

平成 17 年 11 月 7 日

厚生労働省  
老健局長 磯部 文雄 様

全国社会福祉施設経営者協議会  
会長 高岡 國士

## 平成 18 年 4 月介護報酬改定等に向けて（要望）

平成 18 年 4 月の介護保険制度改正においては、サービスの質の向上に努めている介護保険事業を営む社会福祉法人が安定的な経営を持続することができるよう、特段の配慮をいただきたく、以下の点を要望する。

### 1. 10 月介護報酬改定による介護老人福祉施設の経営への影響について、十分な配慮をいただきたい

介護老人福祉施設において保険給付の対象外とされた食費・居住費分を利用者負担段階第 4 段階の利用者に全額負担させることが困難な状況にある。平成 18 年 4 月の介護報酬改定には十分な配慮をいただきたい。

（補足説明）

- ・ 10 月改定では、居住費・食費に対し、基準費用額という「公定値」が設定され、特に、食費の基準費用額から食費差益分が減額されている。国は、第 4 段階から適切な額を徴収することにより、施設収入への影響は少ないという説明をしている。
- ・ しかし、介護老人福祉施設は、介護保険 3 施設の中でも利用者負担段階第 1～3 段階に該当する利用者の割合が高い現状である（国の公表値で 84%）。介護老人福祉施設では、低所得者層を受け入れてきたという経緯だけでなく、移り住みを前提として、世帯分離するケースが多く、他の 2 施設と比較して、当然第 4 段階の利用者が低くなる。10 月改定以降、これまで世帯分離していなかった利用者が、負担を避けるために世帯分離が進んでいる現状があり、国の公表値より低所得者割合が高くなっていると思われる。
- ・ さらに、介護老人福祉施設では、第 4 段階の所得層の中でも、比較的負担力の低い利用者が多い傾向がある。本会が平成 17 年 10 月にユニット型介護老人福祉施設を営む会員法人に実施した調査では、利用者負担第 4 段階以上の利用者に基準費用額を超える価格設定を行っているところは、「居住費」で 13%、「食費」にいたっては 0.1%以下という低い割合の結果が出ている。ユニット型介護老人福祉施設でこういった状況であり、全般に、利用者負担第 4 段階層に負担を求めにくい傾向がある。
- ・ 以上のように、介護老人福祉施設において、10 月改定の食費差益減収分を、利用

者負担に転嫁することで吸収することが極めて困難な状況については、すでに平成 17 年介護保険経営実態調査等でご認識のことと想定する（平均的に 3.5%減収という推計もある）。社会福祉法人は、資金調達手段も限られ、内部留保が十分でない法人も多いことから、この点について、改めて強調させて頂き、平成 18 年 4 月改定への配慮をお願いしたい。

## 2. 介護報酬の評価基本方針の明確化（コストに基づくものからケアの水準による評価へ）

介護報酬の設定においては、「平均的な費用」を評価するという前提であるが、ケアの水準による評価に方向付けを明確にされたい。

例えば、ケア単位や施設の規模に応じた介護報酬の設定を考える際に、この評価の基本方針を崩さないようにしていただきたい。

（補足説明）

- ・ 介護報酬は、介護保険法のうえで「サービスに要する平均的な費用」として位置づけられており、これは、事業者の経営のうえでの基本でもある。ただし、「かかった費用をもとに報酬が決まる」というのでは、より良いサービスをより効率的に提供するというインセンティブが失われることも確かである。
- ・ 平成 17 年 10 月 12 日の第 31 回社会保障審議会介護給付費分科会の資料では、要介護度別に各サービスの介護報酬を比較している表が示されているが、これは、同一要介護度で介護報酬に差があることの妥当性を比較するために国が示したものと考えられる。従来、例えば単に小規模であるために費用がかかり報酬が高く設定されるという考え方であったが、今回の改定からは小規模であることでどのようなサービスが提供でき、それをどのように評価すべきかという考え方を加味することを期待したい。
- ・ また、例えば、平成 15 年改定時に、「施設の規模による区分」が考えられ、「大規模施設における固定費用に関するスケールメリット」が言及されている（平成 13 年 12 月 10 日の第 3 回社会保障審議会介護給付費分科会）。平成 15 年改定時は、平成 14 年介護事業経営実態調査結果から規模別の利益率の差がないことから、規模別減算は見送られたが、今回も当然検討材料となることが想定される。しかし、「ケアの水準」に基づくという考え方からは、スケールメリットによる減算は想定し得ない。むしろ、大規模になるとケアの水準が下がることを明らかにする必要があることになるが、そのようなエビデンスは存在していないのではないかと。
- ・ むしろ、介護報酬の減額が続く中で、事業者が経営努力し、組織的にサービス改革を進めるための体力を維持するためにも、ある程度の規模をもつ必要があり、それを否定するような策を講じられることは回避いただきたい。

### 3. ケアの質を維持・向上を目的に介護福祉士の配置割合の高い介護保険事業所への加算

介護福祉士・看護職員が、基準に定められた介護・看護職員の員数に一定割合を乗じて得た数以上の場合について、ケアの質を維持・向上させるものとして、評価をおこなっていただきたい。

具体的には、70/100で配置していることを加算評価していただきたい。

例示)入所者50名の場合

職員配置基準(介護職員及び看護職員の数)

$(50 \text{名} \div 2 \text{名}) \times 1 / 3 = 16 \text{名} + 1 \text{名}$  (端数2名に対する追加分) = 17名

のうち介護福祉士及び看護師の数

$17 \text{名} \times 70 / 100 = 12 \text{名}$  (端数切り上げ)

(補足説明)

- ・ ケアの質に応じた介護報酬上の評価が重要と考える。ただ、現状では、ケアの質を測る妥当性・信頼性のある適切な指標がないことから、当面、介護福祉士比率をサービスの質という観点から評価することは適切と考える(職員養成に力を置き、良いサービスを提供する意識が高い施設において、職員の資格取得意向が高く、介護福祉士比率が高いという傾向は概ね認められる。また、その逆に、職員の入れ替わりが激しく、パートタイムを多用する施設では、介護福祉士比率が低いという傾向がある)。
- ・ これらが、良質な介護人材を雇用するインセンティブとなり、介護職全体の質の向上や処遇の向上、サービスの質の向上が推進されることが期待できる。
- ・ なお、ケアそのものを評価する方法の確立を急ぐ必要があり、体制だけを評価する方法については、次回改定等で再検討される必要がある。
- ・ 70/100という配置割合については、科学的な基準ではなく、本要望書の作成に当たり、本会介護保険事業経営委員会委員の施設の状況確認を行い、その結果をふまえ、適切と思われる数字である。

### 4. 介護老人福祉施設における看取りの評価

利用者本人・家族との説明・同意及び医療体制の確保(嘱託医・主治医との連携、看護師の24時間体制等)を前提として、介護老人福祉施設において看取りを行う場合を介護報酬において評価いただきたい。なお、施設としての方針の明確化、マニュアルの整備、検討会の設置、職員教育といった条件も必要と考える。

## 5 . 介護老人福祉施設における医療に関する規制の見直し

介護老人福祉施設での医療に関する規制については、利用者本位の観点から以下の点の見直しをいただきたい。

特別養護老人ホームの常勤医による処方箋発行を可能とすること  
嘱託医と同一診療科であっても、専門が異なる場合等、他科往診を可能とすること

(補足説明)

- ・ 特別養護老人ホームの常勤医による処方箋の発行は診療報酬により給付が受けられない。このことは、特養における常勤医の配置や医療体制の充実を妨げるだけでなく、被保険者である利用者の権利を侵すものとなっている。

現行、家庭で行える医療行為については、研修等の実施や記録の整備等を前提とし、介護老人福祉施設においてもその実施を同様に認めていただきたい。

(補足説明)

- ・ 在宅における訪問介護員の検温、たんの吸引などの医療行為については整理されたが、施設サービスにおける介護職員の医療行為については未整理のままである。

## 6 . 経口摂取の保持・維持に関する適正な評価

経口移行加算の要件の1つである摂食・嚥下機能障害を有し、誤嚥が認められる評価の方法を見直し、普遍性のある評価方法を確立されたい。

(補足説明)

- ・ ビデオレントゲン造影又は内視鏡検査を実施している医療機関等は限定され、コストがかかることから、事実上、経口摂取維持者が経口移行加算を算定できない状況である。
- ・ ビデオレントゲン造影又は内視鏡検査による評価のみではなく、別の評価方法も確立され、要件に幅がもたされる必要がある。

経口摂取の維持については、口腔清掃、定期的な嚥下機能の評価、嚥下訓練の実施、摂食時の正しい姿勢とベッド角・首角、ソフト食・とろみ食の提供および緊急時対応等、経口摂取の保持・維持のための具体的なケアを明示し、評価すべきである。

また、単に個別のケアだけではなく、施設内における経口摂取維持・口腔衛生体制の確立についても評価すべきである。

(補足説明)

- ・ 具体的には、経口維持・口腔衛生に関する委員会の設置、歯科医師、言語療法士、医師（耳鼻咽喉科）との連携、歯科衛生士の配置、職員研修、マニュアルの実施などの条件が考えられる。

## 7. ユニットケアにおけるソフト面の体制に対する評価

ユニット型個室におけるユニットケアリーダーの配置、ユニットごとの職員ローテーション、ユニットごとの利用者の生活スタイルの確保など、ユニットケアにおけるソフト面での体制に対して加算いただきたい。

## 8. ユニットリーダーの養成研修に関する内容の充実・強化

ユニットケアのリーダー研修の定員が少ない。ユニットケアの内容や考え方が確立された状況になく、現段階では色々なやり方が試みられて議論されるべき状況にありながら、画一的な方法や価値観が押しつけられる場合がある。研修内容充実のための見直しと改善を行っていただきたい。

## 9. リスクマネジメント体制確立のための方策実施

介護保険事業を営む社会福祉法人のリスクマネジメント体制の確立は重要な課題である。各事業者のリスクマネジメント体制の確立を促進するための方策を講じられたい。

(補足説明)

- ・ たとえば、介護事故のヒヤリ・ハット事例の収集に関する全国的なシステムの構築を推進されたい。
- ・ リスクマネジメント体制として、委員会設置、責任者配置、マニュアル整備、教育の実施、事例の収集と分析等を評価することも検討されたい。