護保険から切り離していこうという状況なんです。ですから要支援者向けのサービスの報酬はぐんと下がる。逆に利用者からすれば、負担はぐっと下がるかたちなんです。そういうようなものがありますので、平均するとこういうマイナスの率になったと。ポイントは、処遇改善加算が今回もまたさらに加算されて1万2000円引き上げられたと。中重度者、要介護度でいうと3・4・5の方へのサービスの重点化、さらには認知症高齢者への対応強化ということが謳われているのが今回の大きな改正のポイントになります。

(5頁)ここからいろいろ文字がたくさん出てくるんですが、全部読まなくてもいいかと思うんですが、基本的な考え方というところで赤い印を付けたんですが、「中重度の要介護者や認知症高齢者について在宅サービスを支援していく」という言葉が頻繁に出てきます。2段目も3段目も中重度の要介護者、認知症高齢者、この方々に対するサービスを強化していこうというのが今回の改定のポイントです。実際そういったサービスを提供すれば報酬も高くなるという仕組みになっています。

(7頁)これも同じことの繰り返しに近いんですが、先ほど定期巡回24時間の訪問介護看護というサービスのことを言いましたが、特にこちらのサービス、もしくは小規模多機能型居宅介護、もしくは複合型サービス、これは小規模多機能型居宅介護に医療サービス看護サービスが付いたものなんです。そういった包括報酬型のサービスに重点を置いて機能強化を図っていこうというのが今回の改定のポイントになります。

(8頁)改めてポイントを4点、「中重度の要介護者や認知症高齢者へのさらなる対応の強化」、あとは「看取り期における対応の充実」というのは、これからも出てくるんですが、最後はなるべく病院ではなく、自宅ですとか施設の中で最期を送れるような対応を図っていこうと。きちんとそういう体制を整えてやっている事業所に関しては、きちんと報酬を払いましょうということになります。そして先ほどから何度も言っているように「介護人材確保対策の推進」ということで、処遇改善加算が拡大された、あとはサービス提供体制強化加算の拡大というのも各サービスごとに付いて、事業者の収入アップに繋がるということになってます。ですから一見大幅なマイナス改定と言っていいかと思うんですが、加算がどれぐらい取れるかというのが大きなポイントになるかと思えます。加算をいかに取るかというのも、体制がきちんと整っている所に関しては、その加算が取りやすいんですが、ぎりぎりいっぱい、かつかつでやっているような所は、「そんなことを言っても加算が取れない」等々の悲鳴も聞こえてくるんですが、

いろいろな見方があるということです。

一番下の「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」というのは、これは事業者にとってはあまりよろしくないことで、「適正化」というと悪いという話になりますので、例えば集合住宅向けのサービスに関しては効率よく廻れるわけですから、その分に関しては個人宅に廻って提供するサービスよりも低く報酬が下げられてしまうというのを、この「適正化と効率的なサービス提供体制の構築」ということで示しています。

4. 訪問系サービスの介護報酬改定の詳細

(9頁) ここから報酬改定の個別の話なんですが、在宅サービスから施設サービスから、地域密着といわれているサービスから、大きく介護保険は3種類のサービスがあります。まずは在宅サービスの本流ともいえる訪問系のサービスの中でも、訪問介護、訪問入浴、訪問看護等々のサービスに関してなんですが、これ、いきなりご覧になっても分からない方もいらっしゃると思うんですが、先ほど言ったように集合住宅に居住する利用者へのサービス提供というのは、当然10人に住まっている場合、20人住まっている場合、それより大きい場合、サービス提供者側からすれば効率よく回れますので、それに関しては、今までは個人宅を回る報酬とほとんど同じだったんです。今回はこういうかたちで見直そうということで、一連の訪問系のサービスを提供している会社に関しては減算ということになるんですが、どういうことかということ、介護サービスを提供する事業所と入居系施設が併設している場合、もしくは敷地内にある場合、もしくは隣接する敷地内にある場合、当該利用者に対する報酬を減算する。分かりますか？例えば建物の1階に訪問介護の事業所があって、2階から上が居室であったとする場合、当然1階から訪問してサービスを提供するというかたちになります。その場合1人からもう計算上減算になると。さらに、その事業所が1階にはないんですが同じ敷地内、もしくは隣地にある場合も今回はその減算額を適用されるということです。

2番目の(イ)が事業所と同一建物以外の建物、要するに併設も隣地にもサービス事業所がない場合、比較的、どういう所からサービスを提供しに行く場合に関しては、ある一定以上の人数を超えると減算と。

(10頁) それですが、上の場合、同一建物、敷地、隣地からサービスを提供する場合は100分の90、要するに1割の減算というかたちになります。そうでない場合、遠くから来る場合は19人までは個人宅に回るのと同じ点数・単位が取れるということで、20人以上になりますと、上と同じように1割の減算になるということになります。

(11頁) 同じように集合住宅向けのサービス提供の減算に関しては、先ほどは訪問のサービスでしたが、訪問のサービスは、基本やった分だけの報酬が得られて、利用者はサービスを受けた分だけの負担をするというかたちなんですが、今から申し上げる定期巡回ですとか小規模多機能複合型のサービスというのは、在宅のサービスの一つではあるんですが、国のサービスの位置づけとしては地域密着サービスといって、包括報酬型になります。包括的にサービスを提供する。ですから一月の負担とか事業者の報酬というのは要介護度別に定められているサービスになります。そしてこの定期巡回の中でも当然訪問しますので、全く同じで同一敷地、隣地、併設をしている場合は、定期巡回の場合は一月に600単位を所定単位数から減算、包括報酬です。要介護度別に決まっているので、それから600単位を減算するというかたちです。

小規模多機能及び複合型サービスに関しても、これはまた別の表が後から出てきますので、だいたい計算すると、通常の報酬の単位数の約1割ぐらいのマイナスになると。先ほどの訪問系のサービスとマイナス幅というのは同じぐらいということになります。

(12 頁) これも集合住宅のサービス提供に関わる評価の減算見直しということなのですが、同じ建物に事業所があれば、通所系のサービスに必要な送迎が必要なくなりますので、送迎をしない場合の評価の見直しということで、送迎をしないのであれば、片道47単位の減算で、往復ですと1人あたり94単位の減算になるということが示されています。

(13 頁) ここで報酬改定の話がまた続きますが、この同一建物減算、いま申し上げた減算についてうちの新聞でも掲載しました。各業界団体有識者のコメントをまとめているんですが、上が訪問介護の協会をやっている方、あと2番目の淑徳大学の結城さんという先生の意見、この2人は減算に関しては肯定的な見方、読んでいただくと分かるように「減算も仕方がない」。要するに地域に向けたサービスを展開していくかどうか、要するに訪問介護にしても定期巡回のサービスにしても、今までは自前で作った高齢者住宅にのみサービスを提供していく形態が多かったんですが、それでは減算も致し方ない。そうではなくて、地域包括ケアというのは地域に満遍なくサービスを提供して生活環境をつくっていくわけですから、地域に向けたサービスを提供しなければいけないという意見を2人とも言っているという人たちです。

3番目の有料協とありますが、有料老人ホームの業界団体です。ここは全く反対の意見で、この建物減算によってサービス提供を停止する事業者が出てくるだろうと。ここで思い出すのが去年の診療報酬改定が似たような改定で、これよりもさらに医療法人からしますと大幅な減算になったので同じような意見を言っているんですが、要するに施設に訪問の診療をやっていただく医者が来なくなるということで、去年の診療報酬は、約1年前に大騒ぎになったんですが、同じように介護もこの減算で大変なことになってしまうという人たちですね。24時間在宅ケア研究会というのは、在宅ケアの方の事業者の集まりなんですが、定期巡回をやっている方もその名の通りたくさんいるんですが、この方も同じで、「訪問介護を展開して事業者が参入しようとしたら100人以上の規模を有しているような体力のある企業でない」と難しい。中小零細が生き残る余地がなくなってしまう」という見方をしている。

(14 頁) 訪問介護ですが、これが4月1日号と書いてありますので、実は来週の当社の新聞のゲラの段階なんですけれど、4月1日以降ということで新年度の特集号を組んでいますので、今回の報酬改定・制度改正の内容を総ざらいしています。主な介護サービスの減算率というのをまとめてあったので見ていただこうと思って。訪問介護から一連のサービスがあるんですが、見ていただくと分かるように、軒並み減算という状況になっています。施設系から在宅系から、これだけ下がっていると。事業者が大変な理由が分かるかと思えます。訪問介護の特色としては、中重度者向けのサービスを強化するという意味合いで20分未満のサービス、自宅にお伺いしてサービスを提供する時間が20分未満という単位を設けて、中重度者もしくは認知症の方に対するサービスを提供してこうということがポイントになる。

(15 頁) ここにたくさんあるんですが、ポイントだけ申し上げると、いま申し上げたように、20分未満の訪問介護の見直しということで、もともと重度向けにサービスを提供していくことですが、ここでは定期巡回随時対応型訪問介護・看護の事業者の指定を受けていれば、

多少条件はあるんですが、要介護1でも要介護2でも見られるという制度設計になったというかたちです。

この2番目に関しては、間隔をある程度空けなければいけない。例えば2時間以上の間隔を空けることを求めるということが謳われていたんですが、特に定期巡回ですと、一日複数回、4回5回訪問して10分15分のサービス提供で利用者の様子を見るということがポイントになるが故に、2時間以上という制約が、事業者からするとかなり厳しいものとしていわれていたんですが、今回その間隔を空けることを求めないということも謳われました。

そして先ほどもいったように、サービス提供責任者の配置による加算が充実されたということで、特定事業所加算というんですが、これが新設されて、所定単位数の5%に相当する単位数が加算されると。

(16頁) サービス提供責任者の配置基準に関しても、サービス提供責任者、サ責といわれていますが、その配置基準が利用者50人に対して1人以上に緩和された。もともとは40人から1人ということでしたので、それを10人増やして、50人に対して1人以上でよいということになったということになりますね。その要件がここにも出ているような文面になるんですが、さらには、いまヘルパー2級課程修了者が、介護の初任者研修とか実務者研修という制度変更のちょうど真っ只中にあるんですが、基本的には介護福祉士への段階的な移行を国のほうで進めたいというのがありますので、ヘルパー2級の方がサービス提供責任者の場合は、減算割合を引き上げることが謳われております。ですから、これからずっといろいろ話していくんですが、「飴」という加算が多いんですが、よく見ていくと「鞭」、減算の部分もありますので、それを事業者からするとどう拾っていくのか、回避していくのかというのがポイントになるかと思います。

(17頁) 在宅系のサービスが続くんですが、次、訪問看護、これも基本下がるんですが、今回唯一と言ってもいいんですけど、病院や診療所から訪問看護を提供する形態もあるんですが、通常の株式会社が訪問看護ステーションを作って、訪問看護を提供する所が多いんですが、病院や医療機関から訪問看護を提供するというケースもありまして、その場合は、多少ですが、アップしているという状況になりました。

(18頁) これも繰り返しの部分が多分にあるんですが、看護体制の強化を図っている所の加算、これは先ほど点数が上がったと、診療所からの訪問看護は充実を図っているというところですね。

5. 通所系サービスの介護報酬改定の詳細

(19頁) 今度は訪問系ではなくて通所系ですが、デイサービスといわれて、～通って、介護のサービスを受けて夕方には帰るというサービスになりますが～、一連の介護サービスの中で、減算率が要介護1以上でいきますと、一番減算率が高かった部分ですね。小規模の通所介護、通常規模、大規模というのが、利用者に応じてあるんですが、通常小規模ですと、一日定員10人というかたちでやっている形態なんですけど、小規模のほう報酬単価というのが高く設定されますので、なおさらなんですけど、大幅な減算になってしまった。この数字、言い忘れちゃったけれど、介護保険上は「単位」といわれていますので、基本額かける10倍が事業者の報酬にな

ると。利用者、要介護の認定を受けている方は、その1割でサービスを受けられるということですので、利用者の負担が示されているというふうにみていいかと思います。

だいたい要支援の下げ幅は、もう減茶苦茶なんですけれど、要介護1からでも10%近い減算率になったというかたちです。

(20頁) ちなみに後でも出てくるんですが、小規模の通所介護というのは曲がり角にきていまして、かなり報酬が高いということもあって、参入が促進されたんですが、その整理をいま国のほうでしていくという流れがありまして、~その結果、大幅な減算になったんですが~、この4月以降の27年度から、小規模の通所介護が地域密着の通所介護ですとか、既存のサービスのサテライトの事業所になることが、いま示されているというかたちです。それで、ここのいろいろな加算が付いているということ、認知症加算、中重度者ケア体制加算、個別機能訓練加算、これは訪問して一定の管理を行えば得られるという加算なんです、たくさん加算は付いていると。

(21頁) 先ほど言った、大規模、通常規模、小規模とあるんですが、あとは認知症対応というのがあるんですが、この小規模に関しては、いま非常に増えてきていまして、結局レスパイトといって、家族の支援には通所介護、特に小規模型の通所介護というのは、「お泊まりデイ」というのはご存じですかね？ お泊まりといわれる、宿泊型のサービスを提供しているケースがこの小規模には多いので、そこに規制をかけるという意味合いですので、賛否はある話ではあるんですが、先ほど言ったように、通常規模、大規模のサテライト、支店のような事業所としての位置づけか、もしくは小規模多機能のサテライトになるか、新たな位置づけで地域密着のサービスの中でやっていくのか、そういう転換がこれからこの3年間で必要になってくる。

(22頁) これは、小規模は評価の適正化を大々的に行うということになったと。ただ、看護職員の配置基準は緩和をされていると。これも「飴と鞭」ですね。

(23頁) 地域密着の通所介護というのは、来年度再来年度28年度から創設がされるということになりますね。

6. 地域密着型サービスの介護報酬改定の詳細

(24頁) 定期巡回小規模多機能複合型サービスというのは、介護保険の中では地域密着のサービスといわれていて、これはその市町村、そこに住まわれている市町村以外の住民は受けられないというのが地域密着型サービスの特色なんです、国は先ほど申し上げたように、これらの地域密着の包括報酬型のサービスを評価していこうということになっているんですが、これの点数です。と言いながら結構下がっているということの繰り返しなんです、ただし加算もたくさん付いていると。

(25,26頁) これは小規模多機能型、複合型、これは少し分かりにくいので、27年度からは看護小規模多機能型居宅介護、要するに小規模多機能型と居宅介護、通い、泊まり訪問に看護サービスが付いているということで、複合型といわれるんですが、右のほうに名称が変わるといふかたちになります。

(27頁) それでいろいろ書いてあるんですが、このサービスの共通部分としては、「総合マネジメント体制強化加算」というのが今回生まれて、いろいろな要件があるんですが、「医療機関に対して日常的に情報提供」とか「地域における活動への参加の機会の確保」ですとか、そ

ういうことをきちんとマネジメントをすれば 1000 単位になると。これは結構大きいですね。

その下のほうの「訪問看護サービスの提供体制の見直し」ということになりますので、これも事業者としてはプラスになると。通所介護等の利用の有無による 1 日あたりの訪問回数に大きな差異がないことを踏まえて、今までその減算というのがあったんですけども、その減算率を緩和をすると。定期巡回で包括報酬型、包括負担型でサービスを受けて、なおかつデイサービスを利用するという場合の減算というのが今まであったんですが、それが緩和されるということですよ。

(28 頁) 小規模多機能に関しては、通い、泊まり、訪問なんですけど、特に訪問のサービスに重点を置くという意味合いで、訪問サービスをたくさん行った場合に、やはりこれも加算が全体に 1 万円付くということになりました。常勤職員の数とか月間のトータルの訪問回数という制約はあるんですが、それをクリアすれば加算が得られると。

登録定員数が、小規模多機能の場合は 25 人と決まっていたんですが、少し拡大されたというかたちですね。

(29 頁) 「看取り期における評価の充実」、施設系でも、看取り介護加算とか看取りに関する加算というのは結構多いんですが、この地域密着在宅系のサービスでも看取りの連携を行った場合に加算が付くというかたちになります。

看護職員の配置加算というのも新たに生まれたと。

(30 頁) 「地域との連携の推進」、ここでは「新総合事業」と書いてありますが、後で説明をします。要支援の方に対するサービスを、自治体が「総合事業」と銘打って提供するサービスですが、そこの連携を図った場合に、諸々の特典が付くというようなかたちになります。「同一建物居住者へのサービス提供に係る評価の見直し」というのは、先ほど言った話です。

(31 頁) 「複合型サービス」についても、この下に書いてあるのは減算の規定ですね。医師の指示に基づく看護サービスですとか、緊急時の訪問看護加算とか特別管理加算が、ある一定数を満たない場合には、要介護度別によりかなり減算の幅が示されたというかたちになります。

(32 頁) 地域密着在宅系のサービスはここで一区切りなんですけど、一番最初に申し上げたように、2025 年には 15 万人のサービスの利用者を、～定期巡回・随時対応訪問型介護・看護について～、目指している状況ではあるんですが、2014 年度の調査ですと 1.7 万人ということですので、なかなか伸び悩んでいるという状況ということですね。だからもう少し報酬を上げるというのがベストだとは思いますが、この加算のやりくりで今後どのくらい増えるのか。

(33 頁) さらに複合型サービス、「看護小規模多機能型居宅介護」ですが、これにいたっては、まだ 1400 人、2013 年 10 月とちょっと古いんですが、なかなか増えないという状況ですので、ここの普及が見込まれているという状況です。

7. 特定施設の介護報酬改定の詳細

(34 頁) ここから特定施設で「介護付きの有料老人ホーム」というものになりますので、少しスピードアップをしようと思うんですが。

(35 頁) ポイントをお話しますと、ここも他のサービスと同じように、サービス提供体制が整っていればそれぞれ加算が付くというかたちになります。常勤職員が何%以上とか勤続年数が何年以上とかは当然あるんですが、それをクリアすれば、加算の単位が付くということにな

ります。これも同じように「認知症専門ケア加算」というのが一定数付くと、条件によって付くというかたちになります。

(36頁)そして「看取り介護加算の充実」ということなのですが、「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」ということなのですが、これが現行で死亡看取り、亡くなった日から逆算して30日、ここからもう加算というのが付くような状況になっています。

(37頁)これが現状で、これが4月以降なんですけど、ここの死亡日30日から4日以前のところまで手厚くなると。具体的に言いますと、この4日以上30日以下のところに1日80単位だったのですが、これが1日144単位になるという、この部分が手厚くなると。トータルでいくと、今まで4800単位、48000円の報酬だったんですが、6528単位、65280円の収入アップになるというのが看取り介護加算ということになります。死亡日の前日とか前々日の単位、死亡日の単位というのは変わらないと。

(38頁)特定施設に関しては、要支援2の基本報酬が20%以上下がっているんです。30%ぐらいですかね。要するに人員体制が3対1ということで運営をしていたんですが、要支援1が10人、10人の利用者に対して1人のスタッフというかたちでやっているのに合わせたかたちになりますので、人員基準は緩和されるんですが、その分報酬が大幅に下がるというかたちです。

あと短期利用に関しては、介護保険はショートステイ、～今日はショートステイの話は一切していないんですが～、短期利用を推進・促進していこうということで、要件が緩和されました。要するに有料老人ホームの中で、空き部屋をショートステイ、短期利用の部屋としてお貸しすることができるというサービスなんですけど、今までもあったんですが、その要件が結構厳しかったんです。その要件を少し緩和しまして、入居率を80%以上確保するという要件があったんですが、それを撤廃しました。ここには出ていないんですが、運営実績が確か3年ぐらい求められていたんですが、それも確か法人として運営が3年以上であれば、短期利用ができるというようなかたちになりました。ですから、今後有料老人ホームの中でショートステイみたいな活用の仕方がどんどん出てくるというようなかたちになります。

(39～41頁)グループホームですが、認知症の方が入居をする施設ということで、これもいろいろな加算が付いています。夜間支援体制加算、看取り介護加算というのは、グループホームもいま申し上げた有料老人ホームも、あと特養（特別養護老人ホーム）も同じように同じ単位で実施がされるというかたちですね。

今回大きいのはユニット数、介護保険創設当初は3ユニットとあって、1ユニット9人までで、3ユニットが27人という形態が認められていたんですが、最初の改定の際に2ユニット、18人までという規制がかかりまして、今回また元に戻って3ユニットが可能になったということです。東京では何年か前から3ユニットが認められていたんですが、それが全国的に踏襲されるかたちになったということです。

8. 施設サービスの介護報酬改定の詳細

(42～46頁)ここから施設なんですけど、特養ということで、特養も大幅な減算なんですけど、いま申し上げた看取り介護加算等々で、いろいろな加算が付いているということになります。

ここの居住費負担の見直しというのは、一定以上の所得を持った方は、その必要相当分の負

担を報告していただくというかたちになりました。今まではその室料を含めて介護保険給付の中でカバーをしていたんですが、今後は一定以上の所得のある方に関しては、必要相当は自己負担、利用者負担というかたちで、介護保険給付はこの部分になると、これを介護給付抑制の一環ということがいえます。一定以上の所得というのは、ここでいう所得の段階別の第4段階といわれている、この部分です。課税世帯といわれている世帯です。

(47頁) 老健、ここの説明は少し省きます。

(48頁) 先ほどポイントのところでもまとめた「人材確保の対策を推進していこう」というところも、介護職員処遇改善加算、サービス提供体制強化加算、これもいろいろな要件があって、各サービスごとに加算率がそれぞれ設けられているんですが、いずれにしても、その要件をクリアすれば、かなりの加算が得られるというかたちになります。

(49,50頁) これは先ほど申し上げました。

9. 介護報酬改定の今後の方向性

(51頁) 報酬改定に関しては、細かいところはここまでするかどうかと思うんですが、最後にこの報酬改定に関する審議報告という長いレポートが国のほうで示されているんですが、その中で今後の課題というのが一番最後の中にいくつか示されていて、その中の2つを示したんですが、今後、介護報酬が3年に1回、診療報酬が2年に1回ということで、来年は診療報酬、その次が2018年の介護と医療のダブル改定ということで、この2018年のダブル改定を当面の目安にしながら、介護と医療の諸々の制度改正を図っていくという流れです。そうしなければ2025年に間に合わなくなってしまうんです。それで、そのことを考えながら見ますと、これの一文は結構大きな意味合いが込められているのではないかなという、～ちょっと私見も含めたところですけども～、「診療報酬と同時改定を念頭に、特に医療保険との連携が必要な事項については、サービスの実態把握を行い、効果的・効率的なサービスの提供のあり方を検討する」。要は、もともと介護保険というのは、医療費を抑制するために医療保険から切り離して新たに介護保険サービスを作ったという見方があったんですが、とはいえ、医療費もどんどん膨らんでいく、介護費もどんどん膨らんでいくという中で、思ったように進まなかったという状況がありました。それを今度の同時改定の時に、少しまた元に戻すのではないかなという意見が結構多数あります。抜本的な改定が見込まれているということもいわれるんですが、その時に、例えば介護療養床というのは、ほとんど医療に近い介護サービスになりますので、それが医療保険に戻るとか、あとは訪問看護の、医療保険を使う訪問看護と介護保険の訪問看護と、かなりその境にあるサービスですので、そのやり方・考え方が変わってくるとかということですね。

2番目の介護事業経営実態調査というのは、これは定期的に国が事業者からヒアリングをしてまとめているんですが、各介護保険サービスごとに収支差率を出すんですが、どれぐらい収益が上がっているのかというのを示した調査になります。それを踏まえて、今まで申し上げてきたような介護報酬改定を行っています。今回は特養なので、例えば収支差率、要するに儲けている率が特養で8%、特定施設有料老人ホームで確か13%ぐらい、グループホームも結構高かったというのがありますので、かなりの収益を上げているんだから、下げていいだろうとい

う理屈です。ただ、調査の取り方が、例えばサービスごとに違うんですが、絶対数が少ないんですよ。回収率が少ないんですよ。中には1割か2割ぐらいしか回収ができない中で、実態調査と銘打って出したりしていますし、それが1つの問題。

もう1つは、完全に介護保険に依存をしているビジネスでしたら、この経営実態調査というのは、回収率を高めれば精度は増すんでしょうけれども、在宅サービスだったらその数字はある意味反映を起していると思うんですが、有料老人ホームにしる、特養にしる、実態調査では計り知れない、要するに介護保険の収入以外の収入がたくさん入ってきますので、例えば家賃ですとか、食事ですとか、生活支援のサービスですとか、管理費ですとか、そういったものを含めた売り上げの収入ということでこの実態調査をしていますので、そうすると、例えば介護保険はもう報酬は決まっていますから、どんなに頑張ろうが頑張るまいが報酬というのはもう決まってしまう。それが、例えば自費の部分に関しては、家賃ですとか生活支援のサービスとか、これは企業努力でサービスを提供してコストダウンをして等々のことがありますので、せっかく企業努力で儲けた分が、単純に介護保険事業で必要以上に儲けているという判断を下され、今回のような改定になってしまったというと、これは大きな誤解ではないか。ですからその辺の制度も、これは出し方を工夫をしないといけないということが言えます。

10. 介護予防事業の地方自治体への移行

(52頁) これは制度改正なんですけど、今回大きな制度改正になるんですが、特に要支援の部分のサービス、予防給付といわれている部分のサービスが、介護保険からこれから3年の間に切り離されて、自治体が運営をしていくようなかたちになります。自治体が総合事業というかたちでやっていくと。通常のを要介護1から要介護5のサービスは変わらないんですが、要支援向けのサービスは切り替わっていくと。

(53頁) なぜ切り替わっていくかということ、その要支援、軽度の方向けのサービスもこういう勢いで増えていっているわけです。年率で5%から6%で予防給付が伸びていく。予防給付は介護保険全体で10兆円近い中で、予防給付がいま6000億ぐらいですか、それが少ないながらも予防の部分もどんどん膨らんできていると。それを、今の後期高齢者の方の伸び率というのが年間3%から4%ぐらいなんですけど、そのレベルに落としていこうと。ですから、ここは国が介護保険から切り離して、自治体が考えてやっていく中で、予防給付を抑制するということになります。

(54, 55頁) 予防給付の中でも、各介護保険のサービスごとに予防のサービスもありますので、その中でも訪問のサービスと通所のサービスだけ自治体の事業に移管をするというかたちになりました。ですから、自治体がやることは認知症の政策の推進ですとか、生活支援サービスの体制整備とか、かなり増えることになります。ですから、非常に大変な時期を迎えているのが自治体のそういう介護保険を司る部署ということになるんです。

(56頁) では、自治体にその訪問介護や通所介護がその予防の部分で移管した時に、どういうふうな運営をしていくのかということが、もうこれは1年以上前に示されているんですが、ちょっと分かりにくいんですが、これで見えていきますと、現行の訪問介護があったとしますと、これがこれから考えられている予防の訪問型サービスなんですけど、AからB・C・Dと4種類

あります。簡単に説明すると、このAに関しては、緩和した基準によるサービスによってサービスを提供してもらうかたち、Bに関しては地元の地域のNPOですとかボランティアの方に活躍をしていただくというかたちになります。この中で既存の予防訪問介護を提供した会社はどうなるのか？これが少し分かりにくいんですけども、普通にいけば、現行の訪問介護を提供していた会社は、予防をやっていた会社は、ここに移るとというのが普通だと思うんですが、そこを緩和した基準の中で報酬体系をどうするのかというのも、これから決めていくようなかたちです。ですから、27年度から切り替わるんですが、3年間の猶予があるので、この3年間の間でどのように移行していくのか、どういう基準をA・B・C・Dの中で設けてやってもらうのか、報酬も、これは国がはっきり言わないんですけど、要は要介護の介護保険から完全に切り離して、もう「自治体が独自にやってくれ」ということですので、自治体が例えば策を講じなければ、100%自費の状況になってしまう。今まで1割負担で予防のサービスも受けてくることができたんですが、27、28、29を経て、それ以後は全額自己負担ということもあり得るかたちになります。

ここを独自に自治体が給付をするような、保険料の中でいくらか住民から出してもらって給付を行うという、自治体独自の介護保険ができれば別ですが、そういう自治体も中にはありますので、そこをいま自治体にも聞いているんですが、まだ対応はこれからという所がほとんどです。

(57頁) 通所介護も同じです。ここがA・B・Cと分かれて、緩和した基準によるサービス、NPOによるサービスというところですが、まだほとんど決まっていないと。

(58頁) 今まで都道府県が指定介護の事業者というのを与えていたんですが、これからは市町村が決めていくと。単価などもこれから決めていくというかたちになりますので、いま札幌市にも聞きましたけれども、札幌市もまだ検討中ですし、まだ有力な情報は入ってこないと。

(59頁) これは東京の板橋区の事例ですが、これから地域のNPOボランティアが活躍する機会が増えてくるかと思いますが、「では、その時にボランティアの皆さんに頑張ってもらおう」という単純なわけにはいきませんで、まず自治体がやろうとしていることは、その地域にどのぐらいボランティアが存在するのかということの把握、どんなNPO・ボランティアがあって、どんな活動をしているのか、どのぐらいの人を巻き込んでいるのかということ、いま把握している所が多いと。確かにそうですね。それを把握せずして、自治体の総合事業というのはあり得ませんので、地域包括ケアとは地域力をいかに高めていくのか、ベースアップしていくのかということですので、限られた資源、有効な資源をいかに活用していくのかということがポイントとなりますので、そういう意味で、ボランティアの方々というのは大きな役割を果たすと思うんですが、当の役所がどのぐらいあるのか把握していないと話になりませんので、そういうことを必死に調査をしていると。

1.1. 介護保険の負担率の見直しの方向性

(60, 61頁) あと、話が変わりまして、介護保険の負担というのは一律1割ということが決まっていたんですが、今後は一定以上の所得がある方は2割負担が求められるということになります。これは所得の問題と、年金収入で単身で280万円以上ある方に関しては2割負担とい

うことです。いま要介護認定者が500万人超の中で、1割ぐらいの方が2割負担に移行するのではないかということがいわれています。

(62～64頁) これは東京都の武蔵野市という所なんです、2割負担になった際の影響ということを書いているんですが、「サービスを『減らす・やめる』の回答は3割、『利用する回数を減らす』が23.8%」で(64頁)、結構な率で2割負担になった際にこういった回答があるということです、これは今年の8月から、4月から変わるんですが、実際に実施されるのは8月からということです、意外なことに認定者の1割の方なんです、1割の方が在宅サービスなり施設サービスなりを受けている方がたくさんいる中で大移動が起こり得るという可能性も無きにしも非ずなのかなという気がします。

1.2. 補足給付の見直しの方向性

(65頁) あとは制度改正の中で、ちょっと古いデータですが、「補足給付」といって、特養などに入所している期間、いろいろな補助を受けられるんですが、それを補足給付と呼んでいるんですが、その補足給付の規定が預貯金で単身で1000万円以上の方には補足給付が対象外になるということをまとめたものになります。

1.3. サービス付き高齢者向け住宅も住所地特例適用へ

(66頁) あとは「住所地特例」といって、A町からB市に移った場合に住所地特例というのを示しているんですが、この住民の方がA町の方なんです、B市で有料老人ホームに住まわれた時に、ここで何らかの介護サービスを受けるという状況の際、介護保険を給付するのはB市ではなくてA町である、これが「住所地特例」というものなんです、今までは有料老人ホーム、住宅型有料老人ホームですね、これは外付けですので。今回はサービス付き高齢者向け住宅も対象になるということです。

さらには地域密着、何度も申し上げた24時間の定期巡回とか、諸々の地域密着型サービスはその地域に住む方、B市の方限定のサービスだったんですが、今回住所地特例適用で、ここにもサービスが適用できるということになるのも大きなポイントかと思います。

1.4. サービス付き高齢者向け住宅の現状

(67,68頁) ページはちょっとまだあるんですが、サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホームの状況というのをちょっとおさらいしていきましょう。最新の数字を見ていませんが、今は16万戸から17万戸、サービス付き高齢者向け住宅は4年前に制度化指定されて、「高専賃」といわれている高齢者向け専用賃貸住宅が衣替えをしてサービス付き高齢者向け住宅というのが生まれたんですが、補助金が建築費の1割が付いて年々増えてきたと。当然もともとの高専賃が転換してサ高住になったというのはあるんですが、ご覧の通り、かなり増えてきていると、16万戸～17万戸ぐらいかと思います。

(69頁) 都道府県によってかなり差がありまして、結構西のほうが、これは高齢者に対する比率の棒グラフになるんですが、多いんです。東京は逆に少ない。北海道は結構多い。大阪が1番なんですけれども、2番目が北海道ですね。東京よりも多いという状況です。

(70頁) サービス付き高齢者向け住宅に関しては、ハードがあって、介護サービスは外から

提供してもらおうという形態ですね。ですから訪問介護とか定期巡回サービスがポイントなると。

(71, 72 頁) これはデータです。高齢者住宅財団で調べたサ高住のデータになっていますので、これも必要であれば後でご覧になってください。

(73 頁) 意外とサ高住は元気な人が多く住んでいるといわれながら、自立と要支援1、要支援2ぐらいの比率が4分の1ぐらいですので、～25%弱ですので～、意外と要介護1から上の方が比較的多く入居しています。真ん中の「日常生活」をしている人は認知症がかかりますけれど、それも認知症の方が半分ぐらいいますので、認知症の患いを持っている方も比較的多いというのが分かります。

(74 頁) だいたい併設事業所というものがありますので、冒頭の話に戻りますけれども、併設をして減算というと、ちょっと事業者は「目が点」みたいな状況ではありましたね。今後のマネジメントとしては、併設をするのか、隣地にするのか、外から持ってくるのか、いろいろな対応が求められると。

15. 有料老人ホームの現状

(75 頁) 有料老人ホームのデータがいくつか示されているんですが、ポイントは特定施設、介護付き有料老人ホームが依然として規制がかかっている、新規開設がなかなかできない状況で、札幌市も確かそうですね。

(76 頁) 住宅型の有料老人ホームは基本、規制がないので住宅型の有料老人ホームが増えているのが現状です。これもそれを示しています。昔は特定介護付きが多かったんですが、住宅型がぐんと増えてきています。

(79 頁) 有料老人ホームとサ高住との関係を表したものですが、これも高専賃の時からいろいろ議論されているんですが、「住宅なのか？ 施設なのか？」という議論ですね。昔は住宅で通しても良かったんですが、老人福祉法の改正によって、「食事や介護のサービスを1人でも受けている方がいれば、サ高住でも有料老人ホームだよ」と。これは高専賃の頃からずっといわれていました。それが、サ高住が先ほど示したように年々拡大してきまして、この1～2年前ぐらいから、少し乱暴というか拡大指向・儲け主義だけでやっている事業者がちらほら見えてきて、それがいろいろな、虐待だとか不正請求とかいうことをやらかしてしまっ、新聞ネタになったりしているんですね。それで国も注目するようになって、改めてこういうことを言い始めているという状況です。

(80 頁) 多くの中の一部でしかないとは思いますが、囲い込みをしているとか、過剰なサービスをしているとか、要は、言葉が悪いんですけど、囲い込みビジネスみたいなものから、そこに効率的なサービスを提供して入居者に利便性を提供するというのが、このビジネスですので、それを完全否定されてしまうような部分が結構あると。

(81 頁) そういう中で、指導や監査というのが全国的にサ高住において増えてきているということを示しています。

(82～87 頁) 時間がないので説明は簡単にしますが、この囲い込みの防止というのと過剰なサービスの防止というので思い出すのが、去年の診療報酬改定です。診療報酬は、在宅医療も手厚くしていこうということで15年前から訪問診療の点数とか報酬というものがぐんぐん上がってきたんですが、去年メスが入って、特に施設向けの訪問診療で、こういう囲い込み

とか、過剰なサービスをやっているのではないかと、紹介ビジネスをやっているのではないかと、かというところにすごく手痛い報酬が発表されました。今回の介護保険の減算なんていうものではないような、それをこのページでちょっと示しているの、見ていただくと分かると思います。

(87頁) 何度も言うように「病院から在宅へ」という流れを作っていこうというのが地域包括ケアなんです、集合住宅向けで一部の医療機関が荒稼ぎしているようなものがあつたからといって、大幅減算を起こすと、「病院から在宅へ」という流れに逆行してしまうのではないかと、という大きな改定であつたということです。

16. 今後の高齢者住宅をめぐる課題

(88頁) これはまとめです。原則、在宅が基本だと思います。在宅で過ごせる環境をいかにしてつくっていくのかということが皆さんのためにもなりますし、事業者もそこを考えるべきだと思います。

訪問系のサービス、定期巡回、小規模多機能等を経て、その限界点を越えた方が施設に入るという流れです。

その施設に関しては、特養・老健・療養病床というのが、やはり役割を明確化していかななくてはいけない。これは国も謳っているんですが、さらには特定施設、住宅型有料老人ホーム、サ高住、このあたりの位置づけが実ははっきりと示されてはいません。その役割を徹底化させるということが大事だと思います。当然、所得がたくさんある方は高級老人ホームに入るという選択肢もあるでしょうし、介護状態とか家族関係とかいろいろな要素がありますので、それを踏まえた上での役割の位置づけをしっかりと決めていくと。

特養に関しては、介護保険事業計画の中心に位置づけるかどうかの再考、これは自治体によっても全然バラバラなんですけれども、もう少しこれは考えていくべきではないかと。民間の事業者の事業と、補助金のある社福の事業が同じ土俵でやっていいのかどうかという議論も含めて、考えていく必要があると思います。特定施設ももう少し、個人的には、民間ノウハウを活用するという観点で増やすべきではないかなという気もします。

一方で、介護保険に依存できないという改定が今回示されましたし、今後も上がることはまずあり得ないということが分かり切っているの、そうすると生活重視という観点から見て、サ高住がいいのではないかと。特定施設や特養ではガチガチの収益体質が組み込まれていますので、それが経営の安定化につながっていたんですが、もう保険に依存できないということでは、自由な料金設定が可能な住宅タイプがいいのではないかと、ということが言えると思います。入居者の求めるニーズに対して、いろいろな自費サービスを構築できる可能性があるということ。今後、介護保険給付が細っていくことが間違いないことを考えれば、自費のサービスを付加しやすい形態がベストではないかと。サ高住に限らないんですが、自費のサービスで利用者の利便性を高めるようなものが考えられれば、ベストではないかなというふうに思います。

少し時間をオーバーしてしまいました。私の話は以上です。ありがとうございました。

(第1部終了)