

シルバー新報

発行所：環境新聞社 東京都新宿区四谷3-1-3(第一富澤ビル) 電話 03(3359)5372
大阪市中央区久太郎町3-1-15 電話 06(6252)5895

2020年(令和2年)
9月25日
(金曜日)

介護の文化を創る専門紙
年間購読料 21,000円(税別)

- 目次
- 土生栄二新老健局長インタビュー……2面
 - 4割の高齢者、外出頻度が低下……3面
 - 「馬乗り形電動車いす」がJIS制定……4面
 - HIV陽性の高齢者の受け入れ問題も……8面

来年度省令改正へ

要介護者も総合事業利用可に

市民団体、家族の会「断固反対」の声相次ぐ



厚生労働省は、来年度から介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型・通所型サービスについて要介護認定を受けた要介護者も利用できるように、現在省令改正を行う準備を進めている。サービスの選択の幅が広がる住民主体型サービスが交付金削減に繋がる懸念から反対の声が相次いでいる。人材不足がごまかされも深刻化しているヘルパーをますます確保させ、訪問介護サービス自体が成り立たなくなる可能性もある。

介護予防・日常生活支援総合事業は2014年の介護保険法改正で創設。要支援1・2の人へ、業のサービスも継続して訪問介護と通所介護は介護保険給付から外れ、市町村事業である総合事業での訪問型・通所型サービスを利用することになった。

今回の省令改正は、要支援者限定とする総合事業の訪問・通所サービスを、要介護認定者も利用できるようにする内容だ。昨年12月の社会保障審議会介護保険部会が取りまとめた制度見直しに関する意見書の内容を受けて、田村憲久厚生労働大臣は省令改正の撤回を求める「緊急声明」を出した。

その理由で筆頭に挙げられているのは「給付削減」への危機感だ。要支援から要介護になって総合事業にとりかかるとも受給権の侵害にもつながりかねない。また、総合事業の利用にあたり「本

人希望が強いなか、市町村が認めない場合とされているが、行政判断が優先される可能性を指摘。この背景には新型コロナウイルス対策の介護報酬削減が影響している。ヘルパーを確保し、訪問介護サービス自体が成り立たなくなる可能性もある。

「絶対に認められない。意見募集真っ只中の19日、利用者側の立場で日本最大の団体組織、認知症の人と家族の会(鈴木泰夫代表理事)は、田村憲久厚生労働大臣に省令改正の撤回を求める「緊急声明」を出した。

その理由で筆頭に挙げられているのは「給付削減」への危機感だ。要支援から要介護になって総合事業にとりかかるとも受給権の侵害にもつながりかねない。また、総合事業の利用にあたり「本

能とする観点からの見直し」と説明。来年度4月から第8期介護保険事業計画が始まるタイミングに合わせて、今年省令改正案のパブリックコメントが行われたと述べた。

「絶対に認められない。意見募集真っ只中の19日、利用者側の立場で日本最大の団体組織、認知症の人と家族の会(鈴木泰夫代表理事)は、田村憲久厚生労働大臣に省令改正の撤回を求める「緊急声明」を出した。

その理由で筆頭に挙げられているのは「給付削減」への危機感だ。要支援から要介護になって総合事業にとりかかるとも受給権の侵害にもつながりかねない。また、総合事業の利用にあたり「本

「緊急声明」を出した。その理由で筆頭に挙げられているのは「給付削減」への危機感だ。要支援から要介護になって総合事業にとりかかるとも受給権の侵害にもつながりかねない。また、総合事業の利用にあたり「本

「緊急声明」を出した。その理由で筆頭に挙げられているのは「給付削減」への危機感だ。要支援から要介護になって総合事業にとりかかるとも受給権の侵害にもつながりかねない。また、総合事業の利用にあたり「本

「緊急声明」を出した。その理由で筆頭に挙げられているのは「給付削減」への危機感だ。要支援から要介護になって総合事業にとりかかるとも受給権の侵害にもつながりかねない。また、総合事業の利用にあたり「本

「緊急声明」を出した。その理由で筆頭に挙げられているのは「給付削減」への危機感だ。要支援から要介護になって総合事業にとりかかるとも受給権の侵害にもつながりかねない。また、総合事業の利用にあたり「本

「緊急声明」を出した。その理由で筆頭に挙げられているのは「給付削減」への危機感だ。要支援から要介護になって総合事業にとりかかるとも受給権の侵害にもつながりかねない。また、総合事業の利用にあたり「本

「緊急声明」を出した。その理由で筆頭に挙げられているのは「給付削減」への危機感だ。要支援から要介護になって総合事業にとりかかるとも受給権の侵害にもつながりかねない。また、総合事業の利用にあたり「本

遊歩道

▽介護未経験者が基礎的な知識・スキルを身につけるための入門的研修。2018年度に創設されたものの、実施する自治体は少なく、受講者数も低迷していた。それがコロナ禍で申し込みが急増しているという。▽園に先駆けて入門的研修を実施してきた東京都豊島区。今年6、7月に実施した研修には20人の定員に対し50人の申し込みがあり、抽選を実施。年代も70・80代から30・60代に若返った。区は、キャリアアップにつながるため、介護事業者が研修修了者を雇用して生活援助従事者研修や介護職員初任者研修を受講・修了させた場合、その費用を全額助成する方針だ。▽雇止めなどが多いのは、飲食などの対人サービス業。不謹慎な言い方ではあるが、深刻な人材不足にあえぐ介護業界にとってはチャンスだ。もちろん、教育投資は必要になるが、やる気が資質のある人材が介護業界の扉をたたいてくれる。

介護のヒントと可能性を実感する
10の取組事例、ここに揃う!

https://www.kaigotsuki-home.or.jp/schedule/2020/223

10.15 (木)
14:30-16:30
Youtube ライブ配信

優秀賞 10組の発表動画を事前視聴して
グランプリと準グランプリを選考しよう!

研究サミット当日は、優秀賞 10組と
オンラインでつないで、受賞者の発表と
特別講演をライブ配信でお届けします。

「高齢者の人生に彩りを添える介護プライド!」
～介護の仕事は高い専門性と豊かな心を持つこと～」

一般社団法人全国介護付きホーム協会主催
第8回介護付きホーム事例発表大会

入会申込
お問合せ

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-18-6 クロスオフィス内幸町1006
TEL:03-6812-7110 FAX:03-6812-7115

介護予防・日常生活支援総合事業を実施する上での課題①

- 介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型・通所型サービスは、**要支援者及び基本チェックリスト該当者（事業対象者）が支援の対象。**
- こうした中で、一定数の市町村において、同サービスを実施する上での課題として、「**対象者が要支援者等に限られてしまっていることで、事業が実施しにくい**」と回答。

<総合事業における訪問型・通所型サービスを実施する上での課題>

「対象者が要支援者等に限られてしまっていることで、事業が実施しにくい」と回答した市町村の割合 (n=1,686)

サービス類型	割合
サービスA (緩和した基準によるサービス)	17.3%
サービスB (住民主体による支援)	31.1%
サービスC (短期集中予防サービス)	21.8%
サービスD (移動支援)	28.8%

(注) 平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社N T Tデータ経営研究所)を基に作成

77

介護予防・日常生活支援総合事業を実施する上での課題②

<総合事業に関する意見（支援の対象者に関する事項）> (1/2)

市区町村	実施時期	総合事業に関する意見（自由記述）
A町	平成27年4月	軽度者（要介護2）まで対象を拡大してほしい。要介護認定との繋がりが出来なかったり、要介護者でも総合事業により自立支援を促せるケースもあるにも関わらず、体系的な支援が組めない。
B市	平成28年2月	要介護者をサービスBにおける費用控分の対象に含めてほしい。 (活動者にとって、事業対象者・要支援者・要介護者はいずれも「困っているかた」であることは同じであるが、要介護者のみ補助対象外であることにより、サービス提供の拒否・住民同士の関係性の悪化が起きてしまうため)
C町	平成28年3月	高齢化が著しい当町にとって、要介護者と要支援者（事業対象者）は隣り合わせである。せっかく利用し慣れた緩和サービスが、要介護認定になれば利用できなくなることで自体が不自然である。総合事業の対象者が要介護2までに早く広がってほしい。
D市	平成28年4月	サービスBはケアプランに基づいてサービスを利用するというハードルが高い。しかし、それがないと対象者の選別ができず、総合事業の補助の対象とすべし。ケアプランの作成、利用者の半分（割合控分含む）は事業の対象者というのをどうクリアし、利用しやすい補助制度を策定するのが課題である。
E町	平成28年4月	対象者が、要支援やそれに準ずる方が対象とされており、地域住民全体でもないため非常に制度として実施しにくい。地域の高齢化が進み住民主体で考えることが難しく、相当事業で実施しても非効率なため、事業所運営の他の制度での補助金が必要な状況である。
F町	平成28年4月	総合事業は、国による画一的なサービスではなく、地域の実情に合わせた市町村独自の多様なサービスを展開することで、地域独自の支えあい活動を推進し、加えて介護保険財政の健全化を図ることを目的としていると理解しているが、対象者や事業内容等の制限で思うような事業実施・展開が図れていない。(特に訪問B及び訪問D)
G村	平成28年10月	事業主体や担い手不足によりサービス創出が困難であり、また、事業対象者が限られサービス実施が容易でない。
H市	平成28年10月	訪問型B、通所型Bについて対象者が要支援者等に限られることで、住民が主となり実施しているにもかかわらず、事務負担が大きくなることも、事業が実施しにくい。

(注) 平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社N T Tデータ経営研究所)を基に作成

78

2

介護予防・日常生活支援総合事業を実施する上での課題②

<総合事業に関する意見（支援の対象者に関する事項）>（2/2）

市区町村	実施時期	総合事業に関する意見（自由記述）
I市	平成29年1月	要支援及び事業対象者に限られるため、事業展開がしにくい。元気高齢者、事業対象者、要支援者、要介護者の区別なく、全ての高齢者がサービスを利用できるようにしていただきたい。
J町	平成29年4月	対象者が、要支援1・2、事業対象者に限定されているため、小規模自治体では独自の展開を進めにくい。B型のサービスは助け合い主体のサービスであるが、助け合いを総合事業にはめ込むには無理がある。サービスの対象者を限定しているような制度に助け合いはなじまない。
K市	平成29年4月	これまで、要支援者に限られていた通所・訪問サービスが事業対象者まで拡大になったことで費用が増大している。
L町	平成29年4月	ようやく要支援者と事業対象者が利用できるサービス体制が整いつつある中で、さらに対象が増えることにより事務量等も含め負担がかかるため、この体制のまま継続していければと思う。 通所C利用者が状態がよくなり一般介護予防事業へ、通所A利用者が通所Cから一般介護予防事業へもしくはC事業とA事業を行き来しながら維持する、現行相当サービス利用者が状態がよくなり通所Aへ等といった具合に介護保険申請をせずしていかにかに状態を保ちながら年齢を重ねていくか、サービス利用の良い循環ができればよいと思うが、どのようにその良い循環を生まれるようにすることができるかが課題である。
M町	平成29年4月	総合事業全体を理解し組み立てるための人材が少なく、また、大きな負担であった。独自性が出せるところはよいが、他法の壁や対象者と非対象者との混合事業としての取り組みなどを柔軟にできるような制度の構築を望む。
N市	平成29年4月	介護予防・生活支援サービス事業については、制度の複雑さ、多様さから制度の理解を被保険者や事業者、団体に浸透させるのが難しく、住民主体のサービスは広がらない。対象者を要支援者等に要介護者を加えることで複雑さを解消させてほしい。
O市	平成29年4月	住民主体型サービスBや生活支援サービスについては、対象者が要支援者等に絞られることにより複雑化して担い手の確保が進まない。生活の中の少しの困りごとは総合事業対象者に限ったことではなく、多様な担い手を増やしていく戦略であるなら、補助の在り方など柔軟にしてほしい。

(注) 平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社N T Tデータ経営研究所)を基に作成

79

世田谷区の実践事例

○ 世田谷区では、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスB（住民主体による支援）において、以下の取組を実施。

★要介護になっても通い続けられる場

■金曜倶楽部■

平成28年5月より活動開始。

開設当初は要支援認定者等のみの利用であったが、緩やかに状態が低下している参加者もあり、現在は約半数が要介護認定者となっている。要介護になっても、週1回の活動を楽しみに体調や身だしなみを整え、雨にも風にも、暑さ寒さにも負けず、自力で通い続けている。運営者と参加者、双方の「また来週」という思いが、重度化防止につながっている。



◆課題

■事業対象要件の緩和

補助により実施する通所型の住民主体型サービスについて、利用者の過半数を要支援者等とする規定が非常に大きな課題となっている。要介護認定を受けたからといって、即、住民主体型サービスの利用を中止し介護給付の通所型サービスに切り替えるより、引き続き、住民主体型サービスを利用し地域でのつながりを継続することが重度化防止につながるものと考えており、要件の緩和が必要と考える。

■活動場所の確保

区民利用施設の利用状況は既に飽和状態であり、現状でも月2回程度しか利用できないため、週1回の活動の場の確保は困難。区内の高齢者施設等はセキュリティや衛生面の問題から、定期的かつ継続的な借用は難しい。店舗や個人宅等、複数名が活動できる広さの確保は容易ではない。

■住民主体の取り組みの実態把握

区内には、スポーツクラブやフィットネスのほか、医療機関等が実施する地域の介護予防教室や、区体育施設で実施される体操教室等、インフォーマルな資源が多数あるため介護予防の活動の選択肢が多く、いわゆる「通いの場」には限られない。そのため、住民主体の取り組みの全容を把握することは、ほぼ不可能である。

■評価指標の考え方

保険者機能強化推進交付金の通いの場の評価指標が、地域の実情に合っていない。地域支援事業として実施していることから、地域の実情に応じた目標設定及び、目標に対する達成度で評価するような仕組みができるとよい。

(注) 「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」(第2回) (令和元年7月3日)における世田谷区の実践事例発表資料を基に作成

80

日に完了し
行為通知書に記載さ
れた高さまでの埋め立
てが完了したもので、
土砂の
「埋め立て全部が終
わったわけではない」
としています。引き続
き、かさ上げ工事も
続くとみられま

縄防衛局
き、かさ上げ工事も
続くとみられま

10/2

会長は30日に「真意が正
確に伝わるよう、より丁寧な説明をする」ように

うな
杉田氏の発言撤回と謝
罪、辞職を求める署名を
行っているフラワーデモ
は10月1日、同氏のプロ
グ更新を受け、「性暴力
同党
と性暴力被害者、支援
来者、および従軍慰安婦」
被害
問題への理解がおよそま
いて
ったくない、謝罪にあた
です
らないものです。自民党
グで
は私たちの抗議の声を受
け取ってください」と表
政調
明しました。

現時点では工事全体の
一部にすぎない」と指
摘。県の試算では、今
年8月末時点の土砂投

備するとして、8億円
を盛り込みました。
木更津駐屯地では、
2017年からSUB

に木更津市へ行くた記
明によると、格納庫を
新たに2棟建設し、同
時に整備する機数を

件数を在在并力する
ており、18年度は15万
9838件で前年度比
19・5%増でした。今

介護制度改変の根拠にされた世田谷区

区長「求めているない」

党区議に答弁

東京都世田谷区の保
坂展人区長は9月30日
の区議会で、厚生労働
省が「省令改正」で狙
っている介護制度改変
の根拠として同区の資
料が使われたことにつ
いて「そういうことを
求めたのではないと、
厚労省に対して改めて
しっかりと伝える」と述
べました。日本共産党
の江口順子区議の質問
に答えました。

「省令改正」は、要
介護度が比較的軽い要
支援1、2の人向けに
市町村が実施している
総合事業について、
「本人の希望」と「市
町村の判断」を前提に
要介護1〜5の人も対
象とすることができると
ようにするもの。厚労
省は自治体から要望が
上がっていると、なか
でも世田谷区が同省
の検討会に提出した資
料を最大の根拠として
いました。

政府や財界は、要介
護1、2を現在の介護
保険給付から総合事業
に移すことを狙ってお
り、介護関係者からは
今回の「省令改正」が
その突破口になりかね
ないと危惧が広がって
います。

保坂氏は、ポランテ
リアなど「住民主体
型」の総合事業の利用
者のなかに、要支援か
ら要介護に状態が変化
した後も総合事業の利
用を希望する声があ
り、「(区)の資料は」柔
軟な対応をしてほしい
ということを示した
ものだ」と指摘。「す
べての要介護者を総合
支援(事業)に移行さ
せてくれとは全く考え
ていないし、言っても
いない」と明言しまし
た。

保坂氏はまた、要介
護者を総合事業に移す
ことができるようにす
るのは「改悪だ」と指
摘。「(区)の資料が」大
変大きな制度の議論の
なかで普遍化されると
いうのは、そもそもお
かしなことだ」と述べ
ました。

報道

か

る改正組織犯罪処罰
法に反対した人物らが
含まれたことを挙げ
「学問の自由を介入し
た」と批判した」と赤

ニュースで、立憲民主
党の安住淳国対委員長
が記者団に対し「政治
的意図を持っていたと
すれば看過できないの

学術会議法改定
質疑と政府答弁
日本共産党の志位和
夫委員長が1日の記者

949年1月)での総
理大臣祝辞で「日本学
術会議は勿論国の機関
ではありませんが、その
使命達成のためには、
時々の政治的便宜のた

がその当時言われたこ
とと変わってはおりま
せんし、変えるべきで
はないと思っております
す」「推薦制もちゃん
と歯止めをつけて、た

立憲民主党の安住淳国対
委員長は1日、費用が高額と
批判が出ている故中曽根康
元首相の内閣・自民党合同
に関し、「こういう公費の支
は昭和の時代から続いてき
ているが、そろそろ慣例を見
すときにきているのではな
か」と述べました。国会内
記者団の質問に答えました

この問題について、自民
の二階俊博幹事長は9月29
の記者会見で、「中曽根氏
長きにわたる活躍に日本国
自民党として精いっぱい
の送りをするのは当然だ。費
に言及するつもりはない」
述べ、問題視しない考えを
しています。また、佐藤勉

「合同葬の見直しを」

「介護保険施行規則の一部改正する省令案」に対する意見

2020年9月23日 全日本民主医療機関連合会 会長 増田 剛
東京都文京区湯島 2-4-4 平和と労働センター内
TEL 03-5842-6451 FAX 03-5842-6460

総合事業(第1号事業)の「対象者の弾力化」案について撤回を求めます。理由は以下の通りです。

(1) 「対象者の弾力化」を図る根拠が不鮮明です。昨年10月の第83回介護保険部会で提案された際、「平成30年度老人保健健康推進等補助金調査研究事業」調査結果(NTTデータ経営研究所)が紹介され、「弾力化」を求める一部自治体の声が根拠として示されました。しかし果たしてこれが自治体多数の意見なのか、

げられていた東京都世田谷区の担当者は「要望ではなく、課題を整理したもの」と明言しているとも報じられています。「弾力化」先にありきという唐突感が拭えません。

(2) 要介護者にとって利用可能なサービスの拡大につながる面はありますが、そのための受け皿が十分確保できるのか疑問です。「多様なサービス」のうちA型サービス(基準緩和型)では、担い手として10数時間の研修受講者が想定されていますが確保が困難な状況が続いており、常勤の専門職が低い単価で対応せざるを得ず事業所の経営を悪化させる要因になっています。採算や職員体制の厳しさから事業から撤退するケース(過去に全国大手の事業者が一斉に手を引いたこともありましたが)、事業を受託したものの実際に利用者を受け入れていないケースもあります。B型サービス(住民主体のボランティア)では、小規模の自治体などでボランティアの確保自体に大変苦慮している実態があります。こうした現状のまま「対象者の弾力化」が図られることになれば、「本人の希望を踏まえて」とされてもそれが適えられない事態や、総合事業における市町村間の格差をいっそう広げることになりかねません。

(3) 最大の懸念は、給付の「重点化・効率化」の流れの中で、「対象者の弾力化」が要介護者のサービスを総合事業に移し替えていく布石になりかねないという点です。昨年、要介護1、2の生活援助等を地域支援事業に移す改正案が論点として示されましたが、審議会の中でも反対の声が強く寄せられ見送りになりました。一方、財務省は、最初は要介護1、2の全てのサービスの地域支援事業への移行、最近では要介護1、2の訪問介護、通所介護の同事業への移行を繰り返し提言しています。「財政の健全化」が要請されている中、「対象者の弾力化」でサービスメニューを広げたいという一部自治体の意向を逆手にとって、財務省の意向に沿った形で要介護者の介護サービスの縮小・切り捨てに向かっていくことにならないか、強い危機感を抱かざるを得ません。

(4) さらに、今回提案されている「弾力化」は、軽度(要介護1、2)のみならず、全要介護者(要介護1~5)を対象にするとされています。このことが生活援助(訪問介護)を保険給付の対象から全面的に外していく流れにつながる端緒とならないか懸念しています。財務省は要介護1、2の全サービスを地域支援事業に移行させることを提言した際、生活援助については「原則自己負担」とする案を示しました。この背景に生活援助(見守り型の支援を除く家事援助)には専門性を認めない一貫した姿勢があることは見逃せません。すでに介護報酬を切り下げを前提に生活援助に特化した新たな資格が創設されるなど(2018年度介護報酬改定)、保険給付の生活援助を縮小させていくことが方向づけられています。要介護者に対する生活援助が、最終的に無資格者・ボランティアが担う「多様なサービス」に置き換えられていくことがあってはなりません。

今回提案されている総合事業(第1号事業)の「対象者の弾力化」は利用者のサービス受給権に大きな影響を及ぼすものです。省令改正による対応ではなく、国会での審議を経るべきと考えます。7月末に示された第8期介護保険事業(支援)計画「基本指針」では、すでに「対象者の弾力化」を前提にして計画を策定するよう自治体に求めています。この部分は現時点で白紙に戻すべきです。また、「サービス価格の上限の弾力化」も合わせて提案されていますが、適切な単価の設定や総合事業全体の安定的な運営が可能となるよう、各自治体に課せられている予算の上限は撤廃すべきと考えます。

厚労省の調査では、「従前相当サービス」(訪問型・通所型)の実施継続もしくは増やすことを表明している自治体が8割を超えており、同サービスが要支援者の生活を支える上で、「多様なサービス」に置き換えられない不可欠なサービスとなっていることを示しています。自治体の声を生かすのであれば、「対象者の弾力化」ではなく、「従前相当サービス」を「事業」から従前の「予防給付」に戻し、いっそうの強化を図るべきと考えます。

(以上)

⑥

2020年6月29日

厚生労働大臣 加藤勝信 様

公益社団法人認知症の人と家族の会
代表理事 鈴木 森夫

新型コロナウイルス感染症に係る介護報酬の特例措置による サービス利用者への負担押し付けの撤回を求める緊急要請

日ごろより、当会の活動にご理解、ご支援いただき、ありがとうございます。

さて、厚生労働省から6月1日付で、各都道府県等の介護保険担当主管部局あての事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取り扱いについて(第12報)」が、また、6月15日付で、「同(第13報)」が発出されました。

この通知の取り扱いをめぐり、利用者や介護の現場から戸惑いや怒りの声が多く上がっていることは、ご存じのとおりです。

私たち「家族の会」の電話相談にも「3時間しか利用していないのに、5時間の利用料を払わなければならないのは納得できない」との訴えや、「利用者・家族は事業所の大変さを理解し、利用時間を減らして協力している上に、さらに利用料の負担増まで強いられるのはおかしい」、「このような理不尽なことがまかり通れば、利用者・家族の生活は立ち行かなくなってしまう」、などの怒りの声が届いています。

6月25日の社会保障審議会介護給付費分科会において、「家族の会」の鎌田松代理事は、「コロナ禍で大変な中、利用者の安全や健康を守るためにがんばって事業継続していただいている事業所には感謝の気持ちでいっぱいです。しかし、だからといって、利用者にその感謝の代償として、実際には利用していないサービスの分まで負担しろというのは、あまりにも理不尽です。また、それによって限度額を超えてしまえば、その分は全額自己負担となってしまう、到底、道理に合わないやり方であり、同意した利用者だけが負担増となり、同意しない人との不公平が生じます」と強く問い正したところです。

私たちは、コロナ禍の中で、デイサービスやショートステイなどの介護サービスの有り難さを実感しており、事業者が感染症による減収によって閉鎖に追い込まれるような、「介護崩壊」が起こらないことを誰よりも願っています。

今回、介護事業所が運営上大きな困難に直面せざるを得なかったのは、ひとえに新型コロナウイルス感染症の蔓延によるものであり、事業所の責任でも、利用者・家族の責任でもありません。不可抗力による事態を、利用者へ負担を押し付けて解消しようとするような今回の措置は、利用者と事業者の信頼関係を壊すだけでなく、介護保険制度への国民の信頼を揺るがし、国の責任を放棄するものと言わざるを得ません。このような先例を絶対に作ってはなりません。

直ちに、今回の特例措置(臨時的取り扱い)を撤回し、介護事業所の減収や感染対策にかかる経費等についてこそ、補正予算の予備費を使い、公費で補填するよう、強く求めるものです。

以上

介護報酬特例による利用者負担増問題の今後の取り組みについて

厚生労働省担当課（老健局振興課）に問題点を問いただすも、「終了時期は未定」「利用者にも理解を得る努力を続けたい」との返事に、怒りが増すばかり

厚生労働省から特例措置の通知が出されてから1ヶ月半が経過した現在、この特例措置をめぐって、矛盾と混乱の実態が各地で明らかになってきています。新聞などマスコミでも大きく取り上げられるようになり、世論の関心も高まってきています。

7月20日に開かれた社会保険審議会介護給付費分科会で、委員の鎌田松代理事（事務局長）は、6月25日に続いて、再度この問題を取り上げ、撤回を求めましたか、厚生労働省に撤回や改善の考えがないことが明らかになりました。

一方、現在、国会は閉会中ですが、21日、山井和則衆議院議員から、この問題は重大であり、野党の会派（立民・国民・社民の共同会派）から、来週にも、特例措置撤回に向けて厚生労働省に要望書を提出したいとの連絡があり、花侯副代表が対応しています。

また、20日に神奈川県支部から本部に、横浜市内のケアマネジャーからの相談事例の紹介がありました。要介護3の一人暮らしの認知症の方のケースです。特例措置による上乗せで、限度額を超え、1万円近い自費負担が発生することに気付いたケアマネジャーが、利用しているデイと通所リハの事業所に連絡したが、「特例請求の対象としない」とした事業所と「利用者全員に同意をしてもらおう方針なので、同意できないなら、利用を控えてもらうしかない」という事業所に対応が分かれており、「利用しなくてもいい」という事業所は問題外だが、こんな対応や矛盾を引き起こす特例措置は、撤回させるしかないというものでした。

さっそく、私から、厚生労働省老健局振興課の担当者に電話をし、神奈川県の実例を紹介しながら、以下の質問をし、口頭で回答を得ましたので報告します。

① 介護事業所の支援のために、利用していない分まで利用料を上乗せするのはなぜか？

【回答】介護事業所の減収への支援が目的ではない。事業所が利用休止せずに、サービス提供を継続してもらうための措置であり、サービスの継続や感染防止のメリットは利用者にも及ぶので、自己負担をお願いしている。

② 「臨時的取り扱い」はいつまで続けるのか？

【回答】これまで、災害時に出されたばあいも、終了時期は決めていない。終了時期を示す必要性は感じるが、ワクチンや治療薬が開発され、治療法が確立されなければ難しい。

③ 今回の特例措置について、どのような声が届いているか？

【回答】「家族の会」の緊急要請は承知している。他にも反対の声が届いているが、賛成の意見もある。

④ 特例措置の算定状況や現場の実態を把握しているか？

【回答】今後、老健事業の調査研究事業として実態把握をし、介護給付費分科会で報告

できるようにしたい。

- ⑤ 算定しても、利用者負担分を徴収しないとか、事業者が肩代わりすることは可能か？

【回答】できない。そういう事実があれば、都道府県や市区町村の指導の対象となる。

- ⑥ 介護報酬の中には、介護職員処遇改善加算など、区分支給限度基準額に含まれない費用や適用されないサービスもあるが、今回の上乗せ分を限度額に含まないという考えはないのか？

【回答】感染防止やサービス提供の継続など、利用者に直接メリットがあることなので、限度額の対象として考えている。

- ⑦ 6月15日の通知(13報)で書かれている同意の特例(サービス提供後の同意も可)は、7月以降も有効か？6月分を同意した場合でも、あらためて7月以降も同意の確認は必要ないのか？

【回答】6月分の同意を取る時に、どういう説明と確認をしたかによるが、一度同意を得た場合は、継続すると考えるのが通常。ただし、6月はよく分からず同意をしても、7月以降は利用者側が同意したくないと申し出れば算定はできない。また、7月以降は、サービス提供前に同意を得る必要がある。

- ⑧ 特例とか臨時的取り扱いとしているが、これまでの利用者を守るルールが、なし崩し的に変えられることはないか？

【回答】あくまで臨時的な措置なので、コロナが終息すれば元に戻す。標準化する考えはないが、次期報酬改定で「感染症対策加算」を創設してほしいという要望は届いている。

- ⑨ 厚生労働省として、感染防止対策や事業継続に努力している事業所の支援を介護報酬の仕組みではなく、財務当局に要求しないのか？

・別建ての予算措置は要望している。

今後の取り組みについて

新聞などのマスコミからも、引き続き取材の依頼がきており、何としても撤回させるまで、国や自治体、関係団体に働きかけを強め、世論にも訴えていきましょう。

まずは、各支部で可能なところから、取り組みをすすめていきましょう。

- ①この問題に怒っている利用者・家族の生の声や、対応に苦慮しているケアマネジャー、介護事業所の声を集めてください。
- ②富山県支部や新潟県支部のように、都道府県や市区町村に利用者の声を伝え、国に働きかけるよう要請しましょう。
- ③パブリックコメントとして、政府や厚生労働省のホームページから、ひとりひとり怒りの声、生の声を送る活動にも取り組みましょう。

・各府省への政策に関する意見・要望 | 電子政府の総合窓口 e-Gov イーガブ

<https://www.e-gov.go.jp/policy/servlet/Propose>

・「国民の皆様の声」募集 送信フォーム | 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/form/pub/mhlw01/getmail>

飯田市通所系サービス事業者等感染症拡大防止対策支援事業補助金(案)の概要について(3款民生費1項社会福祉費4目老人福祉費)

1 経過

全国的な新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、介護サービスの利用を控える方が増えている。当市においても介護サービスのうち通所系サービス及び短期入所系サービスにおいては、令和2年4月提供分の介護請求額を前年同月と比較すると、サービス全体で減額となっ

これらのサービスは感染者が判明した時点で事業所の休止も想定されるため、事業者、利用者ともに感染予防対策に細心の注意を払って事業を継続している現状である。サービス事業者の経営等にも相当な負担がかかっていることが想定され、事業全体の安定的提供面からも、何らかの支援の必要性が生じている。

① R2.4A への対応を強く要す。

2 目的

国は、これらの通所系サービス事業者等における新型コロナウイルス感染症拡大防止への対応を適正に評価し、通常とは異なる介護報酬を算定することを可能とする臨時的な取扱いを発出しているが、課題もあることから、これに相当する額を市が事業者に補助金交付することにより、必要な通所系サービス等を継続的に提供できるように支援する。

3 補助対象者

- (1) 通所系サービス事業者 市内 67 事業所
通所介護 19、通所リハビリテーション 8、地域密着型通所介護 27、認知症対応型通所介護 13、介護予防認知症対応型通所介護(認知症対応型通所介護に同じ)
- (2) 短期入所系サービス事業者 市内 20 事業所
短期入所生活介護 14、短期入所療養介護 6

4 補助金額見込及び対象期間

- (1) 見込額 81,000 千円 (9,000 千円×9カ月)
- (2) 対象期間 令和2年7月～令和3年3月サービス提供分

裏面あり

サービスの
利用料上げる!!

5 国の臨時的な取扱い

国は6月に入り、通所系サービス事業者と短期入所系サービス事業について、利用者から事前同意を得ることを条件に、通常とは異なる介護報酬を算定することを可能とする臨時的な取扱通知を发出している。

■通所系サービスでは、一定の条件のもと2段階上の介護サービス請求の算定を認めた。

●通所介護の例（通常規模型・要介護3の場合）

実際の報酬区分	単位数	上限月4回まで ⇒	2区分上位の報酬区分	単位数
6時間以上7時間未満	784単位		8時間以上9時間未満	902単位

●通所リハビリテーションの例（通常規模型・要介護3の場合）

実際の報酬区分	単位数	上限月2回まで ⇒	2区分上位の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	803単位		7時間以上8時間未満	993単位

実際の報酬区分	単位数	上限月4回まで ⇒	2区分上位の報酬区分	単位数
6時間以上7時間未満	929単位		8時間以上9時間未満	1,043単位

■短期入所生活介護、短期入所療養介護では、提供するサービス日数を3で除した数（端数切り上げ）回数分について、緊急短期入所受入加算（1日90単位）の算定を認めた。

[国の臨時的な取扱いの課題]

- ・サービス事業者から利用者に対して通常とは異なる介護報酬を請求する明確な根拠を示すことができない。
- ・利用者も負担割合に応じた自己負担額の増額に同意する必要がある。
- ・利用者の同意が前提であるため、同意を得られた利用者と得られない利用者間で不公平が生じる場合がある。
- ・既に利用者が給付限度額ぎりぎりのサービス提供を受けている場合に、臨時的扱いにより限度額を超えた部分は、利用者の10割負担となる。

介護報酬2021年改定の審議経過－介護給付費分科会

2020・9~~・12~~＝10・7 林 作成

■ 第172回(2019年11月15日)

- 地域区分について

■ 第175回(12月27日)

- 2019年度介護事業経営開業調査の結果について
- 2020年度介護事業経営実態調査の実施について

■ 第176回(2020年1月24日)

.....

■ 第176回(3月16日)・・・★審議の本格スタート

- 介護分野をめぐる状況について(基礎資料)
- 各介護サービスについて(基礎資料)
- 介護報酬改定に向けたスケジュール案について
(4つの論点)
 - ① 地域包括ケアシステムの推進
 - ② 自立支援・重度化防止の推進
 - ③ 介護人材の確保・介護現場の革新
 - ④ 制度の安定性・持続可能性の確保

■ 第177回(6月1日)・・・4つの論点の審議

- 2018年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(2019年度)の結果について
- 地域包括ケアシステムの推進(1巡目)
- 福祉用具価格の上限設定について
- 介護保険における新型コロナウイルス感染症に関する主な対応(報告)

■ 第178回(6月25日)・・・4つの論点の審議(1巡目終了)

- 自立支援・重度化防止の推進
- 介護人材の確保・介護現場の革新
- 制度の安定性・持続可能性の確保

■ 第179回(7月8日)・・・個別サービス事業の審議(1巡目開始)

- 定期巡回、夜間対応型訪問介護
- 小規模多機能
- 認知症グループホーム
- 看多機
- 特定施設

■ 第180回(7月20日)・・・個別サービス事業の審議

- 通所介護、認知症対応型通所介護、療養通所介護
- 通所リハ
- 短期入所(生活、療養)
- 福祉用具・住宅改修

■ 第181回(8月3日)・・・事業者ヒアリング①

* 事業者ヒアリング①

ー日本ホームヘルパー協会 全国訪問看護事業協会 全国介護事業者連盟 24 時間在宅ケア研究会
全国社会福祉法人経営者協議会 日本福祉用具・生活支援用具協会 日本福祉用具供給協会 全国
小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 全国個室ユニット型施設推進協議会 日本栄養士会 日本リ
ハビリテーション医学会 日本リハビリテーション病院・施設協会 日本訪問リハビリテーション協会 全国
デイ・ケア協会 日本理学療法士協会 日本作業療法士協会 日本言語聴覚士協会
(書面提出のみの団体) 全国ホームヘルパー協議会

■ 第182回(8月19日)・・・事業所ヒアリング②、個別サービス事業の審議

* 事業者ヒアリング②

ー日本認知症グループホーム協会 全日本病院協会 日本病院会 日本医療法人協会 日本精神科
病院協会 全国軽費老人ホーム協議会 全国有料老人ホーム協会 全国介護付きホーム協会 高齢者
住宅協会
(書面提出のみの団体) 宅老所・グループホーム全国ネットワーク

- 訪問介護
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハ
- 居宅療養管理指導
- 居宅介護支援

■ 第183回(8月27日)・・・個別サービス事業の審議

- 特養
- 老健施設
- 介護医療院
- 介護療養型医療施設

■ 第184回(9月4日)・・・意見の整理、感染症・災害、4つの論点の審議(2巡目)

- 今後の進め方
- これまでの主な意見
- 感染症や災害への対応強化 ★
- 地域包括ケアシステムの推進(2巡目)

■ 第185回(9月14日)・・・4つの論点の審議

- 自立支援・重度化防止の推進(2巡目)

■ 第186回(9月30日)・・・4つの論点の審議(2巡目終了)

- 介護人材の確保・介護現場の革新
- 制度の安定性・持続可能性の確保

<以後の審議予定>

- ◇ 個別サービス事業の審議/2巡目(10月～11月) → 「素案」提示(12月初旬)
- ◇ 2020年度介護事業経営実態調査結果の公表(10月予定=改定の基礎資料)
- ◇ 報告書(「2021年度介護報酬改定に関する審議報告」とりまとめ(12月) → 社保審への答申

令和3年度介護報酬改定に向けて (これまでの主なご意見)

これまでの主なご意見 目次

※ 第176回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したものを示します。

(分野横断的なテーマ)	
1. 感染症や災害への対応力強化	2
2. 地域包括ケアシステムの推進	5
3. 自立支援・重度化防止の推進	9
4. 介護人材の確保・介護現場の革新	14
5. 制度の安定性・持続可能性の確保	18
(各サービス)	
1. 訪問介護・訪問入浴介護	19
2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	21
3. 夜間対応型訪問介護	22
4. 訪問看護	23
5. 訪問リハビリテーション	24
6. 居宅療養管理指導	25
7. 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護	26
8. 療養通所介護	29
9. 通所リハビリテーション	30
10. 短期入所生活介護	33
12. 短期入所療養介護	34
12. 小規模多機能型居宅介護	35
13. 看護小規模多機能型居宅介護	36
14. 福祉用具・住宅改修	37
15. 居宅介護支援・介護予防支援	38
16. 特定施設入居者生活介護	40
17. 認知症対応型共同生活介護	41
18. 介護老人福祉施設	43
19. 介護老人保健施設	45
20. 介護医療院・介護療養型医療施設	46

14

これまでの分科会における主なご意見(感染症や災害への対応力強化)①

<新型コロナウイルス感染症や災害を踏まえた今後の対応>

(今後の評価の在り方)

- 新型コロナウイルス感染症等の予防、まん延防止を視野に入れた地域包括ケアシステムの推進に向け、介護施設及び事業所が取組を充実させ、質を高めていく観点から、その対応については基本報酬で評価すべき。事業継続計画(BCP)の体制整備についても評価すべき。
- 新型コロナウイルス感染症の対応を通じ、共助の推進ではなく、公的な支援を中心とした制度設計が必要と再認識されたのではないかと。日頃から足腰を強くしていくことが重要であり、しっかり財源を確保していくべき。専門職を含めて感染症対策の徹底が必要。
- 新型コロナウイルス感染症に関し、様々な感染防止対策を講じた上でサービス提供にあたっている事業所に対しては、例えば基本報酬に一定の割合を加算するなど特例的な対応を提案したい。また、一時的なものでなく、恒久的な仕組みとしてもらいたい。
- 訪問介護の場合、新型コロナウイルス感染症のリスクをヘルパー自身が背負う形になっているのではないかと。ヘルパー特有の事業継続に関する影響に十分留意する必要があるのではないかと。

(基準上の対応)

- 感染症対策に係る基準の規定が例として示されているが、標準的に予防やまん延防止の対応ができるよう仕組みが必要ではないかと。施設では感染症対策の委員会の開催が3ヶ月に1回以上求められているが、それを強化することも考えられるのではないかと。
- 感染症対策については、研修内容の充実も必要。実地研修等を含めるべきではないかと。
- 訪問系の感染症対策に係る基準においては、施設系と異なり委員会の開催や研修の実施が求められていないので、今後、可能な範囲で検討していくべきではないかと。
- 感染症対策や災害への対応など、外部環境や外的要因に対するリスクマネジメントの対応力向上が今後必須となってくる。これらは日頃からの準備、対応、訓練等が功を奏するものであるところ、こうした点についても議論すべきではないかと。
- 情報共有やリスクの予想、BCPの作成や見直し、研修や訓練等について、利用者や家族も一緒に行うことで、地域の中で対応力を高めていくことが必要ではないかと。

2

これまでの分科会における主なご意見(感染症や災害への対応力強化)②

(報酬の臨時的な取扱い)

- 新型コロナウイルス感染症や災害対策における臨時的な取扱いについて、検証した上で、恒常的な対応が必要な事項とそれ以外の事項と整理し、対応すべき。
- 施設における感染症対策について、日頃からの感染防止対策に関する取組が重要であり、看護職を活用しながら、体制整備や研修等に事業所や施設が取り組むことができるよう、報酬体系の整理が必要ではないかと。
- 臨時的な取扱いとして、看護職等による同行訪問が認められているが、感染症対策としてだけでなく、今後は重度化防止や医療ニーズのある方への適切な身体介護の在り方に関する知識、スキルの強化のため、看護師、栄養士、歯科衛生士などの専門職が同行して支援できる恒常的な体制づくりが必要ではないかと。
- 通所系サービスの事業所職員が、居宅を訪問しサービス提供するという臨時的な取扱いについて、恒常的な実施を検討する場合は、そのサービスの要件等について、明確化すべきではないかと。また、訪問介護の実施に当たって初任者研修の受講が求められていることなどサービスの質の観点からも慎重に検討するべきではないかと。
- 新型コロナウイルス感染症に関連して講じている介護報酬の臨時的な取扱いのうち、通所系サービス事業所の職員が、利用者の居宅を訪問し、サービス提供する形態については恒常的にできるようにすることを検討してはどうか。
- 新型コロナウイルス感染症対策の関係で、加算要件等における研修や会議のオンライン化等が認められているが、研修は引き続きICTの活用ができるようすることや、加算要件等となる会議等でもオンラインを認めることを前提に、見直しを行うべき。
- 感染予防の観点からも、今後も、ICTを活用し、非対面で対応できる業務はICT化を進めるべき。多職種の連携・情報共有の場面や、サービス担当者会議等の場面においても、ICTの活用を進めるべきではないかと。
- 新型コロナウイルス感染症に係る介護報酬の取扱いで、実際のサービス提供時間より上位の時間区分で請求できる取扱いが示されたが、通所事業所の存続のため、国が公費を投入し対応すべき。

<新型コロナウイルス感染症に関する補正予算対応等>

- 令和2年度第2次補正予算における慰労金については、金額が十分かという課題はあるものの、とにかく迅速に行っていただきたい。また、自治体の事務負担軽減にも配慮し、できるだけ簡素な制度としてもらいたい。
- 新型コロナウイルス感染症への対応として、民間事業者への金融支援策の手続き簡素化や、防護具の配置について、対応をしてもらいたい。
- 新型コロナウイルス感染症の対応として、休業補償を誰がどのような財源で行うべきか、保険制度で賄うべきものなのか、公費、補助金等々で行うものなのかよく議論した上で対応していくべき。

15

3

これまでの分科会における主なご意見(感染症や災害への対応力強化)③

- これまで介護分野でもクラスターの発生があり、業界団体や自治体が調整して、人材確保のためのスキームを構築しており、国も応援体制等について補正予算で対応したが、連携が更に図られるよう主導して欲しい。
- 新型コロナウイルス感染症対応における情報収集においては、既に災害時に情報を集める仕組みを厚労省で準備されているのではないかと。新たに情報収集するというよりはそのようなものも有効に活用すべき。
- 感染した場合は医療機関への入院が原則であるが、施設で例外的に対応することとなった場合、施設への負担は大きい。かかり増し経費の助成などは今年度限りであり、介護報酬での評価も検討すべきではないか。
- 認知症がある者が濃厚接触者となった場合に、地域での受け入れ先が見つからないという問題が生じており、地域単位でのサービス体制の強化について検討が必要ではないか。

<災害時における対応>

- 基準以上の訓練や研修を実施したり、地域の連携体制を構築するなど、災害対策をより一層充実させるための取組に対する評価を行うべき。

4

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)①

<基本的な考え方>

- 尊厳の保持と自立支援という介護保険の原点に立ち、利用者視点の議論が必要。加算についても、加算算定を目的とするのではなく、本人の自立や尊厳の保持にどのように繋がっているかという視点で検討が必要ではないか。
- 制度設計の視点から、基本報酬部分ではどのようなサービス提供を行っているのか、各種加算については効果検証によるきめ細かい施策の対応が必要ではないか。
- 生産年齢人口が減少する中で、財政面、人材面の両面を担保して、制度の安定性・持続可能性を確保することが地域包括ケアシステムを推進する上でも極めて重要ではないか。議論するに当たっては、評価すべき点と適正化すべき点の両方を見ながらメリハリのある対応を行うことが重要。
- これまで議論されてきた、地域包括ケアシステム等や、ICF（国際生活機能分類）の考え方に則った在宅生活の限界点を高めるための議論に加え、新たな課題である社会参加などをキーワードとして、これまでの審議の経緯も踏まえながら、さらに議論を深化させていけるような論点整理をお願いしたい。
- 老老介護や8050問題、ヤングケアラーなどの問題を乗り越えるためには、役所側の縦割りの解消が必要ではないか。
- 受けた介護を目指し、多床室におけるポータブルトイレの使用はなくしていくべきであり、また、日中の過ごし方次第で、寝たきりやフレイルなども改善も期待できる。尊厳の保持と自立支援に向けた取組を報酬で評価すべき。

<サービスの整備>

- 介護サービスの整備を進めるにあたっては、2025年や2040年以降の介護需要も見据えつつ、地域医療構想による医療提供体制の改革と一体的な議論が必要。
- 在宅サービスについて、訪問、通所、ショートステイの3本柱をバランスよく、組み合わせ活用することが重要。施設サービスと在宅サービスは密接かつ不可分な関係であり、適時適切に活用する視点を高めていくことが必要。
- 限られた人材や財源の中で、十分な介護サービスを提供するためには、特に地方等で分散しているサービスを集約し、利用者のニーズを十分に踏まえた上で重点的な体制整備を行うなど、具体的な検討が必要な段階に入ってきているのではないかと。
- 「地方等で分散しているサービスを集約し」とあるが、「都市や中山間地域等のいかににかかわらず、本人の希望する場所で、その状態に応じたサービスを受けることができるように」ということに反するものであってはならない。
- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「夜間対応型訪問介護」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」の4つのサービスをシンプルにすることを検討していくときではないか。

<看取りへの対応>

- 人生の最後まで、どう尊厳が保持され、本人の意思がいかに尊重されるかということが非常に重要。人生の最終段階における意思決定を行う上で、4つの倫理原則に基づく意思決定支援の在り方を重視していくことが必要ではないか。現場で実行可能で、本人の意思を尊重できるよう、具体的かつ丁寧なガイドラインが必要ではないか。

5

(16)

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)②

- 入所者の7割は要介護4以上であり、重度者への対応は重要であるが、本人が希望しても、夜間に看護師がおらず看取りを行えないケースもあることから、看護師を加配した場合の評価を強化すべきではないか。
- 介護老人福祉施設において、看取りの対応のためには、施設内の看護体制の強化を進めるべきであり、重度者受入れ安定化、看取りの体制整備、外部の医療職との連携強化のためにも、夜間などへの看護職の加配への評価を検討すべき。
- 小規模多機能型居宅介護においては、看取りに係る研修があるが、本人の意思決定支援が重要であり、このような倫理面も含めた研修を各種サービスで充実していくべきではないか。
- 特定施設入居者生活介護において、医療と連携し看取りが積極的に行われ、その実績が一定以上ある事業所については、退所者の看取り率、ACPの取組状況等についての評価が必要ではないか。また、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づく、意思決定支援を進めるためには、この内容を理解している人材が必要であり、一定の研修を受けた者の配置を評価してはどうか。あわせて、研修の仕組みも検討していくことが必要ではないか。さらに、中重度者のケアや看取りに対応できる看護職員の配置を進めるため、看護体制加算のような人員基準以上に看護職員を配置する事業所を評価する加算を設けることを検討すべき。
- 訪問介護において、看取り期には、介護の専門性が必要とされ、かつ、一定期間柔軟な対応が求められることから、柔軟な仕組みと評価が必要ではないか。
- 短期入所生活介護において、看取り期など利用者の状態が変化した場合に、かかりつけ医に、状況の相談やICT等の機器を活用したモニタリングができるような環境整備が必要ではないか。

<各サービス等における対応>

- 在宅での生活を継続するためには、在宅医療の提供が不可欠であり、継続的な訪問診療、訪問看護に加え、訪問介護を必要に応じて導入するとともに、生活機能の維持・向上を図るリハビリテーションを進めていくことが重要。
- 在宅限界を高めるためにはリハビリが重要であり、老健施設がリハビリの機能を高め、在宅限界を高める役割を担うことが重要。また、認知症へのリハビリの実施や、認知症の家族の方のレスパイト的な対応も進めていくことが必要。
- 中重度の医療ニーズや看取り期への対応や認知症の方への支援等における、訪問看護、看多機の重要性は高い。看取りへの対応は看多機の強みであり、人材確保や土地等の確保に制約がある地域でも展開しやすいよう、人員基準やサテライトの設置基準等の見直しが必要ではないか。
- 地域包括ケアシステムを推進するにあたっては、在宅サービスを利用し続けられるような報酬を考えていく必要があるのではないかと。
- 高齢者の状態変化にきめ細かく対応するためには、地域密着型サービスのような複合型で、かつ包括報酬で支払われるサービスの拡大について議論すべきではないか。
- 地域密着型サービスが、要介護度の維持や改善等により在宅限界を高めることに寄与していることを適切に評価する仕組みが必要。栄養関係の加算などの各種加算の取得を容易にし、事業者が安定的に運営でき、従業者も安心して働き続けることができるようにすべき。

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)③

- 高齢者向け住まいは、多くの要介護者が利用しており、地域との交流を活発にするとともに、地域に開かれた住まいとして地域の中で透明性の高い運営が推奨される。また、ニーズに応じたターミナルケアや看取りの増加も想定されるため、例えば、特定施設入居者生活介護において、介護保険の訪問看護や訪問リハビリテーションの提供ができるよう見直し、人生の最終段階を支えていく体制を強化すべきではないか。
- 在宅か施設かだけでなく、高齢者向けの住まいを活用していくことも考えられるのではないかと。
- 前回改定で共生型サービスを入れたが、障害者のニーズを踏まえた検討が必要ではないか。

<認知症への対応>

- 認知症の方が増えている中で、横断的な事項として「認知症」を検討すべきではないか。
- 住民の認知症への理解は不可欠であり、例えば介護事業所等における、住民主体や住民を巻き込んだ取組を積極的に促すことも考えられるのではないかと。
- 認知症の対応力向上研修について、内容の充実を図るとともに、研修対象者について歯科診療所のスタッフにも広げるべきではないか。
- 認知症に特化しない形でサービス提供を行うことが理想であり、サービスの質を上げていくことが必要ではないか。
- 認知症ケアとして、ご本人へのケアに加え、認知症の方同士の出会いや、家族同士の出会、家族への支援を組み合わせた形での支援が世界的にも効果があると言われており、検討の余地があるのではないかと。
- 認知症対応型通所介護について、通所介護事業所よりも料金が高いということで利用者から敬遠されないように、その目的や役割が利用者に伝わる仕組みが必要ではないか。また、通所介護事業所で認知症の者を受け入れている場合も多いことから、地域の実情に応じた弾力のある対応を可能としていくことが良いのではないかと。

<専門職の関与>

- 認知症ケアの充実や看取りに関し、専門性の高い看護職が取り組む事ができる報酬体系の整備が必要ではないか。
- 施設や在宅における療養生活の限界点を高めるための機能強化が必要であり、そのための多職種連携が重要。例えば組織を超えての専門職活用の仕組みの促進や、ICTを活用した多職種連携の促進が必要。
- 通所介護等も含め口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりを進めていくことが必要ではないか。
- 受診の際に介護支援専門員が同伴し、かかりつけ医とその場で情報のやりとりをすることについて、医療介護連携の一つの形ということで、評価を検討すべきではないか。
- 利用者が退院した場合の受け皿となっていくことから、小多機の介護支援専門員にも、居宅介護支援事業所の入院時情報提供加算と同趣旨の加算と仕組みをつくることで、小多機としての役割をより果たせるのではないかと。
- 特定施設入居者生活介護の現行の報酬では基準以上の配置は困難であり、施設の看護職員と連携を取りながら、外部から介護保険の訪問看護や訪問リハビリテーションが提供できる仕組みを設けることで、ターミナルケア等の充実が図れるのではないかと。

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)④

<地域の特性に応じたサービスの確保>

- 条件不利地域などに住む高齢者が置き去りにならないよう、いかなる地域においても、人材確保を含め、必要なサービスを継続的に受けることのできる施策展開が必要で、今回の改定でもしっかり議論すべき。
- 離島や中山間地域においても持続可能なサービス提供と新規参入、介護人材の確保ができるような仕組みの構築が必要ではないか。その際、利用者負担が増加しないよう国が支援すべき。
- 中山間地域を中心に人材確保ができず、ニーズどおりの訪問が困難な地域もあることから、人材不足が、報酬によるものか業務の特異性によるものか、しっかりと考えておく必要があるのではないか。
- 通所介護の送迎について、地域差を考えるべきであり、例えば豪雪地域での送迎は雪かきだけでも相当の負担が発生することから、自治体での支援等の実態も踏まえ検討すべき。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、冬期の積雪や長距離移動が必要な地域等では、事業所が採算がとれず十分なサービス提供ができないという課題があり、地域の実情や利用者の居住状況に応じた報酬単価とする等の見直しを行っていく必要があるのではないか。
- 小規模多機能型居宅介護について、「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定期間行わない措置」は、積極的に検討すべき。
- 登録や利用の定員を地域の実情に応じ柔軟に設定できるようにすることで、経営状況が改善する場合もあるのではないか。
- 小規模多機能型居宅介護について、「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬

ではないか。この措置を講ずるのであれば、適正なサービス提供の確保を前提とし、超過人数や期間は最小限にとどめ実施すべきではないか。

- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しとして、認知症対応型通所介護における中山間地域等に居住する者へのサービス提供を評価する方向については問題ないのではないか。
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しは、都市部や中山間地域のいかにかわらず、そのサービスを受けることができるようにする観点と利用者のニーズや地域の事業者の実情をよく踏まえた上で対応を検討すべき。
- 生活機能向上連携加算について、離島や中山間地域などでは、リハビリテーション職などの専門職の不足しており、その人材育成・確保を進めない限り、加算算定の促進も難しいのではないか。
- 地方での受入環境を整備するため、人材確保については、一定期間、資格要件を緩和することや、一定の研修期間を設けて、そこをクリアしたら従事できるということも考えていく必要があるのではないか。

8

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)①

<自立支援・重度化防止の考え方>

- 介護度の改善を評価する仕組みは、制度の持続可能性の観点からも重要ではないか。
- 自立支援や重度化防止の取組は何を目指すものかについて、共通認識を持って議論を進められるようにする必要があるのではないか。
- 認知症対応についても、エビデンスに基づきプロセス評価を行い、PDCAサイクルに沿った対応を進めていくべき。
- 受けたい介護を目指し、多床室におけるポータブルトイレの使用はなくしていくべきであり、また、日中の過ごし方次第で、寝たきりやフレイルなども改善も期待できる。尊厳の保持と自立支援に向けた取組を報酬で評価すべき。【P5再掲】

<ケアマネジメント>

- 自立支援・重度化防止の観点から、ケアマネジメントが重要となるが、中立・公平性について検討が必要ではないか。

<アウトカム評価、プロセス評価>

- 介護の質を評価するにあたり、全体をストラクチャー、プロセス評価からアウトカム評価にシフトするなど、利用者にとって介護保険法の目的に資する結果につながっているのかどうかという評価にシフトしていくことが重要ではないか。
- アウトカム評価については、クリームスキミングによる利用者のサービス利用への影響を検証した上で検討する必要があるのではないか。
- アウトカム評価について、利用者本人だけでなく、社会的な価値や地域全体のWell-beingの向上に対する貢献という観点からの評価も考える必要があるのではないか。
- アウトカム評価を検討する中で、重度者については、誇りを持って、尊厳ある生活を維持できているかという観点も重要ではないか。
- 通所介護等において、自立支援・重度化予防を図り、質の高いサービス提供を促すため、メリハリのある評価体系となるよう検討すべき。
- 現在の報酬体系では、要介護度が改善した場合、報酬が減ってしまうとともに、アウトカムを評価する加算も単位数が少なく、必ずしも事業所のインセンティブにつながっているとは言えない状況。
- 自立支援・重度化防止の観点から、要介護度の改善につながる質の高いサービスの取組を評価し、事業所においてインセンティブが働くような介護保険制度の持続可能性を高める仕組みの構築が必要ではないか。これは、職員のモチベーション向上等にもつながるのではないか。実施に当たっては財政中立で行うべきではないか。

9

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)②

- 介護報酬上、要介護度が上がると区分支給限度額が上がり、サービスを多く使えるため、要介護度が上がることを望む方が見受けられる。今後、自立支援を進める観点から、要介護度が改善することに対するインセンティブを考える必要があるのではないか。
- リハビリテーションの目的は、食事や入浴、排せつ等を可能な限り自らできるようにすること。意思決定支援が更に重要になることも踏まえ介護サービスの質、アウトカムを検討していく必要があるのではないか。
- リハビリテーションの領域以外のサービスについてもアウトカム評価、プロセス評価を導入していき、サービスの質が可視化できるような指標の開発、それに伴う報酬体系というものが必要であり検討すべき。指標には、疾患の重症化防止や症状の緩和等の視点も重要。
- 看多機について、利用者の褥瘡の改善、排せつの自立、経口摂取の回復等に改善の効果がみられることから、介護施設のプロセス評価の仕組みを参考に評価を検討すべき。
- 利用者が機能訓練やリハビリを望まない場合に、事業所が機能訓練やリハビリ以外のやり方でQOLの向上へのアプローチを行った場合にもそれが評価されるような多様性が担保された仕組みが必要ではないか。

10

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)③

<評価指標、データ活用>

- サービスの質の評価指標に関する標準化について、共通の物差しが必要ではないか。
- サービスの質の可視化やその評価を積極的に進めていくべき。CHASEやBarthel Indexは、情報の確度を高め、多数の情報を収集する必要があるため、詳細な要件は求めず提供を評価すること等を検討すべき。
- CHASEで収集するデータについて、栄養と関連し、口腔の清潔や口腔機能の評価も重要であり、今後追加を検討して欲しい。
- 評価指標の在り方に関し、未病指標を活用し改善した事業所は報われるというシステムを検討すべきではないか。健康か病気かという二分論ではなく、グラデーションモデルへと変えるべき。
- 「社会参加」をもう少し具体的にすべき。外出や買い物等どのような内容が社会参加となるのかを、もっと細かく分析していく必要があるのではないか。
- 科学的な観点からの標準化や評価が重要であり、VISITの普及を図っていく必要があるのではないか。
- VISITの活用が重要であり、フィードバックを充実させていくことで、VISITの有効性を共有できるようにすることも重要ではないか。
- VISITについては、現場の負担が大きいため、現場に負担がなく、かつ、有効な情報の収集の仕組みとなることを目指すべきではないか。

<専門職間の連携等>

- 利用者のADLの維持や生活機能向上に関しては、事業所・施設とリハビリテーション専門職、介護支援専門員の連携、特に事前関与が効果的であることから、事前に関与できる方策の推進が重要。
- 高齢者はポリファーマシーが発生しやすいとの指摘もあり、ケアマネジャーと薬剤師の情報連携の仕組みを検討すべき。
- 通所介護や通所リハビリテーションや看多機等において、看護職員と歯科医療専門職との連携強化・情報共有のため、口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりを進めていくべき。
- 通所リハビリテーションにおいて、口腔と栄養に関するサービスを一体的に提供することでより効果を上げることができると、歯科医療専門職種と管理栄養士との具体的な連携と協働のための口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりをしてはどうか。
- 看護小規模多機能型居宅介護において、提供したケアの約6割が、服薬指導・管理となっており、職種間や多職種の連携、その強化についても議論するべき。

11

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)④

<リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養>

- リハビリテーションは、継続してどう提供していくかという考えも重要。また、機能に偏らず、活動と参加もバランス良く行うことを進めてきたが、今後、これをいかに高めていくかという視点から、活動と参加のリハビリの切り分けや、評価を高める等の対応を検討すべき。
 - 生活期のリハビリテーションは、必要に応じ継続的に提供すべきものあり、卒業すると専門職によるリハビリが受けられないという弊害があるのではないか。
 - 重度の要介護者においては、全ての者が改善するわけではなく、生活機能の維持も重要なアウトカムであるため、全ての者に修了や卒業を求めるべきではないのではないか。
 - 医療保険のリハビリテーションの一つとして、歯科関連職種が取り組む摂食嚥下機能訓練が認められており、介護保険においても歯科関連職種をリハビリテーション職種の一つとして位置づけることを検討して欲しい。
 - 低栄養の予防が自立支援につながるとのエビデンスもあり、在宅においても取組も進めていくべき。
 - リハビリテーション、口腔、栄養の連携による効果的な取組について、口腔や栄養、運動の評価を多職種で協働し、様々な場面での取組を総合的に勘案してそれぞれの対応を考える仕組みづくりが重要。
 - リハビリテーション、口腔、栄養のトライアングルの図が示されているが、いずれの分野においても薬との関係は切り離せるものではなく、薬剤師との連携の重要性についても共通の認識を持つべき。
 - 小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護において、利用者の自立支援、重度化防止の観点も踏まえて、当該事業所と他事業所の兼務を認め、当該職員が行う口腔ケアや栄養ケアに対して充実した評価ができないか検討す
- 通所介護等において、歯科医療専門職種の人材の有効な活用による質の高いサービスの提供のために、個別機能訓練計画書の作成に歯科医師が関与する仕組みづくりを行ってはどうか。

12

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)⑤

<個々の加算等>

- ADL維持等加算について、Barthel Indexを評価指標として使っていくことは、介護現場における使用率等からも適当なかどうか。当該指標には認知症の評価が入っていないため、この点についても検討が必要ではないか。
- ADL維持等加算について、ケアマネジャーとの連携を図ることも非常に重要。算定のハードルが高いことから、算定要件・取得要件の緩和を検討すべきではないか。
- Barthel Indexを測る際、慣れた職員が行うことが重要であり、医療系施設から福祉系施設に職員を派遣し、対応するという考えられるのではないか。
- 生活機能向上連携加算の算定割合が低いことから、広く地域のリハ職を活用する方向での誘導策を検討してはどうか。算定率の向上につなげていくため、例えば連携等に関してのガイドラインを示すことなども検討してはどうか。当該加算や生活行為向上リハビリテーション実施加算は、制度的・構造的に問題があり、算定率が低いと考えるべきではないか。また、ICTの活用等も検討すべきではないか。
- 認知症ケアについて、BPSDの対応も非薬物療法を原則としており、本人の不安などを取り除くための、様々な角度からのアプローチによる、本人が安定した時間を保つケアの提供が重要。
- 口腔衛生管理体制加算に関し、口腔ケアの研修会の開催、摂食嚥下への支援等が求められているため、こうした連携について、更に高く評価する方向での検討や、歯科医院への通院や訪問歯科の評価も検討するべきではないか。
- 経口維持加算等の経口摂取の支援について、前向きな見直しや在り方の検討をすべきではないか。

<その他>

- 介護保険は新規参入者を減らし、かつ一度要介護になった方もできるだけ改善させることが必要であるところ、介護側だけでなく、医療側の視点も重要なのではないか。
- 高齢者の健康状態を把握するため、介護認定を受ける前の高齢者の状態を通いの場等で把握し、その情報と要介護認定を受けるときの状態をなるべく情報共有できるようにしておくべきではないか。
- 通いの場では多くの専門職が集まることとなっており、専門職の連携ということで、運動、口腔、栄養について、リハ職も含めた専門職の連携の取組を進めるための仕組みづくりが必要ではないか。
- 通いの場への支援について、今回の新型コロナで環境の変化が非常に大きい。多様な場の在り方と参加の在り方について、もう一度検討するべきではないか。

13

これまでの分科会における主なご意見(介護人材の確保・介護現場の革新)①

<考え方>

- 今後の後期高齢者の急増と生産年齢人口の急減に対応した見直しを行う必要があるのではないかと。
- 介護人材の確保のため、介護現場の革新、感染症に配慮した改革、安全で働きやすい職場づくりが重要。
- 適切な人材確保や介護従事者全体の処遇改善、サービスの質の向上を図るための適切な報酬評価をする必要があるのではないかと。
- 介護職員の確保・職場定着の実現のため、仕事へのやりがいや、職場全体の雰囲気、ワークライフバランスに配慮した勤務体制等が重要であるとのデータもあることから、それに向けての後押しが必要。
- 人材確保については、介護職の魅力を高めるため、保険外のサービスを組み合わせる新しいビジネスをつくっていくという観点も重要ではないかと。
- 基本的な事業戦略として、利用者に必要なサービスの質の確保、介護人材の確保、安定的な事業基盤の確保の在り方について、しっかりと議論していくタイミングではないかと。
- 離島や中山間地域など、先行して高齢化や現役世代の減少が進んでいる地域では人手不足が特に深刻であり、このような地域でも安定的・持続的に介護保険サービスが提供できるような支援体制の整備を検討して欲しい。

<事業所間の連携>

- 介護人材の確保に関連して、柔軟に人材を活用できるようにする一方で、サービスの質と仕事の質を維持するための方策についても検討が必要ではないかと。
- 人材確保の観点から、同一拠点において複数の事業所を展開している場合の職員の専従要件については、職務負荷に留意しつつ、見直しを検討するべき。
- 在宅でのサービス提供において、利用者や保険者を中心として、より効率よく取り組めるように事業所間の連携を推進してもらいたい。
- 単一のサービス、小規模事業所をたくさん整備していくよりも、これからは医療ニーズにも介護ニーズにも応えられるような、1つの事業所の多機能化を推し進めていく必要があるのではないかと。
- 医療ニーズのある者への対応について、ショートステイを行う事業所のみでの人材確保が難しい場合もあることから、施設内部の人材に加え外部の人材も含めて、対応を可能とするような方策の検討が必要ではないかと。

14

これまでの分科会における主なご意見(介護人材の確保・介護現場の革新)②

<専門職の連携>

- 人材確保が困難となる中で、専門職人材の活用についても検討が必要であり、専門性の高い人材は事業所や施設を超えて、相互連携し合うような報酬体系が必要ではないかと。
- 今後ますます多様化する介護職のチームの中で、中核人材となる介護福祉士のマネジメント力が重要であり、そのような人材を育成するための仕組みが必要ではないかと。
- 地域包括ケアシステムの推進と地域共生社会の実現という形で検討を整理していく必要があり、専門職連携を進めるに当たっては、事業所だけではなく、通いの場などの事業も通じた地域で人材を考える必要があるのではないかと。

<処遇の改善>

- 介護人材の確保に関しては、特定処遇改善加算も新設され、思い切った改善が図られたと考えているが、処遇改善加算が介護職員の処遇等にきちんと反映されているか検証しながら、加算の在り方や見直しの検討、介護人材不足の解消につなげていく必要がある。
- 仕事の大変さに対して依然として全産業平均と比較し、年収に差があるという実情や、介護職を辞めた理由で賃金が理由になっているというデータが複数あることを踏まえ、処遇改善の措置について考える必要があるのではないかと。
- 処遇改善加算の計画書や実績報告書が一本化されたことにより、簡素化が図られている一方で、きちんと処遇改善に取り組まれているかの指導監督が困難となっている状況も生じているところ、例えば基本報酬に組み込むなど、制度設計の更なる改善を検討すべきではないかと。
- 特定処遇改善加算が、全事業所で取得されるよう、手続の簡素化を進めるとともに、事業所における職員間の賃金配分について、柔軟な対応が可能となるよう検討が必要。また、特定処遇改善加算について、より多くの事業所において適切な配分がなされるような取組を進めるべきではないかと。

<研修等の実施>

- 様々な団体が行う認知症の研修について、有資格者の必須研修としてはどうか。また、これらの研修について、一度精査し、他の研修と重複する部分は、他の研修受講をもって履修済みとするなどの整理を行い、学びやすい環境を整えることが重要ではないかと。
- ハラスメント対策やチームマネジメントにおいても介護福祉士がリーダーシップを取れるよう、介護福祉士の役割や機能の明確化を図るとともに、その役割や責任を果たすための資質を高めるための養成、研修や教育の体系を構築することが重要ではないかと。

15

これまでの分科会における主なご意見(介護人材の確保・介護現場の革新)③

<配置要件等>

- 同一拠点内において複数事業所を展開している場合、職員の専従要件については職務の負担に留意しつつ見直しを検討すべき。基準上の要件の見直しや加算要件の緩和、ローカルルールへの統一化等、地域において各職員の専門性をより発揮できるように、柔軟な取扱いが進むように検討して欲しい。
- 小規模多機能型居宅介護について、サテライトの人員基準の緩和のほか、通いの人数に対して3対1を求める配置要件や、同一敷地内の他事業との兼務要件の緩和等を見直しを検討してはどうか。ローカルルールへの対応を含め現場の実態に合わせた見直しを行い、少人数でも運営のできる体制を構築すべき。
- 通所介護等と総合事業等との一体的な実施については、業務に支障のない範囲など一定の条件の下で、外部ないしは併設の事業所のリハビリテーション専門職が、総合事業等に参画できるようにすることも検討してはどうか。
- 介護職員以外の人材確保も大変であり、同一敷地内であれば兼務を認めるなど、柔軟な人材活用を認めるべきではないか。

<仕事と介護の両立>

- 介護を原因とした離職がない社会の実現のための施策が必要ではないか。

<ロボット、センサー、ICTの活用>

- 介護ロボット等の導入、活用に向けたインセンティブを与えるような仕組みが必要ではないか。導入に当たっては、利用者の体調や感情の変化に気づきにくいとの声があることも踏まえ検討すべき。
- 介護現場の革新や業務負担の軽減という観点から、介護ロボットの活用を進めていくことは是非とも必要なことであるため、介護報酬での評価や人員基準の緩和をさらに進めていただきたい。
- ロボットやセンサーなどの様々なICTの効果的な活用を促す措置が必要であり、介護現場の革新を図っていく必要があるのではないか。
- ICT等の導入時のコスト負担について、利用者負担や保険料以外のインセンティブも考慮すべきではないか。また、ITリテラシー向上のための研修や契約事務の効率化などの支援が必要であり、地域単位でのサポート体制も必要ではないか。
- ICT導入支援、補助制度も整えられてはいるが、各場面でICT機器の導入を想定した基準省令や報酬・加算の算定要件の見直し、評価が必要ではないか。

16

これまでの分科会における主なご意見(介護人材の確保・介護現場の革新)④

- 介護ロボットやICTの活用により基準や加算要件の緩和をする場合、サービスの質の低下がないようにすることや安全性の担保を検証しながら、適正なサービス提供やサービスの質の確保が図られる仕組みや条件設定などを検討すべきではないか。
- ICTの活用や文書負担軽減などの働いている人への支援は重要である一方で、単純に人を減らしてしまうと職員の負担増になる恐れがあり、職員数の減に繋がることのないよう、慎重に検討すべきではないか。
- 緊急的な対応など見守り機器により業務そのものがなくなるわけではない中で、導入のインセンティブとして単純に配置基準を減らせばむしろ負担増により離職につながる懸念がある。見守り機器が万能ではないことも考慮すべき。基準緩和自体を目的とするのではなく人材を増やしていく観点で検討して欲しい。
- ICTの活用は、サービスの質の向上や職場環境改善の重要なツールとして考えられることから、事例の横展開を図り、具体的な活用方法を実際の活用例等も踏まえ検討すべき。ICT導入については、介護サービス生産性向上ガイドラインを基本とした体制を整備し、目標設定とPDCAを確立させた計画性のある導入が必要。
- 新型コロナウイルス感染症対策の関係で、加算要件等における研修や会議のオンライン化等が認められているが、研修は引き続きICTの活用ができるようすることや、加算要件等となる会議等でもオンラインを認めることを前提に、見直しを行うべき。
- 感染予防の観点からも、今後も、ICTを活用し、非対面で対応できる業務はICT化を進めるべき。多職種連携・情報共有の場面や、サービス担当者会議等の場面においても、ICTの活用を進めるべきではないか。
- ICTを活用し多職種で情報共有するに当たっては、個人情報への厳格な対処が求められており、情報の保管場所等、その部分は十分に担保しながら、より使い勝手のよい機器やソフトの活用を検討してはどうか。
- 新型コロナウイルス感染症でリモートワークが進んだが、過去からリモートワークを進めている会社では、雑談を省いてはいけないということが指摘されており、このような現場の声も踏まえて検討していくことが必要。
- 介護職員は、行ったケアで利用者が元気になることや笑顔になることなどが、最大の醍醐味。ICTやロボット、業務効率化は進めるべきであるが、それだけでは人材確保につながらないということも踏まえ検討すべき。
- 介護現場革新の事例の横展開について、介護助手やロボット、ICTに関し、モデルとなった自治体の取組結果も出ているが、より精査してエビデンスを検証し、効果的・効率的な横展開を図って欲しい。
- 腰痛防止を図るためには、ロボットを導入する前に、まずは介護技術の向上が重要ではないか。

<文書量の削減>

- 事務負担の軽減の点からも、総合事業も含め国が標準的な様式等を作成することで、文書の簡素化・標準化・ICT化を押し進めていくということも必要ではないか。

<その他>

- 特に訪問介護や総合事業などでは、人材確保の観点から、有償ボランティアなど地域住民の活躍が必要だが、有償ボランティアの活動に、介護保険料を活用できる仕組みが必要ではないか。

17

これまでの分科会における主なご意見(制度の安定性・持続可能性の確保)

<制度の安定性・持続可能性の確保の考え方>

- 制度の安定性、持続可能性の確保を図るためには、介護報酬の面でも現役世代の負担が増大することがないようなメリハリをつけた評価が必要。
- 介護サービスの適正化、重点化を図る前提として、サービスの質に影響が出ていないかを確認する必要がある。
- 第8期事業計画期間中に団塊の世代が後期高齢者となる中、現役世代の負担が更に膨らむことに強い危機感がある。制度の安定性や持続可能性を議論する際に、サービスの適正化や重点化について、現状を踏まえた具体的な課題の設定が必要ではないか。
- 制度の持続可能性を議論するに当たっては、負担増や給付削減により、利用者の生活の維持が立ち行かないことがないよう、審議等を行うべき。
- 報酬全体の在り方として、自治体の意見も踏まえ、保険料水準に留意しながら、地域やサービスの実情に即した報酬単価とすることが必要。
- 限られた資源の中で、重点化・適正化という観点を重視するべき。例えば、居宅介護支援も含めた集合住宅等へのサービス提供の在り方や、生活援助中心型のサービスの在り方、また、軽度の方へのサービス提供を適正化していくことも論点になるのではないか。利用者の意見と同時に、負担者の納得というものを得る努力が必要。
- 平成30年度の改定で、保険給付の公平性を確保する観点から、集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算に係る区分支給限度基準額の制度見直しが行われたが、訪問介護以外にも減算ルールのあるサービスがある中で、訪問介護のような不公平なことが起きていないのか、改めて見直しの必要性を検討するべき。

<報酬体系の簡素化>

- 複雑な報酬体系となっており、サービス利用者にとっても、事業者や保険者にとっても分かりにくいいため簡素化し、明快な報酬体系を構築することが必要ではないか。
- 誰にでも分かるような介護報酬とするため、例えば、期間経過し普遍化された加算は基本サービス費に取り入れるなど、介護報酬の簡素化について検討が必要ではないか。
- 加算は業務量が増加するため、基本報酬で評価するべきではないか。
- 加算が複雑で事務処理も煩雑なため、人材不足や事業の効率化の視点からも見直しを図るべき。算定率が低い加算はその必要性も含め見直しをするとともに、算定率が高いものは基本報酬に組み込むことや、要件を満たさない場合は、減算することや要件緩和を行うことを検討すべき。
- 算定率の低い加算について、要件緩和の議論がでているが、加算はあるべき姿に誘導するといった面もあるので、趣旨を損なわないような検討が必要ではないか。

18

これまでの分科会における主なご意見(訪問介護・訪問入浴介護)①

<人材確保>

- 中山間地域を中心に人材確保ができず、ニーズどおりの訪問が困難な地域もあることから、人材不足が、報酬によるものか業務の特異性によるものか、しっかりと考えておく必要があるのではないかと【P8再掲】
- 若い世代でも訪問介護員として安心して働ける職場となるよう、環境整備を進めていくことが大切ではないか。
- 訪問介護員という呼称が、魅力的なのかどうかについて、検討する必要があるのではないかと。
- サービス提供責任者の大きな負担に十分見合った処遇が必要ではないかと。

<生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプラン届出>

- 生活援助の給付費が身体介護の給付費に振り替えられているという実態があるかどうかも含めて検証が必要ではないかと。
- ケアプランのうちの約3割が再考を促され、1割強が変更されたことを踏まえると、届出制度は当面維持し、内容を評価していくことが必要ではないかと。
- 一律に訪問回数の基準を要介護度別に当てはめるという取扱いは、再検討していく必要があるのではないかと。
- 重度化予防、自立支援の観点からも、利用回数の制限を撤廃するべきではないかと。

<生活機能向上連携加算>

- 自立支援、重度化防止の重要性を踏まえると、通所介護事業所に勤務しているリハビリ専門職が同行した場合も、算定ができるように緩和してはどうか。
- 算定に伴う書類の手間を減らしているか、また、この加算の効果や意義をしっかりと伝えられるか、連携が可能な環境整備を行っているか等の複数のアプローチによる検討を効果的に行う必要があるのではないかと。
- 事業所が加算を算定するゆとりが持てるよう見直しを図ることで、算定率を上げてはどうか。

<通院等乗降介助>

- 病院間の移送や入所サービス事業所から直接病院等に行った場合が対象外になっていることについては、利用者の生活及び利便性、医療介護の連携の観点から、解消すべきではないかと。
- 既に訪問介護員等が不足する中で、今の訪問介護員等で通院等乗降介助の対象拡大に対応できるか心配するところ。

19

これまでの分科会における主なご意見(訪問介護・訪問入浴介護)②

<新たな評価>

- 看取り期には、介護の専門性が必要とされ、かつ、一定期間柔軟な対応が求められることから、柔軟な仕組みと評価が必要ではないか。【P6再掲】
- ターミナルケアや看取りに訪問介護員が関わるのが不可欠となることから、適切に評価すべきではないか。一方、負担軽減につなげる観点からは、真に必要なもののみ加算で評価し、他は基本報酬の中で評価すべき。その際、現在はサービス提供時間に含まれない訪問介護員の移動時間を、基本報酬で評価することも検討すべき。
- 在宅限界を高める観点から、認知症専門ケア加算やターミナルケア加算、喀痰吸引の実施等に対する加算の創設を検討してはどうか。
- 訪問介護員の処遇改善のために、特定事業所加算を区分支給限度基準額に含まれないようにという要望については、保険財政の影響がどのくらいになるのかを明らかにするべきではないか。

<その他>

- 前回改定で行われた、老計10号に関する見直しについて、利用者や御家族、ケアマネ等に対し、保険者を通じて、考え方や意義を伝えなければ、実効性を確保できないのではないかと。
- 限られた財源の中で、中重度の方に給付を重点化していく観点から、要介護1・2の軽度者の方への生活援助について、総合事業の実施状況も見ながら、段階的に地域全体で支えていく方向に移行させていくべきではないか。

<訪問入浴介護>

- 清拭または部分浴を行った場合に30%減算されるが、巡回型のサービスにおいて3人でサービス提供を行っている場合も適用され、経営的に非常に厳しいため、減算率の軽減について検討してはどうか。

20

これまでの分科会における主なご意見(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

- 冬期の積雪や長距離移動が必要な地域等では、事業所が採算がとれず十分なサービス提供ができないという課題があり、地域の実情や利用者の居住状況に応じた報酬単価とする等の見直しを行っていく必要があるのではないかと。【P8再掲】
- 公募制で整備が進められているため、一部の地域においては複数手が挙がりながら、一つの法人のみが選定されるという状況もあり、今後こうした点について検討していくことが必要ではないかと。
- オペレーション要件の緩和について、緩和前後で提供するサービスの質に変わりがないとの結果がでていますが、事業者からの回答で、かつ、回答数も少なく納得しがたい。
- 収支差について、黒字幅が大きいところから赤字幅が大きいところまで多様化しているが、その原因が、地域特性なのか又は運営方法による影響なのか更なる検討が必要ではないかと。
- 同一建物減算について、敷地内か否かという観点にとらわれる必要はなく、移動時間等で整理することも考えられるのではないかと。
- 同一建物減算については、移動に要する時間や経費等の差に着目し設けられているが、今後は、サービスの質に着目し、その提供に伴うプロセスとアウトカムの視点で捉えるべきではないかと。

24

21

これまでの分科会における主なご意見(夜間対応型訪問介護)

- 例えば定期巡回・随時対応型訪問介護看護に組み込むなど、他のサービスとの集約化も考えられるのではないかと。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護に収れんしていく方向で進めるべき。
- 仮に定期巡回・随時対応型訪問介護看護との統合を進める場合、夜間対応型訪問介護のメリットやニーズをしっかりと調査・確認した上で、行うべき。
- 早期に定期巡回・随時対応型訪問介護看護へ移行できるような方策があると、利用者も安心でき、事業者も経営が安定する可能性があるのではないかと。相談員等の兼務やオペレーターの集約化等を行うことで、移行が進むのであれば、検討すべきではないかと。

22

これまでの分科会における主なご意見(訪問看護)

<退院当日の訪問の取扱い>

- 退院当日の訪問について、特別訪問看護指示書によって、医療保険からの訪問看護が可能となっているが、急な病状の変化への対応や退院準備が十分でない段階で退院日を迎えてしまう単身高齢者などの療養環境を整えるため、介護保険で対応できる者の範囲を拡大し、退院当日の訪問看護の算定を可能にしてはどうか。
- 医療保険か介護保険かに関わらず、退院当日の訪問看護に対して、適切に対応できるようにすべきではないかと。

<看護体制強化加算>

- 特別管理加算やターミナルケア加算等の加算の算定状況が算定要件とされているが、利用者の死亡や医療保険の訪問看護の利用、状態の改善などにより、算定できていない場合もあるため、ターミナルケアの件数を医療保険分も合算できるようにすることや特別管理加算の算定者割合を引き下げる等の要件緩和を行ってはどうか。
- 算定要件として、利用者総数の3割以上が特別管理加算を算定していることという要件があるが、現状を反映しているかなど実態を踏まえた緩和を検討すべきではないかと。

<リハビリテーション専門職による訪問>

- 理学療法士等の訪問が多い事業所は、看取りの実績が少ない、軽度者の割合が高いという結果もあるため、サービスの提供実態を踏まえて、看護職とそれ以外の職員の比率を人員基準の中に追加する等の対応を検討する必要があるのではないかと。
- 医療ニーズを有する高齢者の更なる増加が見込まれる中で、理学療法士等による訪問割合が増加する傾向が続くと、訪問看護の役割を十分に果たせるか懸念があるため、詳細な分析を進め、必要に応じて、看護職員の割合や看護職員による訪問割合に応じ、メリハリある報酬体系にするといった対応も考えてはどうか。
- リハビリ専門職による訪問看護に特化した訪問看護ステーションの増加は問題であり、看護職員の割合の設定を求めべきではないかと。
- 訪問看護事業所のリハビリ専門職が行うサービスは、看護の視点で提供するサービスという位置づけであり、実態が訪問リハビリテーションと同じようなサービスであれば、訪問リハビリテーションとして提供されるべきではないかと。

<人材確保>

- 質の高いサービスを安定的に提供するためには、人材確保に向けた仕組みの構築が不可欠ではないかと。

25

23

これまでの分科会における主なご意見(訪問リハビリテーション)

<生活期のリハビリテーションの考え方>

- 生活期のリハビリテーションは、必要に応じ継続的に提供すべきものあり、卒業すると専門職によるリハビリが受けられないという弊害があるのではないか。【P12再掲】
- 重度の要介護者においては、全ての者が改善するわけではなく、生活機能の維持も重要なアウトカムであるため、全ての者に修了や卒業を求めるべきではないのではないか。【P12再掲】

<アウトカム評価の推進>

- サービスの質の評価において、ADLの改善などのアウトカム評価を重視すべき。VISITの活用が重要であり、フィードバックを充実させていくことで、VISITの有効性を共有できるようにすることも重要ではないか。【P11再掲】
- VISITについては、現場の負担が大きいため、現場に負担がなく、かつ、有効な情報の収集の仕組みとなることを目指すべきではないか。【P11再掲】
- アウトカムの評価指標として未病指標の活用も検討してはどうか。

<総合事業との役割分担>

- 総合事業の短期集中予防サービスがリハビリテーションと重なる部分があるのかどうかを検証した上で、要支援者への訪問リハビリテーションの総合事業への移行等といった整理も必要ではないか。
- 訪問型の短期集中予防サービスを実施している自治体が約22%にとどまる中にある場合は、訪問リハビリテーション

<他職種との連携>

- 口腔と栄養に関するサービスが一体的に提供できるような仕組みづくりをするべきではないか。

<診療未実施減算>

- 適用されている者が一定程度いることから、何らかの対応を検討してはどうか。
- 適切な研修の修了等が要件として求められているが、新型コロナウイルス感染症の影響により、研修の実施が困難な状況もあるため、来年3月末までの経過措置を延長すべきではないか。

<加算での評価の在り方>

- リハビリテーションマネジメント加算については、機能が改善した利用者の割合など、算定要件にアウトカム評価を含めることも検討すべきではないか。
- 短期集中リハビリテーション実施加算について、退院、退所後3か月という期間に加え、感染症などへの罹患後、フレイルの増悪時等においても算定できるよう検討すべきではないか。
- 認知症の短期集中リハビリテーションに関する加算が設けられていないため、ニーズを踏まえ検討するべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(居宅療養管理指導)

<医師>

- 社会的処方については、その考え方がしっかりと理解され、浸透しなければ、展開は難しいため、社会的処方の事例を示したうえで十分な議論を行う必要があるのではないか。
- 医師によるケアマネジャーに対する情報提供について、診療情報提供書の中に生活上の課題を記載する等の工夫を検討することで、かかりつけ医等が、住民主体の通いの場や地域包括支援センターにつないでいくことに寄与し得るのではないか。
- かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能があり、社会的機能に着目し、地域の関係機関についての情報提供をしていくことは取組として想定されるのではないか。

<歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士>

- 歯科について、認定等を受けた初期の段階を含め、口腔の衛生や口腔機能の評価が十分ではないため、診療情報提供書や主治医意見書の中に、より具体的な口腔状態のスクリーニング項目等を入れるなど情報共有の仕組みづくりを考えてはどうか。
- 歯科衛生士等の居宅療養管理指導様式について、内容の見直しは必要であり、簡便性を維持しつつ、口腔機能管理と口腔衛生管理をバランスよく提供できるような様式の整備が必要ではないか。
- 介護報酬において、歯科医療職のオンラインによる対応の評価に向けた議論を行ってはどうか。
- 住民主体の通いの場や地域包括支援センター等、多くの場で多職種の協働が必要とされており、生活の質を高めるため、歯科医療職が積極的に関わられるような仕組みづくりを検討してはどうか。また、健康な時からの口腔関連項目を意識した中での観察ができる仕組みづくりが必要ではないか。
- 歯科医師や歯科衛生士が、管理栄養士と同行、連携しやすい制度や仕組みづくりをしてはどうか。

<薬剤師>

- 薬剤師が関与することで、残薬が発見されたというデータが示されているが、更に効果的なサービスを提供する観点からは、多職種が連携した取組への評価を行う必要があるのではないか。
- 服薬指導は、対面が原則ではあるが、利用者の多様なニーズに対応するという観点からは、介護報酬上も、テレビ電話の活用などによるオンライン服薬指導が実施可能な環境整備を行うことも必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)①

<総論>

- 自立支援・重度化予防を図り、質の高いサービス提供を促すため、メリハリのある評価体系となるよう検討するべき。
【P9再掲】
- 利用者の身体的な機能改善の評価に加えて、社会とのつながりの継続や、介護者の負担軽減、介護離職防止のためのレスパイト機能も適切に評価するべきではないか。
- 利用者のサービスの質の向上や介護人材確保の面でうまくいっている事業所の取組を丁寧に分析しながら議論をしていく必要があるのではないか。

<専門職の関与>

- 採用が困難な状況もあることから、ICTやオンラインを活用することを条件に、看護師の配置要件を緩和してはどうか。
- 歯科医療専門職種の有効活用による質の高いサービスの提供のため、個別機能訓練計画書の作成に歯科医師が関与する仕組みづくりを行ってはどうか。【P12再掲】
- 口腔に関する質の高いサービス提供を行う観点から、看護職員と歯科医療専門職との連携強化・情報共有のため、口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりをするべき。
- 在宅分野における医療と介護サービスの事業所単位での情報連携も検討が必要であり、件数は少ないかもしれないが、通所介護における診療や看取りの評価を検討する必要があるのではないか。

<中山間地域等における対応>

- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しとして、認知症対応型通所介護における中山間地域等に居住する者へのサービス提供を評価する方向については問題ないのではないか。【P8再掲】
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しは、都市部や中山間地域のいかにかわらず、そのサービスを受けることができるようにする観点と利用者のニーズや地域の事業者の実情をよく踏まえた上で検討するべき。
【P8再掲】
- 離島や中山間地域においても持続可能なサービス提供と新規参入、介護人材の確保ができるような仕組みの構築が必要ではないか。【P8再掲】
- 通所介護の送迎についての地域差を考えるべきであり、例えば豪雪地域での送迎は雪かきだけでも相当の負担が発生することから、自治体での支援等の実態も踏まえ対応を検討すべき。【P8再掲】

26

これまでの分科会における主なご意見(通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)②

<他のサービスや他の事業との連携>

- 通所リハビリテーションの修了者の通所介護での受け入れを促進する観点から、通所リハビリテーションの事業所に対する評価や、通所リハビリテーション事業所と通所介護との情報連携等が円滑に進むようにするべきではないか。
- 総合事業等の一体的な実施については、業務に支障のない範囲など一定の条件の下で、外部又は併設の事業所のリハビリテーション専門職が、総合事業等に参画できるようにすることを検討してはどうか。
- 通所介護と保険外活動の一体的な実施については、利用者の多様なニーズへの対応と介護事業所の経営を安定させる観点から重要ではないか。また、この促進のためにも、安全性などを考慮した上で、人員配置の合理的な見直しを行うべきではないか。
- 介護保険サービスを利用中に一部有償活動を行うことについて、介護保険の利用者であることとの整合性をとる必要があり、ルールを定めていく必要があるのではないか。

<認知症の者への対応>

- 認知症対応型通所介護について、通所介護事業所よりも料金が低いということで利用者から敬遠されないように、その目的や役割が利用者に伝わるような仕組みが必要ではないか。また、通所介護事業所で認知症の者を受け入れているところも多いことから、地域の実情に応じた弾力のある対応を可能としていくことが良いのではないか。【P7再掲】
- 通所介護事業所の認知症関連の加算の算定率が低いのではないか。通所介護事業所だけでなく他のサービスでも認知症に特化しない形でサービス提供を行うことが理想であり、サービスの質を高めていくことが必要ではないか。【P7再掲】

<ADL維持等加算>

- 認知症への視点が抜けているという問題があるとともに、算定率も低く、加算の仕組みを根本的に考える必要があるのではないか。
- アウトカムを評価するものとして促進するべきであるが、算定に係る労力に対し、評価が低いため、単位数を引き上げていくことについて検討が必要ではないか。
- 算定要件や単位数の見直しが必要ではないか。新たにCHASEの項目としてBarthel Indexが含まれているが、データの収集そのものにも一定の業務負担がかかることを踏まえ、この加算において、データ提出に対する評価と、実施した結果に対する評価の両面から評価することとしてはどうか。
- 算定要件について、新規利用者15%以下などの事業者側にとって非常に高いハードルとなっている要件は緩和すべき。

これまでの分科会における主なご意見(通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)③

<生活機能向上連携加算>

- 算定率が低いことは問題であり、認知症への対応を含め算定の仕組みを根本的に考える必要があるのではないか。
- 算定率が低い、外部のリハビリテーション事業所と連携するに当たり具体的に何が難しいかは、深掘りする必要があるのではないか。また、体制の確保や加算算定に取り組む余裕がない事業所でも取り組む意欲の湧くよう、要件の緩和と加算の単価の更なる充実が必要ではないか。
- 単に算定しやすくするのではなく、外部リハビリテーション事業者と連携しやすい仕組みの整備やガイドラインの作成などの改善策を検討し、連携が進むようにすべき。
- 外部リハビリテーション事業所との連携が難しいとの声もあるが、リハビリテーション事業所以外でPTやOT等を配置している事業所が増えてきていることも踏まえ、それらの専門職を活用することを検討してはどうか。
- 現実的に専門職の派遣が可能なのは、リハビリ専門職が多い病院が中心であり、老健やデイケアからの派遣は難しいのではないか。費用対効果の問題もあるのではないか。地域でリハビリテーションを支えるという考え方は理解できるが、有効に活用できるよう検討すべき。
- 通所リハビリテーション事業所との連携を進めるべき。将来的には、ADLの改善などアウトカム評価を進めるべき。
- 離島や中山間地域などでは、リハビリテーション職などの専門職が不足しており、その人材育成・確保を進めない限り、加算算定の促進も難しいのではないか。【P8再掲】
- 生活機能向上連携加算等について、利用者の状態の維持・改善を評価する指標として、簡単に評価が可能であり、認知機能の評価も可能な未病指標の活用を検討してはどうか。

28

これまでの分科会における主なご意見(療養通所介護)

- 中重度者の医療ニーズへ対応可能なサービスであり、また、在宅療養を続けるための社会資源にもなっていることから、柔軟で使いやすく、安定的にサービスが提供できる報酬体系を今後検討するべきではないか。
- 訪問看護の考え方を踏まえ制度創設されていると認識しているが、今後、看多機との整合性等について、検討が必要ではないか。
- ICTによる業務効率化が必要な分野であり、導入に向け、ITリテラシー向上のための研修や契約事務の効率化などの支援が必要であり、地域単位でのサポート体制も必要ではないか。【P16再掲】

28

29

これまでの分科会における主なご意見(通所リハビリテーション)①

<総論>

- リハビリテーションは医師の指示に基づきリハビリ専門職が行うものであり、中重度の者の割合が一定程度高くても良いのではないかと。軽度者の中には状態が改善し卒業できる利用者が一定程度いると考えられることから、一般介護予防や他のサービスとの相互連携を積極的に行うべきではないか。他のサービスとの連携を含めその評価を行うことで効果的なリハビリが提供されるようになっていくべき。
- 一定期間リハビリテーションをやって、その後通所介護につなげていくことが理想であり、通所リハビリテーションと通所介護の役割分担を考えるべき。
- 通所リハビリテーションの修了者の通所介護での受け入れを促進する観点から、通所リハビリテーションの事業所に対する評価や、通所リハビリテーション事業所と通所介護への情報連携等が円滑に進むようにするべきではないか。
【P27再掲】

<アウトカム評価等の推進>

- 中重度者の4割でBarthel Indexが改善しているというデータがあるが、身体機能の改善や維持は非常に重要。また、アウトカム評価を検討する中で、重度者については、誇りを持って、尊厳ある生活を維持できているかという観点も重要ではないか。【P9再掲】
- 科学的な観点からの標準化や評価が必要であり、VISITの普及を図っていく必要があるのではないかと。【P11再掲】
- リハビリテーションの質についての評価指標として未病指標の活用を検討してはどうか。

<リハビリテーション専門職等の専門職の活躍>

- 口腔と栄養に関するサービスを一体的に提供することでより効果を上げることができることから、歯科医療専門職種と管理栄養士との具体的な連携と協働のための口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりをしてはどうか。
【P11再掲】
- 施設基準の定員と実稼働の人員に乖離があるため、リハ職等の専門職を地域の社会資源として更に活用することは非常に有効ではないか。
- 老健や通所リハビリテーションは特にリハビリテーション専門職が多く在籍していることから、地域の介護予防事業への参画など地域貢献を行うインセンティブとして、地域貢献加算のようなものをつくってはどうか。

30

これまでの分科会における主なご意見(通所リハビリテーション)②

<各種加算>

- リハビリテーションマネジメント加算を算定している者とそれ以外で、ADLが優位に改善しているとのデータも示されており、機能改善した利用者の割合の実績を評価するなど、アウトカム評価を算定要件に含めることを検討すべき。
- 医師の関与という観点で導入されたリハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者の方が、経過が良いという結果もあることから、今後も医師の関与するリハビリテーションを推進していくべき。
- 短期集中個別リハビリテーション実施加算の単位数が低いことから、認知症短期集中リハビリテーション加算と同じ単位数にするなどの対応を検討すべきではないか。
- 生活行為向上リハビリテーション加算については、理念はよくても現場で使われておらず、仕組みに問題があると考えられることから、今後検討を進めるべきではないか。
- 生活期リハビリテーションは、機能の改善に加えて、生活機能の維持も重要なアウトカムであり、卒業を目的とした社会参加支援加算の在り方は見直すべきではないか。
- 生活期リハビリテーションは、卒業や修了という概念ではなく、リハビリを日常的に行いながら生活するというのが基本ではないか。社会参加支援加算は、卒業するとデイケア等のリハビリテーションが受けられないという弊害ではないか。卒業した利用者の結果の状況把握はできていないものの、例えば状態がよくなればデイケアの回数を減らして、一般介護予防や通所介護事業所等を併用して行うことも可能ではないか。
- 社会生活支援加算は、算定率も低く、自立支援に資するものになっていないのではないかと。両者において経営的、運営的にもメリットがない状況の中で、デイケアから通所介護事業所への卒業や、通所介護事業所からデイケアへの逆紹介のような流れをどう実現するかが今後の課題。
- リハビリテーション提供体制加算について、PT・OT・STの配置に常時25対1の要件が設けられ、実際には5割増しの配置が必要となっているが、外部のカンファレンスへの出席や休憩時間等はカウントされない状況となるため、人員不足や今後の働き方改革のための対応の検討が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(通所リハビリテーション)③

<経営状況等>

- 人材の確保や経営の効率化の観点から、国は事業所の大規模化を進めている一方で、大規模減算を行っていることは大変問題であり、廃止すべきではないか。
- 規模が大きい、経営効率がいいというだけで、質の評価等を行わず減算される大規模減算については、他のサービス類型にないものであり、企業努力を尊重する観点からも廃止すべきではないか。
- 大規模事業所の方が効率性が高いと思うが、効率性や生産性を高めていくという観点から、今後も大規模事業所を減算するという対応を続けていくことが正しいことかは、論点として検討すべきではないか。
- 収支差率が前年比マイナス2.6%と全サービス中で最もマイナス幅が大きい。コロナの影響もある中、経営的に大変厳しいという数字が出ているところであり、考慮すべきではないか。
- デイケアは、新型コロナウイルス感染症の影響を強く受けたサービスであり、今後の第2波、第3波等を考えても、足腰を強くしていく必要があるのではないか。

32

これまでの分科会における主なご意見(短期入所生活介護)

- 質の高いサービスを提供するという観点から、他の介護サービス事業所や医療機関、家族等との連携について評価することを検討すべき。具体的には、診療報酬において、退院時の情報連携で社会福祉士の参画を得た取組が評価されていることも踏まえ、社会福祉士の役割に着目した評価を検討してはどうか。
- ショートステイで、30日を超えている例もあるが、本来の役割と理念に立ち返り、対応を検討すべき。自立支援に資する取組の実施や、医療との連携によるサポートを行うことで、中重度の方でもショートと在宅を行き来できるようにすべきではないか。
- 看取り期など利用者の状態が悪化した場合に、かかりつけ医に、状況の相談やICT等の機器を活用したモニタリングができるような環境整備が必要ではないか。【P6再掲】
- 離島や中山間地域においても事業所の持続可能なサービス提供、新規参入、介護人材の確保が可能となるような仕組みの構築が必要ではないか。【P8再掲】
- 生活機能向上連携加算について、訪問介護や小規模多機能等と同様に、ICTの活用を促進するべきではないか。
- 新型コロナ対応で、補正予算を活用し、在宅での生活が困難となった高齢者の緊急的な受入れを短期入所生活介護の事業者の協力を得て行っている例もあるが、感染症対応に伴う緊急時の受入れに関して、緊急短期入所受入加算を増額するなど、恒常的な対応を検討するべきではないか。

30

33

これまでの分科会における主なご意見(短期入所療養介護)

- 短期入所療養介護を行う老健の請求事業者数が増加していることや、個別リハビリテーション実施加算を半数以上が算定されていることは、老健が利用者の機能の維持・改善を図りながら在宅支援を進めていることによる結果ではないか。
- 老健の在宅療養支援機能、医療機能の強化として、短期入所療養介護で所定疾患施設療養費の算定を可能とすることも考えられるのではないか。

34

これまでの分科会における主なご意見(小規模多機能型居宅介護)

<体制、要件、人員・設備基準、研修等>

- 多様な形態でショートステイが確保できる体制の確保が必要であり、小多機の緊急時短期利用も含めて柔軟な対応を検討すべき。
- サテライトの人員基準の緩和のほか、通いの人数に対して3対1を求める配置要件や、同一敷地内の他事業との兼務要件の緩和等の見直しを検討してはどうか。ローカルルールへの対応を含め現場の実態に合わせた見直しを行い、少人数でも運営のできる体制を構築すべき。【P16再掲】

<各種加算>

- 生活機能向上連携加算について、算定率が低い理由を把握した上で、理念は良いものの算定されていない加算に関しては、整理していく方向で検討すべき。
- 算定率が低調な加算については、事業者側の意向等を調査し、経営が成り立つような仕組みを考えるべき。これにより、小多機の維持拡大を進めるべき。
- 利用者が退院した場合の受け皿となっていることから、小多機の介護支援専門員にも、居宅介護支援事業所の入院時情報提供加算と同趣旨の加算と仕組みをつくることで、小多機としての役割をより果たせるのではないか。【P7再掲】
- 子どもや地域住民との交流等の取組を行うことで、利用者が役割を得て要介護状態の改善につながった例もあり、こうした地域づくりの視点でサービスを提供し利用者の状態改善につなげた事業所を報酬で評価してはどうか。
- 利用者の自立支援、重度化防止の観点も踏まえて、既存職員や他事業所職員との兼務による口腔ケアや栄養ケアの充実に對して、充実した評価ができないか検討いただきたい。

<中山間地域等における対応>

- 「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定期間行わない措置」は、積極的に検討すべき。登録や利用の定員を地域の実情に応じ柔軟に設定できるようにすることで、経営状況が改善する場合もあるのではないか。【P8再掲】
- 「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定期間行わない措置」を行っても、介護サービスが不足しているという問題の根本的な解決にはつながらないのではないか。この措置を講ずるのであれば、適正なサービス提供の確保を前提とし、超過人数や期間は最小限にとどめ実施するべきではないか。【P8再掲】
- 中山間地域等では採算性の問題による参入不足もあるので、中山間地域等でも、事業者が参入できるようにすべき。その際、利用者負担が増加しないよう国が支援すべき。【P8再掲】

31

35

これまでの分科会における主なご意見(看護小規模多機能型居宅介護)

- きめ細やかなサービス提供ができるよう、看護師確保に向けた仕組みの構築を検討すべき。
- 在宅療養へのスムーズな移行やサービスの質の向上を図る観点から、口腔状態のスクリーニングや情報共有の仕組みづくりを行う等、歯科専門職種との連携強化等を検討すべき。
- 提供したケアの約6割が、服薬指導・管理となっており、職種間や多職種の連携、その強化についても議論するべき。
【P11再掲】
- 介護施設等における褥瘡マネジメントや排せつ自立支援、経口摂取支援等への評価と同様の評価について、看多機に係る調査結果でも実績がでていることから、行うべき。
- 看取り期への対応として、訪問入浴介護との併用を可能とし、事業者間が連携しやすい報酬体系にするべき。
- 空床利用による緊急ショートステイについて、柔軟な運用が可能となるよう見直すとともに、単価の引き上げを検討するべき。
- サテライト事業所を有する場合について、利用者等の実績を本体事業所とサテライトで合算できるように要件見直しをするべき。
- ICTの導入を進めることにより、書類面での事務の効率化を強力に進めるべき。
- 運営推進会議は、外部の目を入れながら住民とのネットワーク・連携を構築する、非常に重要な業務であるため、推進していく方策が必要ではないか。

36

これまでの分科会における主なご意見(福祉用具・住宅改修)

- 福祉用具に関する知識の確実な習得のため、介護支援専門員の更新研修におけるテキストや教材等の拡充をされるとよい。
- 福祉用具専門相談員に対する研修を増やし、利用者の安全性を高めるような有益な取組ができるようにしてはどうか。
- サービスの質や安全性を確保する観点からも、福祉用具専門相談員について担当件数を設けてはどうか。
- 福祉用具の選定にケアマネジャーの認識や主観が与える影響が大きいこともあることから、そうした影響も考慮しながら質の向上につなげていく必要があるのではないか。
- 利用者の状況に応じた、福祉用具の選択につながる手引きのようなものがあると、より適切な用具の選定が進み、自立支援にもつながる可能性があるため、今後検討してはどうか。
- 住宅改修と福祉用具の貸与が必要な方々に適切な時期に適切な支援が行えているかどうかの検証は、保険者によるケアプラン点検等によって行われるが、検証に当たってはPT・OT等の専門的な知見が求められるところ、リハ職の地域貢献加算をつくることで、専門職の知見を給付適正化にも活かせるのではないか。
- 介護度に応じ、レンタルの対象外のものも一定の条件下でレンタルが認められる仕組みになっているが、この条件の確認に時間がかかるため、迅速化できるよう検討できないか。

37

これまでの分科会における主なご意見(居宅介護支援・介護予防支援)①

<公正中立なケアマネジメントの確保等>

- ケアマネジャーは、介護サービスをマネージ・ナビゲートするという非常に重要な機能を担っており、公平、中立、適切な判断が全国で同じ基準で行われるよう、ケアプランの標準化を進めるべきではないか。
- 公正中立なケアマネジメントの実施を担保するため、前回の改定においても一定の対応が行われたが、引き続き公正中立なケアマネジメントに努めていくことが必要ではないか。
- 質の高いケアマネジャーの安定的な確保とケアマネジメントの質の向上という観点から、多くの件数を担当することは困難ではないか。担当件数と収入を両立させるためには報酬を見直した上で、質の確保が可能な担当件数を考える必要があるのではないか。
- 介護支援専門員の人材不足が課題となっており、質の維持・向上を前提に標準担当件数や、40件からの逓減制の件数等の見直しを検討してはどうか。

<多職種連携>

- 日頃からの各種専門職との連携について、他の専門職との連携も評価する報酬の設定について議論をしてはどうか。
- 医師や他の医療介護関係職種との情報共有が、日頃から活発に行われることが非常に重要であるが、今般の新型コロナウイルス感染予防下において、対面や参集が非常に困難となっているため、ICTの活用を前提とした仕組みとすることも検討が必要ではないか。
- サービス担当者会議等におけるICT導入を行うことで、時間の有効活用や効率性の向上につなげ事業所の収支の向上を目指すべきではないか。あわせて、ICT整備に関する助成も考慮すべきではないか。
- 通院同行は医療と介護の連携に有効なので、新たな評価を検討すべきではないか。

<インフォーマルサービスを含めた居宅サービス計画>

- インフォーマルサービスが組み込まれたケアプランを評価することを検討してはどうか。
- 介護支援専門員は、フォーマル、インフォーマルにかかわらず、サービス等が利用者にとって過不足ない適切なものを総合的に判断し対応しているため、今後は、サービスの利用実績にかかわらず、評価することを検討してはどうか。

<地域包括支援センターの機能や体制の強化、介護予防支援>

- 地域包括支援センターの機能や体制を強化するため、介護予防支援業務を外すことや、ケアマネ事業所に実施させるように検討するなど、地域包括支援センターの業務全体の見直しを図ることも必要ではないか。
- 介護予防支援業務の委託を進めるに当たっては、報酬上の評価、質を担保した上での業務内容の簡素化、委託先とのやりとりの簡素化等の対応が必要ではないか。
- 業務委託が推進されるよう、介護予防支援に係る業務の効率化を図るための支援策の導入や、報酬の増額を行う必要があるのではないか。

38

これまでの分科会における主なご意見(居宅介護支援・介護予防支援)②

- 介護予防マネジメント業務の外部委託を行いやすい環境の整備を進める観点については、それぞれの地域包括支援センターの考えを十分に把握し、それを踏まえて検討することが必要ではないか。
- 介護予防支援費の評価を高めて、委託しやすくすることについて検討してはどうか。
- 地域包括支援センターの重要性が増す一方で、町村部では、専門職の確保が大変困難な状況であり、自らの努力だけでは体制の強化は容易にできないというのが実情であることも踏まえつつ、ニーズに適切に対応できるような方策を検討すべきではないか。
- 重度化防止を図る観点から医療と介護の連携の強化は重要であり、介護予防支援においても、日常的な医学管理やリハビリテーションが必要な場合には、加算として評価することを検討してはどうか。

<安定的なサービス提供、処遇の改善>

- 複雑多様な業務を担うケアマネジャーの存在は重要であり、適切に評価されるべきではないか。
- ケアマネジャーには、医療と介護の連携や、地域における多様な介護資源の把握、活用等の役割が一層求められることから、ケアマネジャーの担い手不足解消をする観点からも介護報酬上の処遇改善が必要ではないか。
- 居宅介護支援の持続可能性を高め、ケアマネジャーの公正中立な立場を堅持するためにも、基本単位数の引き上げについて検討してはどうか。
- 収支が毎回マイナスという状況や、ケアマネジャーの養成数が近年少なくなっている状況を踏まえると、基本報酬の水準が適切かどうかを含めて検討をしていくべきではないか。
- 収支差率は改善傾向にあるが、依然としてマイナスである。介護支援専門員が経験と知識を積み重ね、質が向上することに比例して人件費が上がっていくことも、収支差率がマイナスとなる要因と考えられるため、基本報酬等見直しや、処遇改善が必要ではないか。
- 今後、業務負担軽減と併せて、各事業所で独立採算が可能となるような経営体制づくりを目指し、他の居宅サービス並みの改善を図ることで、介護支援専門員の能力の発揮や、利用者への安定したより良い支援を行える環境づくりにつなげられるのではないか。

<その他>

- 主治医意見書の医学的管理の必要性の欄に、必要な介護サービスに印をつける欄があるが、それがケアプランに反映されているか今後検討が必要ではないか。
- ケアプランについて、利用者サービスを継続させていくためにも、一定の利用者負担を求めていくことが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(特定施設入居者生活介護)

<体制、要件、人員・設備基準等>

- 養護老人ホームも特定施設の対象となるが、空床が目立つ施設があるなど、適切に活用されていない実態があるのではないかと。また、総量規制の観点から、特定施設の申請を受けられないケースがあるため、より柔軟な対応が必要ではないかと。
- 養護老人ホームや軽費老人ホームは、看護職員が基準上配置されているが、併設されている場合は兼務を認めるなど過剰な配置が生じないようにすべきではないかと。
- 現行の報酬では基準以上の配置は困難であり、施設の看護職員と連携を取りながら、外部から介護保険の訪問看護や訪問リハビリテーションが提供できる仕組みを設けることで、ターミナルケア等の充実が図れるのではないかと。【P7再掲】
- 所得の低い方でも入居できる生活支援施設での介護サービスの提供についても検討するべきではないかと。
- 居宅サービスにも関わらず福祉用具が使えないため、福祉用具が柔軟に使えるように変更するべき。

<看取り等>

- 医療と連携し看取りが積極的に行われ、その実績が一定以上ある事業所については、退所者の看取り率、ACPの取組状況等についての評価が必要ではないかと。【P6再掲】
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づく、意思決定支援を進めるためには、この内容を理解している人材が必要であり、一定の研修を受けた者の配置を評価してはどうか。あわせて、研修
- 中重度者のケアや看取りに対応できる看護職員の配置を進めるため、看護体制加算のような人員基準以上に看護職員を配置する事業所を評価する加算を設けることを検討すべき。【P6再掲】

<ロボット・センサー・ICT>

- ICTの活用により基準や加算要件の緩和をする場合、適正なサービス提供やサービスの質の確保が図られる仕組みや条件設定などを検討すべき。【P17再掲】
- 介護現場の革新や業務負担の軽減という観点から、ロボットの活用を進めていくことが必要であり、介護報酬での評価や人員基準の緩和を更に進めていくべき。【P16再掲】
- 見守りセンサー等のテクノロジーを活用し、業務負担の軽減とサービスの質の向上を両立させている事業所について、加算として評価をすべきではないかと。
- テクノロジーの活用事例が資料に盛り込まれているが、こうした事例の横展開を図るべき。

<各種加算>

- 入居継続支援加算について、喀痰吸引や経管栄養の入居者が15%という要件があるが、他の加算と比較しても要件設定が不適切であり、見直す必要があるのではないかと。

40

これまでの分科会における主なご意見(認知症対応型共同生活介護)①

<体制、要件、人員・設備基準等>

- 緊急時短期利用の際に利用する居室について、看多機や小多機と同様にパーテーションでプライバシーが確保されれば認めても良いのではないかと。
- グループホームに看護職員を配置するという考え方もあるが、地域全体で柔軟に支えるという視点で、介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションが利用できるようにしてはどうか。

<各種加算>

- 算定率が低い加算について、要件の見直しや緩和、廃止を検討するべきではないかと。

<ICTの活用等による基準の緩和等>

- 従事者の負担軽減という観点だけではなく、これまで夜勤体制を強化してきた背景や経緯も踏まえつつ、認知症の人が特に多いということも勘案することや、サービスの質や安全性の担保の観点からの検討も必要ではないかと。
- 慎重な議論が必要。昨今災害等も多い中で、利用者の安全確保の観点から、ICTに任せられることとそうでないことの議論を十分に行った上で、見直しを行うべきではないかと。
- ICTの普及は進めるべきであるが、職員の負担軽減のために行うものであり、ケアの質の確保が前提。配置基準の引き下げありきの議論には反対であり、夜間の体制の在り方については丁寧な議論が必要ではないかと。
- 全てのグループホームにスプリンクラーなどが完備されているのであれば、リスクマネジメントの懸念もあるかもしれないが、緩和も検討に値するのではないかと。
- 介護従事者の高齢化により身体的負担のある夜勤等の人手不足が懸念されるため、介護従事者の負担軽減と併せて、夜間勤務職員の確保にも資するような処遇の改善を行い、継続的なサービス提供を支援することが重要ではないかと。
- ICTの活用を積極的に進める観点からも、積極的に進めていくべきではないかと。
- 他の介護サービスと比較して夜勤体制を手厚くする必要はないのではないかと。
- 夜間における在宅待機宿直者は機能するか懸念がある。

これまでの分科会における主なご意見(認知症対応型共同生活介護)②

<サテライトの創設、ユニット数の弾力化>

- ユニット数や運営の弾力化やサテライト型の創設などを行う場合、介護サービスの質、効率的なサービス提供や利用者の安全確保の強化等もあわせて検討すべき。
- サテライトの創設は、「介護離職ゼロ」の実現に向けた在宅限界点の引き上げに必要と考えるが、規制緩和だけでなく、事業の実態を十分に把握した上で、サービスの質が維持できるような諸条件についても整理し行うべき。

<外部評価>

- 第三者の評価制度の導入を更に進めていくことが必要があり、評価の基準や手法、手数料等の費用について、明らかにした上で検討してはどうか。
- 外部評価については、評価事業者により手数料が異なる現状は、今後検討していく課題ではないか。

42

これまでの分科会における主なご意見(介護老人福祉施設)①

<ユニットケア>

- 個室ユニット型施設の普及のためには、ケアの質を落とさないことを前提に、ユニット定員の増加をはじめ、基準の見直しや緩和について検討すべき。
- ユニットケアを普及するためには、手厚い人員配置や職員研修が必要となるが、有休が取得しにくい、昼間のサービス提供においてユニット間での支援ができない、研修に参加しにくいなどの課題がある。地方ではユニット型への入所希望が少ない状況もあり、人材確保や労働環境、経営環境改善の観点から、基本報酬の見直しが必要ではないか。
- ユニット定員の増加は、現在の人員配置のままでは、職員の負担増が懸念されるため、人員配置のあり方をあわせて検討すべきではないか。
- ユニットケアは、馴染みの関係を築きながら、個別性の高いケアを行うものであり、2ユニット単位での運用を認める場合、日中手薄になることや、職員の見るべき利用者が増えることから、職員の負担が増え、ユニットケアの維持が難しいのではないか。
- ユニットケアの基本は手厚い人員配置による個別ケアであり、人員不足は理解するが、2ユニット単位での運用は、質の確保が懸念されるため、専門職の常勤要件の緩和を先に行うべきではないか。
- 2ユニット単位での運用を認める場合、様々な質の担保のために、職員の研修機会を確保すべき。
- ユニットリーダーは、利用者の24時間の暮らしを支え、職員の労務管理に関わることや、施設内の各種会議への参加を行うため、原則、常勤職員であるべき。
- 介護職員以外の人材確保も大変であり、同一敷地内であれば兼務を認めるなどすれば、人材の有効活用が可能となるのではないか。

<看取り等>

- 看取りにあたっては、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに従い、本人の意思を尊重したACPが作成され、医療・ケアチームにより実行されるべきであり、推進にあたっては、社会福祉士やソーシャルワーカー等の関与を明確化し、評価すべきではないか。
- 看取りにおいては、ご本人の意思を最大限尊重するケアが重要であり、ご本人の意思表示ができない場合にも人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等に則って取組を行うなど、加算の算定要件に追加すべきではないか。
- 看取りの対応のためには、施設内の看護体制の強化を進めるべきであり、重度者受入れ安定化、看取りの体制整備、外部の医療職との連携強化のためにも、夜間などへの看護職の加配への評価を検討すべき。【P6再掲】

35

43

これまでの分科会における主なご意見(介護福祉施設)②

<介護ロボット・ICTの活用や基準の緩和等>

- 生産性向上ガイドラインに依拠した体制として、業務改善のためのチームの構築、業務の必要性の検討、業務手順書の作成を行うなど、一連の体制とプロセスを基準上設け、計画的に推進を行い、基本報酬で評価すべき。
- 施設の規模も考慮し、機器導入の意味や効果を分析すべきではないか。
- 見守り機器の導入は、利用者にも効果があり、推進は重要。導入による人員配置基準の更なる緩和や導入費用の支援など検討してはどうか。
- 緊急的な対応など見守り機器により業務そのものがなくなるわけではない中で、導入のインセンティブとして単純に配置基準を減らせばむしろ負担増により離職につながる懸念がある。見守り機器が万能ではないことも考慮すべき。基準緩和自体を目的とするのではなく人材を増やしていく観点で検討して欲しい。【P17再掲】
- ICTを活用し多職種で情報共有するに当たっては、個人情報への厳格な対処が求められており、情報の保管場所等、その部分は十分に担保しながら、より使い勝手のよい機器やソフトの活用を検討してはどうか。【P17再掲】
- 腰痛防止を図るためには、ロボットを導入する前に、まずは介護技術の向上が重要ではないか。【P17再掲】
- 介護ロボットやICTの活用は業務負担の軽減や効率化を進めるために必要であり、サービスの質の確保に留意しつつ、人員の基準あるいは定員の緩和を検討すべき。
- 介護職員以外の人材確保も大変であり、同一敷地内であれば一定の上限を決めて兼務可能とすれば、人材の有効活用が可能でないか。
- 多床室とユニット型を併設する特養は、それぞれで配置基準を満たすことが求められているが、収支状況も踏まえる

<その他>

- 在宅サービス事業者の参入が少なく、特養が必要な地域資源となっているところも少なくないことから、そうした地域の特養が継続的・安定的に運営できるような仕組みづくりが必要。
- 介護の質を担保するために人手を手厚く配置している施設に関して、その取組や努力を適切に評価すべきではないか。それが結果として働きやすい環境づくり、定着率の促進に寄与するのではないか。
- 特養入所者の要介護度の高まりにより、介護職員の負担増につながっているものの、処遇に反映されていないとの現場の声があるため、要介護度が高まっていることを考慮した検討が必要ではないか。
- 過疎地では、特養のベッドが空いてきているが、原則要介護3以上しか入所できないことで入所につながらないこともあるため、そのような地域では条件を緩和するなど、地域の現実に即した対応が必要ではないか。
- 低所得の人への対応を考えれば、原則として要介護3以上とする入所要件は、撤廃すべきではないか。

44

これまでの分科会における主なご意見(介護老人保健施設)

- 老健の基本理念を踏まえると、超強化型への重点化が必要ではないか。
- 在宅復帰の機能を一層強化するため、財政中立を原則に、メリハリをつけた評価を更に行うべきではないか。
- 他の居宅サービスと比べ訪問リハビリテーションの実施割合が少なく、促進すべきではないか。
- リハビリテーションにおける医師の関与の強化は今後も推進していくべき。
- 認知症の入所者については、集団でのリハビリテーションも効果があるのではないか。
- 地域貢献活動について、出前講座の実施や住民・入所者の合同イベント開催など、地域交流を活発にしていけるべきではないか。
- 施設から在宅に戻ってからも、施設内で実施された口腔ケアを継続できる情報共有のスキーム作りが必要ではないか。
- 入所中も継続的にケアマネジャーと連携することで早期の対処や在宅復帰が促進される仕組みを更に進めることが必要ではないか。
- かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との合意形成に遠慮するという声も聞く一方、算定しなくとも減薬を行っているのが現実であるが、連携が進む工夫を検討すべきではないか。
- 所定疾患施設療養費について、肺炎や尿路感染症は算定要件の1週間では治療期間が収まらない事例が示されており、治療の状況、実態に即して算定要件を見直すべき。
- 所定疾患施設療養費について、带状疱疹は注射製剤のみが算定要件となっているが、内服薬による治療が一般的であることも踏まえて検討すべき。
- 所定疾患施設療養費について、带状疱疹は例年発症件数が少なく、蜂窩織炎への変更など、実態に即した疾患の見直しを行ってはどうか。
- 所定疾患施設療養費(肺炎)の算定に当たり、「検査していない」ということはあり得ず、きちんとした対応が必要なのではないか。
- 所定疾患施設療養費は、診療録の内容をレセプトの摘要欄にも記載する必要があり、医師にとって負担となっているので、対応を検討するべきではないか。
- 認知症で車いすを利用している方が転倒した場合、一律に事故にあたるとはいえないのではないか。ベルトによる固定も身体拘束にあたるため行えない。転倒、転落は老年症候群の1つであり、これらが本当に事故にあたるのか、検討すべきではないか。

36

45

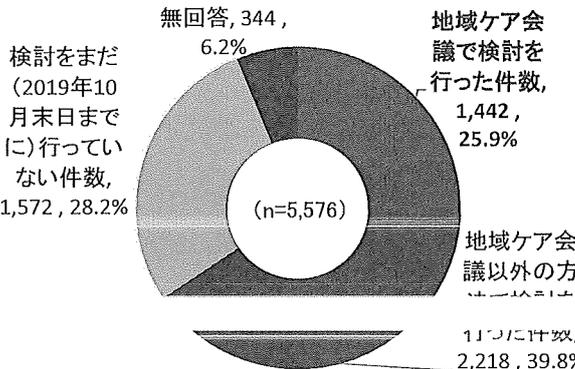
これまでの分科会における主なご意見(介護医療院・介護療養型医療施設)

- 移行未定の施設がすみやかに移行できるよう、より強力な方策が必要ではないか。
- より家庭的な環境を望む家族から介護医療院に関する問合せが多くある。転換促進のため、移行定着支援加算の継続を検討してよいのではないか。
- 円滑な移行を今後とも進めていくために、何らかの工夫を加えた上で移行定着支援加算の延長を考えてよいのではないか。
- 介護療養型医療施設の設置期限が近づく中、課題整理を行うとともに、転換計画の作成や基金の活用など、更なる早期の転換に向けた支援が必要ではないか。一方で、介護報酬の考え方を踏まえると、移行定着支援加算で評価することは問題ではないか。また、移行促進の観点からも、介護療養型医療施設の基本報酬の引き下げや減算を検討すべきではないか。
- 早期に移行を促す必要があり、期限に間に合わないことがないように計画的に移行すべき。
- 令和5年度末の期限までに予定通りに移行することが基本であり、移行定着支援加算は、期間限定であるから移行が促進されるのではないか。
- 介護医療院への移行は進めていくべきであるが、介護報酬は、サービスに要した費用に対する給付が原則であり、移行定着支援加算は例外的なものという認識。
- 有床診療所から介護医療院への移行に当たって浴槽の基準がネックとなっているため、施設基準の緩和を検討していくべきではないか。
- 看取りを行うのは病院ではないはずであり、介護医療院は看取りの場所として最適と考えるため、こちらにシフトしていくべき。
- 地域の中で看取りができる施設を増やすことは重要ではないか。
- 特養には看護職がいるものの少ないので、介護職員の負担にもなっており、介護医療院を増やしていくべきではないか。一般病床で空床の施設もあることから、療養病床からの移行が少なければ、一般病床から介護医療院への転換も可能となるようにしてはどうか。
- 医療保険の療養病床から介護保険への移行による財政負担を危惧しており、小規模自治体では特に影響が大きい。財政安定化基金からの貸付による返済期間の猶予だけでなく、保険者への実質的な財政支援が必要ではないか。

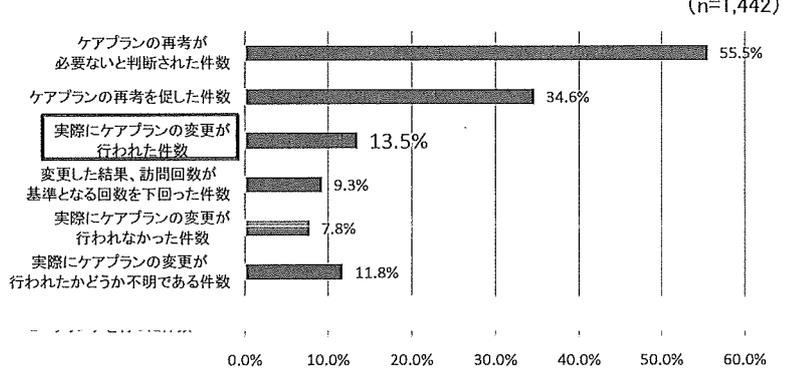
訪問介護 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの件数(平成30年10月～令和元年9月)

- 平成30年10月から令和元年9月の間に、市町村へ届け出のあった訪問回数の多いケアプランのうち、「地域ケア会議で検討を行った件数」は1,442件で、全体の25.9%。
- 地域ケア会議で検討を行った件数の内訳では「実際にケアプランの変更が行われた件数」が13.5%。

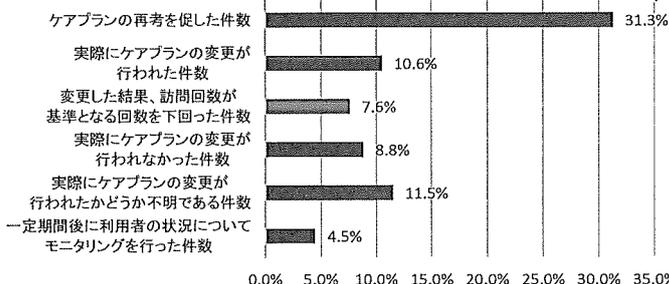
[届出のあった訪問回数が多いケアプランの内訳]



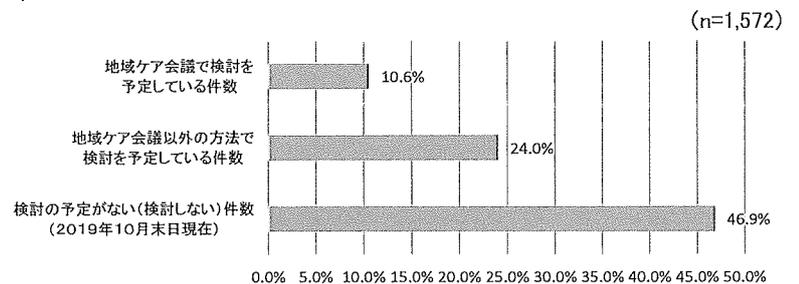
[地域ケア会議で検討を行った件数の内訳(複数回答)]



[地域ケア会議以外の方法で検討を行った件数の内訳]



[検討をまだ(2019年10月末日)までに行っていない件数の内訳]



出典: 令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業」(株式会社 三菱総合研究所)⁴²
 ※ 調査票回収率63.2%(1,572の保険者(市区町村、広域連合)を対象とした調査を行い、回答数が994件だった。
 ※ 件数の内訳には無回答を含むため、合計が100%にならない場合がある。

訪問介護 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの検証の目的に即した検討事例等(保険者への調査)

[訪問回数が多いケアプランの届出を受けて、地域ケア会議等で検討された事例]

要介護度 認知症の有無 (認知症高齢者の 日常生活自立度) 独居・同居	サービスの 利用状況	生活援助理由	サービス担当者会議で再考後のケアプラン	結果の概要
1 要介護3 有(IIa) 独居	生活援助 43回/月 通所リハビリテーション 3回/週	誤嚥性肺炎を繰り返していた。体重減少がみられ食事を支援するために生活援助を利用。その結果、身体状況が改善したにもかかわらず、利用者の希望で、ケアプランがそのまま維持されていた。	・ケアプラン指導研修の専門職からの助言をもとに、再度アセスメントを行い、現状を把握。 ・嚥下機能について、ケアプラン指導研修のSTからの助言をもとに本人の状態を再アセスメント。その結果を主治医に報告。主治医から本人に、食べたいものを食べられるようにするために嚥下機能訓練が必要だということを再度説明し理解を求めた。 ・本人は寝たきりになりたくないという意向から、身体機能全体の維持・向上が嚥下機能の向上にもつながる、むせたり詰まらせたりせずに自分の好きなものを食べるという目標が達成できるのではないかと介護支援専門員が本人に話した。 ・あらためてケアプランを作成。通所リハビリテーションにSTの評価と訓練を位置付け、リハビリを開始した。同時に、訪問介護からは、本人が自分で出来る調理の工夫の提案等を行っていくこととなった。	経験の濃い介護支援専門員が保険者の助力を得て、医療の評価をもとに生活援助が見直しされ、ケアプランの質の向上を果たした事例
2 要介護2 若年性認知症 独居	生活援助 34~35回/月 訪問看護 4回/月	認知機能の低下によりゴミ捨てができず生活環境の衛生管理が必要。糖尿病治療のため食事や服薬の支援、毎日の生活支援が必要な状態。両親は他界しており、県内他市にそれぞれ在住する第2人(次男、三男)の支援も受けられない。地域で孤立し、就労継続が困難になってきているため。	・就労を前提とした服薬支援を検討したところ、出勤中は会社による支援、週末や早朝夜間は三男からの連絡で服薬を促すこととなった。そこで、服薬管理は薬剤師による居宅療養管理指導によって行うこととし、訪問看護の利用を中止した。 ・本人との関係が良好である三男が就労支援に意欲をもっており、買い物支援と通院同行の一部を申し出たため、サービス利用回数を減らした。	若年性認知症支援コーディネーターの助言を得て、家族や地域との関係を再構築し、孤立の予防につなげることで適正なサービスに改善した事例
3 要介護3 無同居	生活援助 10回/週 訪問看護 3回/週 福祉用具貸与 5品目	・本人は、すぐみで転倒しやすく、事前に妻が用意した食事を冷蔵庫から取り出し温めることができなかった。夕食時に利用している配食サービスの弁当を玄関のある2階に取りに行くこともできなかった。さらに、食事前のポータブルトイレ処理ができない。 ・そのため、月～土、昼食と夕食の時間帯に生活援助を行っていた。	・本人にリハビリ等での外出を促す訪問看護を加えることにより、外出の機会ができた。 ・就業している妻に認知面での不安があることを、娘家族と意識合わせをしたところ、娘家族が接点を増やすことに賛同してくれた。同居の妻や娘家族が、本人の自立への意欲向上にもつながるよう、食事の配膳やポータブルトイレの処理を行うこととなった。その結果として、生活援助の回数が増えた。 ・就業している妻に認知面での不安があることも分かったため、モニタリングを続けながらチームでの課題対応に取り組むことを確認した。	家族の負担に配慮しつつも、本人が既に持っていた「自分でできることを増やしたい」という思いを叶えるべく可能な範囲で家事を分担しあうことで家族のつながりを強め、本人の意欲向上がみられた事例
4 要介護1 無独居	生活援助 月～金に 2回/日 訪問看護 1回/週	・平成17年9月悪性関節リウマチと診断。ステロイド治療開始し、改善傾向となったが、骨破壊は進行し、両手指足指ともに変形、拘縮が見られる。 ・ステロイド骨粗鬆症による腰椎圧迫骨折のため、介助にて起立はできるが、ADLはほぼ介助が必要となっており、生活援助が毎日2回入っている状況。 ・当初訪問リハビリがサービスに入っていたが、本人が負担を感じてサービスを拒否することが多かったため、届出時点では中断していた。 ・娘は近隣に暮らしているが、利用者との関係性が希薄で、頼ることができない状況であった。	・これまで不定期の訪問であった娘と話し合いを行い、本人が車いすでの外出(旅行)の意向があることがわかった。旅行の実現のために、まずは食事や移乗の際に自分でできることを増やしていくこととなった。 ・また、旅行という目標ができたことで、身体機能の可動域向上を目的とした訪問看護(訪問リハビリ)を新たに開始した。毎週1回40分。 ・平日の朝食の一部は娘が訪問して、一緒に調理・食事をしてコミュニケーションを増やす工夫をすることとなった。結果として、朝の訪問介護の回数が減少した。	生活援助の目的を再点検し、身体機能の改善意欲向上や孤独感の軽減などを目的としたプラン・サービスに見直したことで、より生活援助が減少した事例

[訪問回数が多いケアプランの検証についての問題点や懸念(抜粋)]

- 検証制度自体に関する内容
- 回数を減らすことはできなかったが、多職種からの意見で、生活の質を見直す機会になった。訪問介護の現実を知ることができた。

出典: 令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業」(株式会社 三菱総合研究所)⁴³



訪問介護 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの検証についての問題点や懸念 (保険者への調査)

検証制度自体に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回数を制限するものではないとしながらも、(ケアマネの資質にもよるが)結果的に必要なサービスが受けられなかったり、施設に入所することに繋がること等が懸念される。 ○ 本制度はケアプランを否定するものでも利用制限を行うものでもない旨を保険者として説明しているところではあるが、本制度開始以降、プランの届出を避ける目的と思われるケアプランの変更が見られた。結果として、不要なサービスの増加(給付費も増加)につながるのであれば、適正化の動きと逆行しているように感じる。
基準や手法に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 同一理由によりケアプランの変更がないものについても、毎回提出を促すのは保険者やケアマネの業務量の増大につながるため、一定の基準を設けてほしい。 ○ 回数によって抽出されているが、独居の方がほとんどであり、認知症や末期がんの方も多く、生活するうえでやむをえないと考えられるものが多い。状況的に再抽出が必要と考えられる方も多く、回数が多いから不適切といった状態ではないので、現在の手法では適正な支援につながらないのではないか。
プロセス、フローに関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護支援専門員自身もケアマネジメントに苦悩しているケースに対し、多くの職員が専門職ではない中で、どのように再考を促せば良いか、検証後の対応方法の構築に苦慮している。
検証の体制に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 検証の手続きが煩雑(多職種のため、ケアプラン作成者、薬剤師、作業療法士など多くの職種の参加が必要) ○ 本件に係わらず他職種連携は効果的と考えるが、医師や薬剤師、リハ専門職の会議参加は、時間の設定、報酬等、さまざまな制約がありハードルが高い。
関係者の負担の増加に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 検証しても意味がないので検証不要として欲しい(必要であるからケアプランに位置付けられているのであり、検証してもケアプランの再考につながると思えない。市町村の負担が増えただけと考える) ○ 事務量が多い(事務局としての日程調整・提出させた資料に記載された個人情報の黒塗り・ケアプラン点検・専門職との打ち合わせ・地域ケア会議等にかかる資料作成・会議内容のとりまとめ・各種書類発送ととりまとめ)
介護支援専門員(ケアマネジャー)の認識等に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域ケア会議で多職種から様々な助言を受けても、本人からの合意が得られず、ケアプランの変更にもつながらない等、ケア会議後の介護支援専門員のフォローについて考える必要がある。
事業者に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 届出を提出してこない事業者が散見され、毎月該当の疑いがある事業者を抽出し、1件ずつ電話で確認しており、非常に事務負担が大きい。
地域性に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本町では生活援助中心型の訪問介護に代替する機能を果たす、サービスが地域住民の任意の助け合いやシルバー人材センターのサービスなど極めて限られている状態である。今後事例が出てきた際に検討を行うが、代替サービスの提案など改善手法が見出せないまま議論が終結してしまう可能性がある。 ○ 人員の関係からすべてのケアプランについて検証を行うのは難しい。また、地域要因(買い物困難等)により出る差を考慮した回数なのかが疑問。
生活援助と身体介護に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助の給付費は減っていても身体介護に振り替えられ、身体介護の給付額が増っていないかの検証が必要と思われる。またケアプランの内容とサービス提供実態の整合性の確認が必要となっていると感じている。 ○ 提出を逃げるために、適切に検討されることなく生活援助から身体介護に置き換えられたケアプランが多数あることが予想されており、本制度による介護報酬の増加が懸念される。
対象ケースと見直しに関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護の生活援助回数が多い事例については、他の障害(精神障害等)を有しており、生活援助回数の削減を図ることが困難な状況がある。 ○ 一定回数に満たないようにサービス調整をするケースがある。
上記以外の内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問回数が多いケアプランを地域ケア会議の提出事例対象となってからは、同ケアプランは見られなくなった。ケアマネジメントの再考なしに介護度に合わせた回数基準未満にしたのであれば、自立支援及び重度化防止に向けたケアプランではないと思われる。 ○ 訪問介護の現場では、頻りに訪問が必要な利用者は現在の利用回数でも本当は足りないが切り詰めて現在の訪問回数としている場合がほとんどであるという声を聴いている。代替の地域支援事業もないのが現状で、保険者で再検討を促すに至っていない。

出典：令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業」(株式会社 三菱総合研究所)⁴⁴



ゆうき・やすひる 69年生まれ。法政大博 士(政治学)。専門は 社会保険論、社会福祉 学

政府債務増の膨張が続 き、新型コロナウイルス感 染症の収束後には、いすれ 政府は緊縮財政から先切 らぬことを覚悟している。そ うなれば社会保険給付費の 抑制策は避けられない。

二〇二〇年度、介護関係職種

介護危機の現状と課題

結城康博 淑徳大学教授

介護関係職種の雇用情勢は一段と厳しさを増している

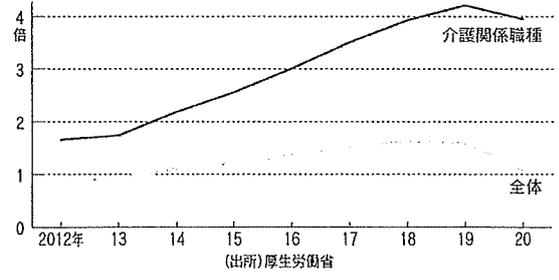
ポイント

- 介護事業者側が利用者を選別する事態も
訪問介護などは自治体の直接運営検討を
「高福祉・高負担」の介護施策も選択肢に

1 社会保障給付費の見通し

Table with 3 columns: 2018年度, 25年度, 40年度. Rows include 介護, 医療, 年金, 子ども・子育て, GDP.

2 7月時点の有効求人倍率(パートタイムを含む)



介護現場の関係者に聞く と、多くの非常勤介護職員 が感染リスクを危惧して休 職しており、人材不足は一 層深刻だという。当然の一 とながら新規採用も見込め ず、介護現場ではコロナ禍 以前と比べてもさらに少な いマンパワーで業務をこな なければならない。

休日確保している事業所 が6割前後にのぼる。土日 おび祝祭日、年末年始休 日など考慮すると、毎月平 均10日程度の休日は当然取 得されるべきだ。
つまり資金や休日確保に 注目が、労働市場で介護 分野が優位に立っている見込 みは極めて低い。介護分野に 対する大幅な財源確保策を 講じることで、人員を増や していく必要がある。

今こそ冷静に介護保険に おける競争原理の限界と入 口減少社会を踏まえ、今後 どう「低価格・高品質」を 実現していくか、制度設計の見直 しを急ぐべきだ。
提供されている様々な介護 サービスのうち、このまま 競争原理により縮減すべき ものと、ふさわしくないもの に切り分けていくことが 必要だ。その過程では介護 人材確保の視点を忘れては ならない。民間事業者が介 護保険への参入は採算性の 観点から市場に参入しづら

水俣だ。民間事業者が介護 報酬から収入を得て、人材 を確保。定着せながら収 益を上げていくビジネスモ デルが難しくなっている部 門といえる。ゆえに訪問介 護部門の部を自治体が直 接引き受け、公務員もしく は準公務員、ヘルパーとして 再募集を図るべきだ。
当然、介護保険が公費 による自治体福祉サービスの 拡充には、多くの財源確保 が必要となる。そのため 介護は「社会投資」である ことを、社会が理解する必 要がある。近い将来、団塊

労働者が介護の問題にと らわれず生産性が向上すれ ば保険料負担も担えるよう になる。そうした意味での 「高福祉・高負担」の介護 施策は検討に値する。

約140基の石炭火力発電 水準です。18年度の日本の

Bottom section containing a large table of data and a TOKYO PRO Market logo.

文 フェイクニュースが絶えな

が、フェイクニュースの「歪み」関が「信頼」できる情報ソースと

18世紀後半、ジェームス

水準です。18年度の日本の

約140基の石炭火力発電



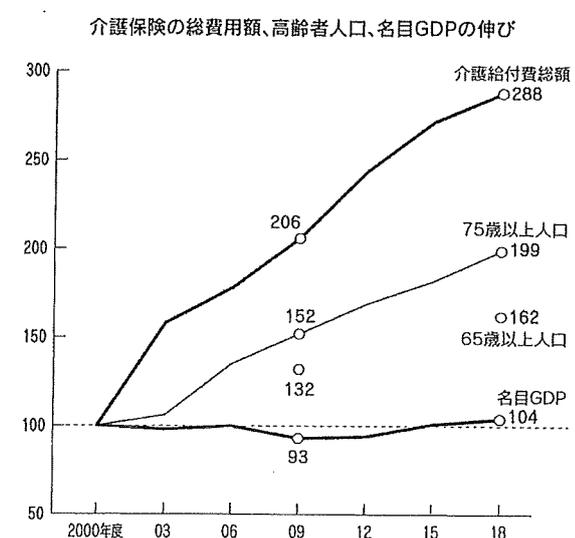
たかの・たつあき 龍谷大文芸学部 社会福祉学専攻 社会福祉学専攻 社会福祉学専攻 社会福祉学専攻

コロナ禍は高齢者介護分野にも影を落としている。重症化リスクが高い要介護高齢者の感染拡大を防ぐため、多くの介護事業者はサービス提供を縮小し、著しい減収に見舞われている。近年の介護保険制度改正で事業所の収入源である介護報酬が実質的に引き下げられ、経営体力が脆弱化するなか、追い打ちを受けた形だ。厚生労働省が介護報酬算定や人員基準などの臨時的な取り扱いは先延ばしに示したところ、政府の第2次補正予算に盛り込まれた支援策により、当座の経営問題は表面化していない。だがコロナ禍が長期化、再拡大すれば、事業所の開業・倒産が相次ぐことも懸念される。一方、サービス利用者(要介護高齢者)にも問題が及ぶ。介護サービスの利用の見合わせにより、心身の機能などが悪化する事象が複数報告されている。いわばコロナ禍が、経営体力の脆弱化が進む介護事業者を追い込むとともに、社会的弱者である要介護高齢者を窮地に陥れている。

介護危機の現状と課題 ①

高野龍昭 東洋大学准教授

対象者・サービスの重点化を



介護保険の総費用額、高齢者人口、名目GDPの伸び (注)2000年度を100として指数化 (出所)厚生省、総務省、内閣府のデータを基に筆者作成

ポイント

- 介護保険の総費用額は自然増超えて膨張
利用者負担拡大など近年の改革は効果薄
被保険者の20歳以上への拡大など検討を

題を露呈させる形となった。こうした介護危機は2010年代前半から繰り返しの指摘されてきた。最近「介護保険制度の持続可能性の危機」として議論されており、その論点は介護保険制度の財政と介護人材確保の2つに集約される。本稿ではこのうち財政的な課題について論じていく。約10・4兆円と3倍近い伸びを示している。同じ期間の65歳以上人口は約1・6倍、75歳以上人口は約2倍にとどまる。各国内総生産(GDP)はほとんど伸びていない(図参照)。つまり介護保険の総費用額の伸びを自然増として看過することはできない。この約20年の間に、高齢者夫婦のみ世帯・単身世帯が増えたこと、高齢者人口の年齢構成がより高齢層に移っていること、自然的要因も影響していると考えられるが、それだけで費用増を説明できない。

行の改正だ。軽度者(要支援1・2)の訪問介護と通所介護の2つのサービスを全国共通の保険給付から除外し、市町村事業(介護保険法での地域支援事業、いわゆる「総合事業」)に移行することを義務づけた。総合事業は、要支援者への2つの保険給付と認定外の高齢者に対する介護予防事業を一元化したうえで、従前の介護専門職などが配された事業者によるサービス、非専門職・一般企業によるサービスや市民の自発的な取り組み(ボランティア組織など)による事業に移行するものだ。対象分野は低廉な報酬(事業費)に置き換えられた。これにより家事援助(訪問介護での生活援助)や通所介護による生活の活性化(通所介護)といった介護サービスの一部の機能を地域の互助や市場に移行し、サービスの裾野を拡大することにも、財政の効率化を図ることが期待された。だが実際には、従前の専門職による訪問介護・通所介護から一般企業や市民によるサービスへの移行はさほど進んでおらず、財政面でもほとんど効果を示していない。一方、後者の代表例は利用者負担率の見直しだ。制度改正後1割だったのが15年度改正では一定以上の所得者の負担を割増し、18年度改正では現役並み所得者の負担を割増し引き上げた。高額介護サービス費の自己負担限度額についても、高所得者対象として拡大(増額)するなどの改正が実施されている。しかし高齢者全体に占める高所得者の割合がそもそも低いことから、要介護認定者に占める2・3割負担者は合わせて約9%にとどまり、財政的效果を示すには至っていない。その他の利用者負担増の施策も同様の傾向にある。

筆者は、介護保険の財政的な問題は制度自体の構造に由来すると考える。具体的には①給付の対象者が幅広く、②給付がカバーするサービスの範囲も広範であること、③費用拠出者である被保険者が年齢で限定されていること、④第1次ベビーブーム世代が後期高齢者となること、⑤今、これらを見直さないままに制度の持続可能性は見逃せない。21年度に予定される制度改正でも、この諸点は手つかずのまま。まず給付の対象者とサービスの範囲に関しては、選択には、従前の専門職による訪問介護・通所介護から一般企業や市民によるサービスへの移行はさほど進んでおらず、財政面でもほとんど効果を示していない。一方、後者の代表例は利用者負担率の見直しだ。制度改正後1割だったのが15年度改正では一定以上の所得者の負担を割増し、18年度改正では現役並み所得者の負担を割増し引き上げた。高額介護サービス費の自己負担限度額についても、高所得者対象として拡大(増額)するなどの改正が実施されている。しかし高齢者全体に占める高所得者の割合がそもそも低いことから、要介護認定者に占める2・3割負担者は合わせて約9%にとどまり、財政的效果を示すには至っていない。その他の利用者負担増の施策も同様の傾向にある。

アフターコロナの世界のデータ活用と日本社会の改革への処方箋
日経クロストrend プレゼンツ
11:00 セッション
太田 祐一氏 (DataSign 代表取締役社長)
鈴木 貞介氏 (こゆるぎ総合研究所 コンサルタント・代表取締役)
市橋 洋平氏 (日経BP シリコンバレー支局長)

「データ」を軸に社会が変わる
人・組織・ビジネスが進化する
「データサイエティ」の到来
高野龍昭 東洋大学准教授

対する現金給付についても検討されてよいだろう。こうした総合事業の強化・拡大のためには、地域での互助の再構築や市場による高齢者向けサービスの開発などが必要となり、社会福祉法人や社会福祉協議会の機能発揮も求められる。次に被保険者のあり方については、介護保険制度創設の際、暫定的に40歳以上と設定した点を再検討し、20歳以上に拡大すべきだろう。これにより現在は40歳に限定される第2号被保険者数は4割近く増える。その際には、障害者福祉施策との統合の議論も求められる。また若年層に新たな負担を求めるにあたり、一般に社会保険制度では保険料負担が逆進性をもたらすことには留意し、所得水準によって保険料の累進性を高めるような所得再分配機能を強める措置も欠かせない。加えて事業者の保険料負担に関する経済界の理解も必要だ。

「コロナ禍で改めて、介護や保育などのケア労働を軽視してきた政治の転換が求められています。市民の手に政治を取りもどそうと声を上げてきた同志社大学教授の岡野八代さんに、コロナ後の社会のあり方について聞きました。



特権的無責任の安倍政治

安倍政権の7年8カ月間、政治はあまりにも貧困で、市民のためにも何もしませんでした。安本法制強行による立憲主義の破壊はもろもろ、何よりの腹立たしいのはこの政権が人間性への敬意を著しく欠いている点です。秋生田(光一)文部科学相が大学入学共通テストをめぐって「身の丈に合わせ」と発言するなど、市民生活や生命への関心と責任感があまりにも欠如しています。

いま、政治がケアを必要だ

「厳格はいいさありませぬ(で)した。家庭で母親が倒れるだろうと安易にマエたのでしょ。女どもへの命令だと感(怒)りに腹をました。今の問題は政治経済の「根を、ケアの価値を知らない人たちが牛耳っていること」です。彼らは「自分たちはもっと重要な仕事をしている」

同志社大学教授 岡野 八代

「ともや高齢者の世話などごりの中での特権的な無責任さです。一斉休校は文科相や現場の教師への相談すらしていませんで。安倍政治の特徴は、お女性や外国人に押しつけ



介護や福祉労働を軽視せず社会全体で担う

社会保険削減によって非常態にせいで弱くなってしまった。人々の営みに不可欠な労働にもかかわらず、賃金は全業平均より10万円も少ないのが現状です。資本主義社会では少しでも労働力を安く使い倒そうと、その努力にまっとうな対価を支払いません。一番の問題は、人間を育てることに興味がないことです。女性でもできる仕事、政治経済より劣る仕事、とばかりに、保育や介護といったケア労働の賃金は不当に安く抑えられています。新自由主義の下でケア労働はますます価値を切り下げられ、女性だけでなく外国人労働者も担い手になってきています。ジェンダー平等が進む北欧でも問題は深刻です。自国の富裕な女性も過酷なケア労働から解放されても、「社会的に立場の弱い人や外国人にケアを担わせる」という状況が生まれています。そのように人間観は、全ての人間に価値があると考える民主主義を揺り倒すのではないのでしょうか。

人間の可能性引き出して

コロナ後の私たちに必要なのは新しい何かではありません。人間の生活に不可欠なケアを軽視する政治を終わらせ、ケアを社会全体で担う政治へと根本的に転換することです。たとえば、介護・福祉・保育職員の賃金を上げ、待遇を改善するなど、等しく教育を受けられ、いろいろな手に手をかけられる仕組みをつくる。これらをつつとめると資本

おかの・やよ=1987年生まれ。同志社大学大学院教授(西洋政治思想、フェミニズム理論)。著書『フェミニズムの政治学』など。新刊『ケアするの誰か? 新しい民主主義のかたちへ』は10月21日出版予定

安く抑えられています。政治は、人々の間で実践されてきたケア(他者を尊重するあり方に学び、人々の要求や痛み、声に耳を傾けるべきで、女性や社会的弱者だけにケアを担わせるのではなく、政治の責任で、社会全体でその責任をどう担うかを模索してほしい。

冷笑終わらせる

いま新自由主義のもとで、多くの人が企業で働くために勉強し、安い賃金で働かされ疲弊しています。自己責任を押し付けられ、見捨てられています。新自由主義に突き進む政治のせいで、どれだけの人々が可能性を潰されていくかと思うと、非常に腹立たしいです。本来人間はもっと可能性に開かれていて、豊かになさるべきです。政治の役割は人間の多様性を引き受け、人々の持つ果てしない可能性、潜在能力を生かす手助けをすることではないのでしょうか。それは日本国憲法の理念でもありま