



医業 経営情報 レポート

Available Information Report for Corporate Management

改定率プラス 1.2%で決着 2012 年介護保険制度 改正のポイント

- ① 2012 年介護報酬改定の全体動向
- ② 居宅系サービスをめぐる改正
- ③ 施設系サービスに関する改正内容

税理士法人アイム

1 | 2012 年介護報酬改定の全体動向

次期介護報酬改定 改定率プラス 1.2%

政府は 2011 年 12 月 21 日、次期介護報酬の改定率をプラス 1.2%と決定しました。厚生労働省が求めてきたプラス 2%から、下落する物価情勢を反映させる形で 0.8%を引いた数字での決着となりました。また、同時改定となる診療報酬は、全体で 0.004%とわずかながらプラス改定を確保し、2 回連続でのアップとなりました。

同 12 月 22 日厚生労働省は、ホームページで報道関係者向けに「診療報酬介護報酬改定について」を発表し、このうち介護報酬改定関連項目について下記のように整理しました。

■次期介護報酬改定の概要

平成 24 年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、以下の改定率とする。

●改定率 +1.2%

在 宅 +1.0%

施 設 +0.2%

(改定の方向)

- 介護サービス提供の効率化・重点化と機能強化を図る観点から、各サービス間の効果的な配分を行い、施設から在宅介護への移行を図る。
- 24 時間定期巡回・随時対応サービスなどの在宅サービスや、リハビリテーションなど自立支援型サービスの強化を図る。
- 介護予防・重度化予防については、真に利用者の自立を支援するものとなっているかという観点から、効率化・重点化する方向で見直しを行う。
- 介護職員の処遇改善については、これを確実にを行うため、これまで講じてきた処遇改善の措置と同様の措置を講ずることを要件として、事業者が人件費に充当するための加算を行うなど、必要な対応を講じることとする。

なお、介護報酬改定の考え方と整合を取り、平成 24 年度障害福祉サービス等報酬改定は、福祉・介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向等を踏まえ、改定率+2.0%とする。

改定に当たっては、経営実態等も踏まえた効率化・重点化を進めつつ、障害者の地域移行や地域生活の支援を推進する方向で対応する。

2025 年を見据えた改正の位置づけと全体動向

2012 年度の介護保険制度改正、及び次期介護報酬改定を 4 月に控え、新たに創設されるサービスの内容や、既存サービスの見直しや強化点が明らかになってきました。前回 2006 年の改正と比較すると、新たに創設されるサービスは、「24 時間対応型の訪問サービス」と、小規模多機能型居宅介護支援に訪問看護を組み合わせた「複合型サービス」の 2 種類にとどまるなど、次期改正の内容は小幅なものとなる見込みです。

一方で次期改正は、高齢化のピークを迎える 2025 年に向けた第一歩という位置づけとなっています。厚生労働省が推進する「地域包括ケアシステム」の実現を目指して、既存サービスの見直しが進められます。

■2012年改正のポイント

- 中重度者や医療ニーズの高い要介護者への対応を強化
- コスト高の施設から居宅系サービスへの移行を促進
- 独居世帯や老老世帯を支える新サービスを創設
- 認知症ケアの推進
- 高齢者が安心して暮らせる住まいの整備

(1)2025年を見据えたサービスの拡充

地域包括ケアシステムとは、「高齢者や要介護者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、日常生活圏域（おおむね 30 分以内で移動できる小中学校区に相当）において医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを一体的に提供する体制」と定義されています。

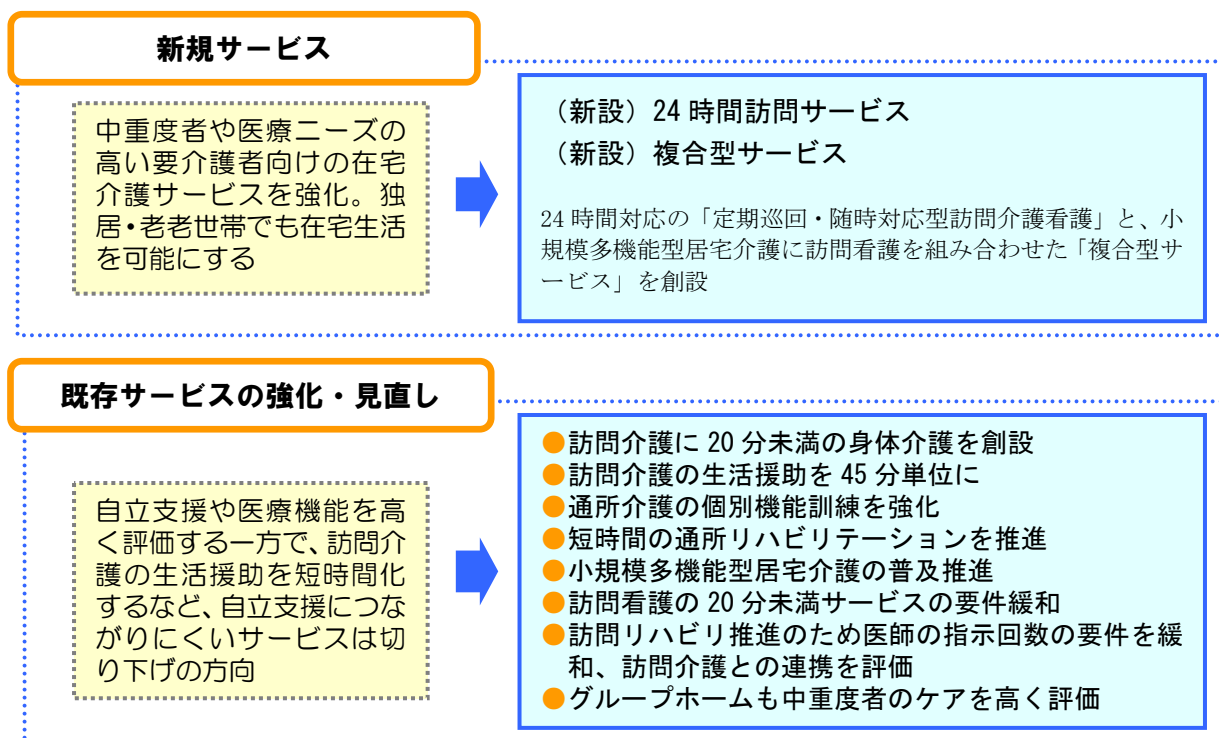
団塊の世代（1947～49 年生まれ）の高齢化が一気に進む 2010 年から 2025 年にかけて、65 歳以上の高齢者人口は約 700 万人増加し、こうした急速な高齢化は要介護者の急増を招く結果となります。

特に、75 歳以上の後期高齢者の増加は中重度者や医療ニーズが高い要介護者の生活を支える必要が高まります。また、独居世帯や老老世帯および認知症高齢者の増加、大都市圏における急速な高齢化の進展といった問題にも対応していかなければなりません。

(2)居宅系は中重度者重視と自立支援がポイント

2012 年度制度改正では、新たなサービスとして 24 時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と、小規模多機能型居宅介護に訪問看護を組み合わせた「複合型サービス」が創設されます。いずれも地域密着型サービスで、独居世帯や老老世帯の要介護者が重度化しても、在宅生活を継続できることを目的に設けられました。

■居宅系サービス

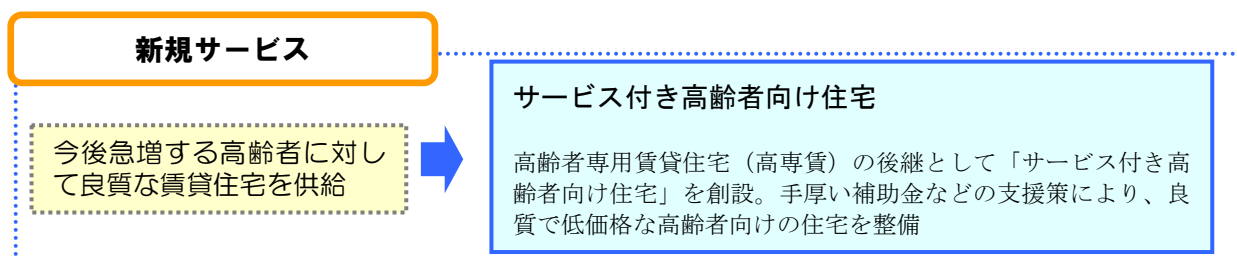


(3)施設系は役割・機能が明確化

施設サービスについては、それぞれの役割・機能をより明確化します。例えば特養は、重度者の終の棲み家として、ユニット化や看取りの機能を強化するほか、介護老人保健施設は在宅復帰のための中間施設として、リハビリ機能を拡充します。介護療養病床は 2017 年度末の廃止に向けて、介護療養型老健施設などへの転換が促進されます。一方、有料老人ホームに関しては規制強化が進みます。

国交省は、高齢者住宅の中心を利用権方式の有料老人ホームから、2011 年 10 月 20 日に制度化された賃貸借契約を主体とする「サービス付き高齢者向け住宅」(サ高住) へと移行を進めたい考えです。そこで根拠があいまいな権利金の受領を禁じるなどの措置を講じ、既存の有料老人ホームは 2015 年 4 月から、2012 年度以降に新設する有料老人ホームは当初から、権利金などが受領できなくなります。

■施設系サービス



既存サービスの強化・見直し

特養は重度者を受け入れる施設、老健施設は本来の在宅復帰施設としての機能をより強化。有料老人ホームは権利金の受領を禁じるなどして、料金体系を明確にする

- 特別養護老人ホームのユニット化・重度化対応を推進
- 介護老人保健施設は地域のリハビリ拠点としての機能を強化
- 介護療養病床は 2017 年度末に廃止
- 特定施設の看取り機能やショートステイ機能を強化
- 2015 年 4 月から有料老人ホームの入居費用の規制を強化（権利金などの受領を禁止）

(4)介護職による医療行為を拡大

医療ニーズが高い要介護者の増加をにらみ、介護職員による喀痰吸引などの医療行為も一部解禁し、介護保険法と同時に「社会福祉士及び介護福祉士法」を改正し、介護福祉士や一定の研修を受けたヘルパーによる喀痰吸引と経管栄養を可能にしました。

次期介護報酬改定では、訪問介護の「特定事業所加算」や特別養護老人ホームの「日常生活継続支援加算」の要件などに喀痰吸引の要件が加えられるほか、訪問看護や通所リハビリに加算が新設される見通しです。

■医療行為の一部解禁

新規サービス

医療ニーズの高まりから、介護職に一部医療行為の実施を容認

- 介護職員による喀痰吸引などを可能に

既存サービスの強化・見直し

2013 年度から「介護職員初任者研修過程」（初任者研修）に移行。現行の 2 級ヘルパーは初任者研修の終了者とみなす

- ホームヘルパー 2 級を 2012 年度末に廃止

(5)困難な財源の捻出と総報酬割の導入検討

厚労省は、社会保障・税一体改革成案に基づき、2015 年までに順次実施する課題として、「介護サービスの提供体制の見直し」と「負担能力に応じた介護保険料の見直し」を掲げています。

この財源確保策として検討されているのが、介護保険料への「総報酬割」の導入です。これは、40 歳以上 65 歳以上の被保険者が支払う介護保険料の徴収方法を見直し、現行の加入者数に応じた負担から、被保険者の総報酬額に応じた負担に改めるというもので、財源確保案の一つとして現在検討されています。

2 | 居宅系サービスをめぐる改正

訪問介護／定期巡回・随時対応型訪問介護看護

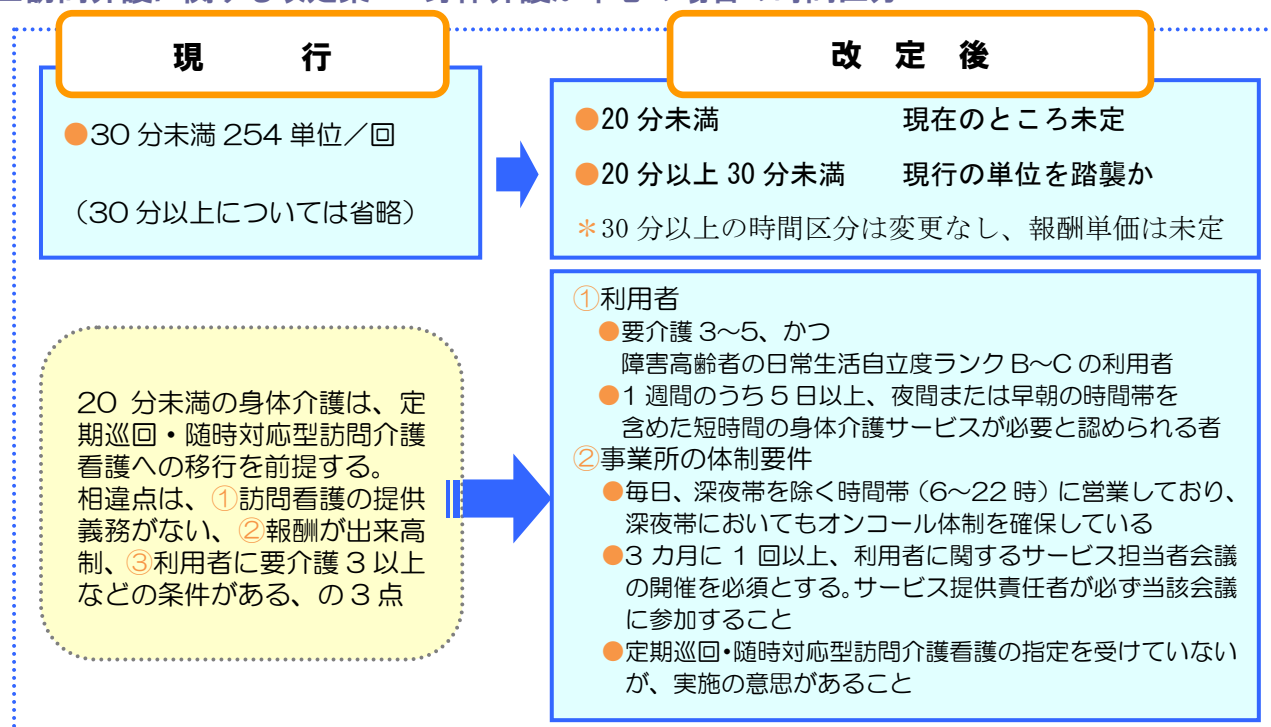
厚労省は、昨年 10 月 31 日までの給付費分科会で、訪問介護や適所介護などの居宅系サービスの見直し案を提示しました。

同 10 月 17 日に示された訪問介護の見直し内容は、①生活援助の時間区分を変更、②リハビリ職との連携を加算で評価、③ 2 級ヘルパーのサービス提供責任者（以下、サ責）を抱える事業者が減算要件、④サ責の配置数を利用者数に応じた基準にする、という 4 点です。

(1)ハードル高い短時間メニュー

2011 年 11 月 14 日に開催された給付費分科会で厚労省は、上記 4 点に加えて「20 分未満の身体介護」の創設を提案しました。ただし、この短時間身体介護は 2012 年 4 月に新設する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」（以下、24 時間訪問サービス）が普及するまでの「つなぎ」としての位置づけが強いと思われます。20 分未満の身体介護は、主に中重度者の頻回利用を想定したものですが、利用対象者や事業所の体制要件が厳格化され、厚労省は、短時間頻回の訪問介護については新設する 24 時間訪問サービスで対応すべきという意向です。

■訪問介護に関する改定案 ～身体介護が中心の場合の時間区分



(2)24時間サービスは人材要件を厳格化

4月に創設される24時間訪問サービスは、短時間の定期巡回型の訪問ケアを主体に、「訪問介護」と「訪問看護」双方を提供するものです。厚労省は定期巡回と随時対応を含め、すべて包括払いにする報酬案を示しています。要介護度に応じて訪問介護と訪問看護のそれぞれに包括報酬を設定し、訪問看護が必要な利用者には両方の報酬を算定する仕組みとしました。昨年11月14日の給付費分科会では、当初示していた看護職員の配置数やオペレーターの資格要件を見直し、いずれも当初案よりハードルを引き上げた形です。

居宅介護支援／介護予防支援

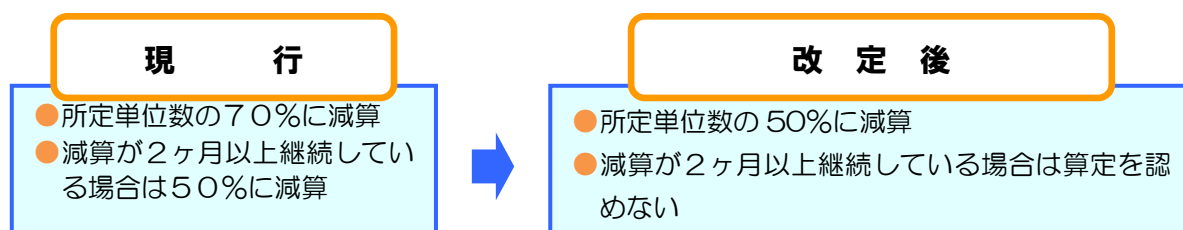
居宅介護支援と介護予防支援については、「自立支援型のケアマネジメント」の推進やケアマネジャーの質の強化、医療との連携促進などがテーマとして掲げられました。

昨年10月31日の給付費分科会で厚労省が示した案は、自立支援型のケアマネジメントの推進に関しては、現行の特定事業所加算（月300単位または500単位）により、引き続き質の高い事業所を評価します。

一方で、質の低い事業所に対するペナルティーも強化されます。居宅介護支援事業所に義務づけられているサービス担当者会議や、月に1回の状況把握（モニタリング）を実施していない場合には、現行では介護報酬を通常7割に減算し、また減算が2ヶ月続いた場合は5割とする現行の運営基準減算を強化して、減算率を当初から5割に、また2ヶ月以上続いた場合は算定そのものを認めないように改めることが検討されています。

■居宅介護支援と介護予防支援に関する改定案

●運営基準減算を強化：サービス担当者会議やモニタリングが実施されていない場合



●医療連携に関する加算を引き上げ・拡充

- 「医療連携加算」（150単位／月）を見直し、医療機関を実際に訪問して必要な情報を提供した場合を高く評価
- 診療報酬で評価している「在宅患者緊急時等カンファレンス料」などに相当する加算を介護報酬に新設

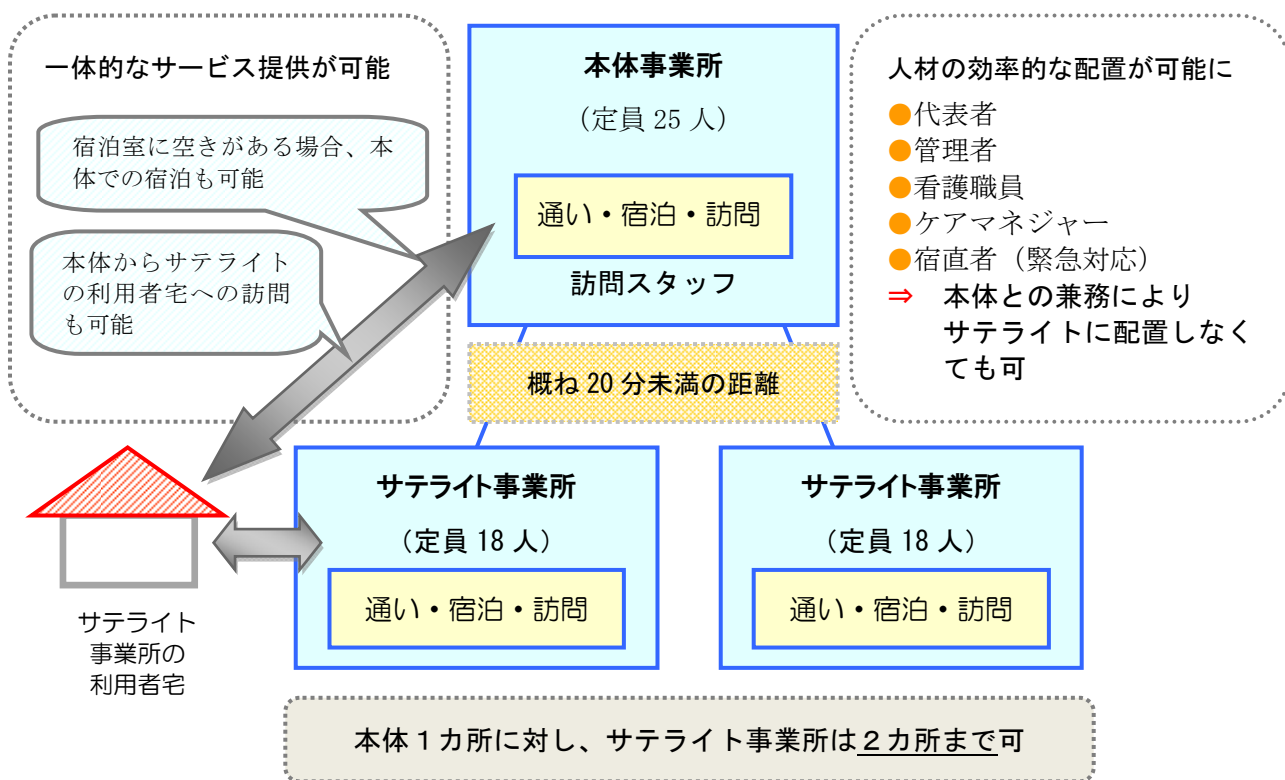
小規模多機能型居宅介護／複合型サービス

2006 年度に創設された小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアシステムを支える今後の主力サービスの一つと位置づけ、その普及促進の観点から見直しが図られます。

厚労省は昨年 11 月 10 日に示した見直し案で、「サテライト型事業所」の創設を提案しました。本体事業所と一体的に運営する小規模事業所（サテライト）の開設を認め、サービスの普及拡大と人材の有効活用を図るといふものです。

なお、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた新サービス「複合型サービス」にも同様に、サテライトの開設を認める方向としています。

■サテライト型事業所(小規模多機能型居宅介護)のイメージ



| | 本体事業所 | サテライト事業所 |
|------|------------------|------------------|
| 登録定員 | 25 人まで | 18 人まで |
| 通い定員 | 登録定員の 1/2～15 人まで | 登録定員の 1/2～12 人まで |
| 宿泊定員 | 通い定員の 1/3～9 人まで | 通い定員の 1/3～6 人まで |

(*) 日経ヘルスケア：2011 年 12 月号掲載のイメージ図を基に作成

認知症対応型共同生活介護

11月14日の給付費分科会では、「認知症に対応した適切な介護サービスの提供」の方向性として、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）や小規模多機能型居宅介護、および24時間訪問サービスの基盤整備が掲げられました。

同時に示されたグループホームの見直し案にも加算の引き上げなどを盛り込み、サービスの強化が図られることとなりますが、その内容は、重度者対応の強化と夜間ケア体制の充実が中心となっています。

■グループホームに関する厚生労働省の改定案のポイント

- 基本報酬は「重度に手厚く、軽度は引き下げ」の方向で見直し
 - 要介護度に対して比較的フラットな報酬体系から、重度者に手厚く、軽度者は引き下げる方向で見直し
 - 1ユニットと2ユニットで収支差率に開きがあることから、ユニット別の報酬単価を設定しバランスを取る
- 夜間職員の例外規定「2ユニットに1人」を廃止
 - 夜間における安全確保を図るため、現行の「2ユニットに1人」という夜勤職員配置の例外規定を廃止し、「1ユニット当たり1人」の配置を義務づけ
- 夜間ケア加算を引き上げ
 - 例外規定の廃止に伴い、現行の夜間ケア加算（25単位／日）の報酬単価を引き上げ
- 看取り介護加算で死亡日などを手厚く評価
 - 看取り介護の対応強化を進めるため、現行の看取り介護加算（80単位／日）の算定期間を見直し（死亡日や死亡日直前の一定期間）

3 | 施設系サービスに関する改正内容

介護老人福祉施設

介護老人福祉施設（特養）は、逆風の改定になる可能性が高くなっています。2011年介護実調で収支差率が9.3%と高かったことや、政府の社会保障・税一体改革成案で地域包括ケアシステムの実現に向けて施設の重点化（重度者対応へのシフトと在宅への移行促進）が盛り込まれたことなどが主な要因です。

厚労省が昨年11月10日の給付費分科会で示した改定案には厳しい内容が多く、要介護度別の報酬適正化を目指す項目が挙げられました。具体的には、重度者の受け入れ促進を図るために軽度者の基本報酬引き下げがあり、これはユニット型個室か多床室かを問わず、全体に共通した対応となりそうです。

■介護老人福祉施設に関する厚労省の改定案のポイント

●医療提供体制の強化

- 現在、末期がんなどの入所者のみにしか認められていない外部の医師による訪問診療の範囲をターミナルケアなどの分野に限って拡大

●個室ユニットケアの推進方策

- 所得水準が第3段階（本人年金額：80万円超～211万円未満）のユニット型個室の補足給付を拡充する一方、第4段階以上の多床室の入所者から共用スペースを除外した室料を月8,000円程度徴収
- 地方分権改革推進計画及び地方分権一括法により、特養の居室定員は地方自治体が参酌すべき標準として1人（自治体が認める場合は2人以上でも可）となったことに伴い、2012年4月以降に開設した多床室の特養は介護報酬を減額

●基本報酬の見直し

- 要介護度別の報酬の適正化（個室ユニットか多床室かを問わない）

●重度対応を軸とした各種加算の新設・再編

- 口腔機能維持管理加算に関連し、歯科衛生士が介護職員に技術指導を行なった場合を評価する現行の加算とは別個に、これまで評価対象外だった歯科衛生士自らが週1回以上入所者に口腔ケアを行なった場合の加算を新設
- 手厚い人員配置で重度者に対するケアを評価した日常生活継続支援加算の算定要件を拡大

厳しい改定案の中でも入所者の重度化には介護報酬で対応する方針が示されており、医療提供体制の見直しはその一例となります。現在、特養は指定基準で医師の配置が義務づけられ、外部の医師による入所者に対する訪問診療は、末期がん患者を対象とする場合に限られています。これを末期がん以外のターミナルの入所者まで拡大し、医療提供体制を充実させる方向です。ただし、その場合の報酬は医療保険で賄うこととなるため、中医協の了承を得ることが必要など、今後調整が続けられる項目です。

もう一つは口腔ケアと栄養管理の充実です。両者とも重度化予防に欠かせない要素であるため、報酬で評価されます。これは特養だけでなく、介護老人保健施設や介護療養型医療施設も同様の評価になります。

介護老人保健施設

老健施設については「在宅復帰支援施設」としての役割が強化される方向が明らかとなっています。そのための筆頭に挙げられるのは基本報酬の見直しで、在宅復帰支援機能が充実した施設「在宅復帰・在宅療養強化型介護老人保健施設」（仮称）を新設し、既存の老健施設の報酬単価より高く評価するという内容です。

しかし、算定要件は厳しく、①直近6カ月間の在宅復帰率50%以上、②1カ月当たりのベッド回転率10%以上、の双方を満たす必要があります。

介護老人保健施設における改正案のポイントは、下記のとおりです。

■介護老人保健施設に関する厚労省の改正案のポイント

【介護療養型以外の老健施設】

●在宅復帰・在宅療養支援機能を強化した基本報酬を新設

- 在宅復帰率とベッド回転率が一定割合以上の算定要件を満たす「在宅復帰・在宅療養強化型介護老人保健施設」（仮称）の基本報酬を新設し、それ以外の老健施設より高く評価

- 強化型以外の老健施設の基本報酬は引き下げ

●在宅復帰とリハビリ機能強化を軸に各種加算を新設・再編

- 現在2段階ある在宅復帰支援機能加算を一本化

ベッド回転率5%以上という算定要件を加えて厳格化した上で、在宅復帰・在宅療養強化型以外の老健施設のみ算定可能に

- 入所者が入所する前から自宅などを訪問し、在宅復帰に向けたサービス計画を策定した場合の加算を新設

- 入所者が肺炎や尿路感染症などの疾病を発症した際、施設内で対応した場合の加算

を新設

- ターミナルケア加算を再編し、死亡日に近いほど高い報酬に再編

【介護療養型老健施設】

- より医療必要度の高い入所者を受け入れる介護療養型老健施設の基本報酬を新設
 - 喀痰吸引、経管栄養を実施している入所者および重度認知症の受け入れ割合が高い「介護療養型老人保健施設（強化型）」（仮称）の基本報酬を新設し、それ以外の介護療養型老健施設の基本報酬より高く評価
 - 強化型以外の介護療養型老健施設の基本報酬は引き下げ
- ターミナルケア加算の再編
 - 介護療養型老健施設の同加算の報酬単価をそれ以外の老健施設より高めに設定
入所者もしくは入所者の居宅で亡くなった場合という算定要件を撤廃し、医療機関などで亡くなった場合も算定可能に

介護療養型医療施設

介護療養病床は 2017 年度末で廃止の方針が決まっているため、老健施設などへの転換促進を図る見直しが進められ、基本報酬は引き下げの方向で検討されています。

老健施設などへの転換を前提に、人員配置基準を一部緩和している「経過型介護療養型医療施設」についても、2011 年度末までの期限を 6 年延長する方針である一方、2012 年度以降の新規指定は認められません。

■介護療養病床に関する厚労省の改定案のポイント

- 介護療養型老健施設などへの転換促進
 - 介護療養病床は 6 年後に廃止方針のため、基本報酬を引き下げ
 - 有償診療所を併設した介護療養型老健施設に転換する場合、一定の条件で介護療養型老健施設の増床を認容
 - 2012 年 3 月 31 日までに療養病床から転換した場合、大規模改修などを実施するまでの間、1 床当たりの面積が本来 8.0 m²のところを 6.4 m²のままで可能とする緩和措置を 2018 年 3 月 31 日までに転換した場合に延長
 - 2012 年 3 月 31 日までの転換を前提に人員配置基準を一部緩和している「経過型介護療養型医療施設」について、転換期限を 2018 年 3 月 31 日までに延長する方向で検討する一方、2012 年 4 月から新規の指定は認めない

●各種加算の新設

- 口腔・栄養関連の加算の新設、再編は特養と同様の対応

特定施設入所者生活介護

特定施設入所者生活介護は、在宅での限界点を高めるという地域包括ケアシステムの方針に沿った改定内容になると予測されます。

具体的なものとしては、昨年 11 月 10 日の給付費分科会の厚労省案に「看取り介護加算」の新設が盛り込まれたほか、在宅で要介護者を支える家族のレスパイト（休息）を確保するため、空室の短期利用を認める案も提示されています。

さらに、基本報酬の見直しも提案され、要支援と要介護の介護報酬の適正化が図られる見通しとなっています。

■特定施設に関する厚労省の改定案のポイント

●看取り介護加算を新設

- 入所者の重度化が進んでいることなどを勘案し、グループホームと同様に看取り介護加算を新設

●空室の短期利用を解禁

- レスパイトケア充実のため、グループホームと同様に、空室の短期利用を認める
 - ①定員の範囲内で、空室や短期利用専用の居室などを利用、
 - ②事前に利用期間は 30 日と定める、
 - ③個室利用に限る、
 - ④定員の 10%を上限、
 - ⑤入居者 80%以上、
 - ⑥家賃、サービス対価以外の金品の受領禁止、等の要件

●基本報酬の見直し

- 要支援者を受け入れている施設の方が要介護者のみを受けている施設より収支差率が高いため、要支援と要介護の介護報酬バランスを適正化

■参考文献

日経ヘルスケア 12 月号 特集記事「ここまで分かった 2012 年介護保険制度改正」