

次期(2021年度)

**介護報酬改定(制度の見直し)
に向けた提言書**

2019年2月16日

全国地域包括ケアシステム連絡会

次期（2021年度）介護報酬改定に向けた「政策提言」

I) 「地域包括ケアシステム」の“かなめ”となる「地域密着型サービス」を積極的に拡大していくこと

（提言）

■ 地域包括ケアシステムをめぐる現状について

- 「地域包括ケアシステム」は、誰もが住み慣れた地域で安心して長く暮らし続けられる町づくりであり、「共生社会」の実現に向けた取り組みである
(高齢者だけでなく障がい者や生活困窮者、子育て者など、地域に暮らす人々のコミュニティネットワーク)
- 団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年までに、地域の中に「地域包括ケアシステム」をくまなく作っていくことが、これまで大きな目標とされてきた
全国にいくつかのモデルが出来つつあるが、全体として整備が大変遅れており、このままでは行き場のない高齢者が地域の中に急速に増加していくことが懸念される
- 「地域包括ケアシステム」は、人々が「仮に重度な要介護者となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組み」であり、介護の分野ではその“かなめ”となる「地域密着型サービス」が大変重要な役割を担う。しかし、これらの整備が非常に遅れている
- その大きな理由として、以下の三つのことが上げられる
 - 一つは、「家族の問題」であり、利用者に自己決定権がないことである。家族の多くが施設での介護を望んでおり、「在宅での介護」より「施設での介護」を希望する傾向が強い
その背景に、在宅介護における家族の大変さがあり、介護の担い手の問題や精神的・肉体的な負担が大きいことがある。また、現状のサービスが「家族介護を前提」としていると思われるものが多く、そのことも家族が「施設サービス」を希望する大きな要因となっている
 - 二つめは、地域包括ケアシステムの推進主体である包括支援センターやケアマネジャーの理解と力量不足の問題である。ケアマネジャーが自宅（在宅）で自立して生活できるケアプランが作れず（単なるサービスの組み合わせプランとなっている）、自信を持ち得ていないことである。そのため家族の要望でプランを作り、安易に施設を紹介するケース等も多く見られ、在宅サービスへの理解や広がりにつながっていないことが上げられる
 - 三つめは、市町村の消極性によるサービス量の不足である。責任主体としての市町村に大きな問題がある。具体的には i) 「地域包括ケアシステム」に対する理解が不足している自治体が多く見られること ii) サービスの計画自体が余りにも少なすぎること iii) 市町村の体制や人員等が不足していることなど、地域密着型サービスの普及が進まない状況がある

■ 「地域密着型サービス」を積極的に拡大するために

（小規模多機能型居宅介護サービスについて）

- 在宅（地域）において要介護者の介護と暮らしをささえるサービスとして、2005年に

「地域密着型サービス」が創設された。その中の一つである「小規模多機能型居宅介護」は、在宅での要介護者をささえるために「訪問」「通い」「泊り」の3つの機能を備えており、認知症の方でも安心して利用できる便利なサービスである

(24時間365日ささえる上で、一体的包括ケア・包括報酬が基本となっている)

○しかし、登録人数に上限(29人)があり、利用者数が限られてしまうこと。また、現時点で施設の数少な過ぎることがあり、サービスの絶対量が不足している

○「小規模多機能型居宅介護」サービスが広がらない理由として以下の点が指摘できる

一つは、知名度が低いことに加え、ケアマネジャー等にもよく理解されていないこと

二つ目は、ケアプランを移す必要があり、他のケアマネジャーからの紹介等がほとんど期待できないこと

そして、**三つ目**の大きな理由は、このサービスが「同居家族がいる」ことを前提としており家族の負担が必要になるという点である

(利用登録者が29人の場合、宿泊する人が9部屋ならば、残りの20人近くは自宅にいることになる。しかし、夜勤者は一人配置のため夜間の対応ができない。かといって夜勤を複数配置するのは現行では事業的に困難である。従って、夜間は家族の介護が前提になっている)

○今後、一人暮らしの高齢者が急速に増えていくことを考えたとき、制度的な見直しが必要である。また同様に「看護小規模多機能型居宅介護」の場合も、看護師配置による経費負担が大きく、事業者が躊躇する傾向があり、あまり広がっていない。もっと柔軟な運用や仕組みにしていくことが求められている

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについて)

○2012年の改定において「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」が創設され、病院から退院してくる中重度の方を中心に、在宅で「24時間365日」ささえていくサービスとしてスタートした

家族にとって、「夜間も対応してもらえる」という安心感があり期待が大きいですが、実際にはあまり広がっておらず、経営的にも厳しい運営となっている事業所が多く見られる

○定期巡回型サービスが増えない原因及び理由として、以下の点があげられる

一つは、「定期巡回型サービス」が持っている優れた内容(一体的包括ケア・包括報酬)がきちんと理解されないで運用や指導がなされていることである。市町村によって行政指導等の面でばらつきや矛盾が見られ、柔軟な運用ができないものになっていること

(「訪問介護」と同様にとらえられており、その違いが良く理解されていない)

二つめは、在宅において要介護者の介護と生活をささえるには、「訪問」サービスだけでは難しいことである。「24時間365日」ささえるには、「訪問」を中心としつつも、「通い」や「泊り」等のサービスも柔軟に組み合わせて対応することが必要である。同居して介護を行っている場合も、家族等のレスパイトが必要であり、1人暮らしであれば「リハビリとしての場」や「社会性を取り戻す場や環境」が更に重要といえる。また「緊急時や不穏・不測への対応」等を考えると、「訪問」サービスだけでなく「通い」や「泊り」の機能が欠かせない以上の点をふまえ、もっと使い勝手の良い仕組みに改善していくことが求められている

(提案及び要望)

(小規模多機能型居宅介護サービスについて)

I) 「小規模多機能型居宅介護」のサービス量を増やし、夜間への対応を可能とするために登録定員数を36人程度まで引き上げ、夜間への対応等を考慮した体制と報酬額の引き上げを行うことが必要です。また、「小規模多機能型居宅介護」サービスは、定期巡回型サービスよりも使い勝手が良いことがあり（包括ケア・包括報酬の良さが生かせる）量的な不足をカバーする面からも登録人数の引き上げを図ることが必要です。

また、登録人数の見直しと合わせて「通い」「泊り」の上限人数の見直しも必要です。

II) 「地域密着型サービス」の量的拡大を図るために国や県の関与を強め、市町村の計画数の引き上げを促すとともに、単独ショートステイのグループホームや小規模多機能施設等への転換（「広域型サービス」の「地域密着型サービス」への転換）を、積極的に推進していくことが必要です。

（ショートステイの設置基準は、グループホームや小規模多機能の基準をすべてクリアしており可能であること。例：20床のショートステイはグループホーム2ユニット、小規模多機能2ヶ所分に転換が可能である）

III) 「小規模多機能型居宅介護」等の地域密着型サービスに対するケアマネジャーの理解が不足している現状があり、適正な利用につながっていないことから、「実務研修」「更新研修」等のカリキュラムに組み入れるとともに、現場の視察研修等も義務づけることが必要です。

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについて)

I) 「一体的包括ケア」（包括報酬、包括ケア）の利点が活かされておらず、指導内容や運用の見直しを行うことが必要です。（「訪問介護」に準じた運用を改めること）

II) 「訪問」を中心としつつ、在宅（地域）での介護と生活をささえるため、定期巡回型サービスにおける限度額を引き上げ、「通い」（デイサービス）や「泊り」（ショートステイ）等の利用をし易くすることが必要です。（例：デイサービスやショートステイ等を利用する場合は、それぞれ限度額の30%まで可能とするなど）

III) 定期巡回型サービスは「包括報酬」であることから、サービス付き高齢者向け住宅の利用者については、（悪徳な「限度額ビジネス」を避ける意味からも）特養と同様に報酬額を定めることが望ましい。

(地域包括支援センターについて)

I) 「地域包括支援センター」の業務を365日の運営とし、自治体も事業者と365日連携が図れる仕組みを作り、義務づけることが必要です。

（包括支援センターは「365日運営」の通達が出されていますが、大半のところはそうっていない）

Ⅱ)「一体的包括ケア」によって、総合的なケアを推進し、軽度者も含めて「介護と暮らし」をささえていくこと

(提言)

■「包括ケア」とは何か(包括ケアと包括報酬の意味)

- 特養やグループホームでは、24時間365日スタッフが常駐し、「包括ケア・包括報酬」による一体的なサービスが行われている
- 一方、1日及び一定期間の「生活の一部」をケアするサービス(以下「部分的ケア」という)を提供する「ショートステイ」や「デイサービス」「訪問介護」等は、「出来高報酬」が基本となっている。そのためこれらには「限度額」という考え方や設定がなされている
- 「包括ケア・包括報酬」の優れている点は、要介護者の介護と生活(暮らし)を丸ごとささえることができる点であり(そもそも、介護と生活支援部分を区別するのは無理がある)、しかも報酬額が一定であることから、利用者の側も安心できるという利点があり、ケアプランも総合的なものになっている
- 一方、部分的ケア(出来高報酬)の場合は、介護が完結しないという面があり(1日の一定部分しかケアしないので、家族も安心できない)ケアプランも「基本プラン」と「個別プラン」(介護計画書)の二つが必要とされている

資料(1)参照

■認知症ケアに適した「一体的包括ケア(包括報酬)」

- 90年代までの介護は、主として「身体介護」中心のケアであった。しかし、現在必要とされているのは「認知症ケア」である。従って、これまで「在宅3本柱」と呼ばれていた「ショートステイ」や「デイサービス」「訪問介護」は、主に「身体介護」向けの「部分的なケア」に適しているが、現在必要とされている認知症ケア(トータルケア)には不十分といえる
- 認知症の方には、「落ち着いた場所で、顔なじみのスタッフが対応できる環境」や「24時間365日のケア」が必要であり、特養や小規模多機能型居宅介護、グループホームなどにおける介護の方がより適している
- この場合のケアや報酬の相応しいあり方は、一体的な「包括ケア」であり「包括報酬」が基本となる。それは、利用者にとっても「一定額の負担で必要に応じて何度でも利用できるサービス」であり、安心して利用することができるからである

■「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」が広がらない理由

- 2012年の改定で「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」サービスが創設され、特養やグループホーム等の「一体的包括ケア」を在宅(地域)の中で実施していく狙いで「24時間365日の対応」を可能にするものとして始まった。しかし、その本旨が事業者や行政にきちんと理解されていないため、運用や行政指導にばらつきが見られる
- 定期巡回型サービスが持つ良さは「利用者のニーズに応じて必要なサービスを柔軟に提供できること」であり、また「定期巡回サービス及び随時訪問サービスは、身体介護を中心とした1日複数回の定期訪問と、それらに付随する生活援助を組み合わせで行うものであり、具体的な

サービスについては、既存の訪問介護の内容にとらわれず、適切なアセスメントにより利用者の心身の状況に応じて、1日の生活の中で真に必要な内容のものとされたい」（平成24年度介護報酬改定に関する厚労省のQ&A）とされており、利用者に行き届いた必要なサービスが提供できることである

資料（2）参照

- しかし、多くの市町村では経験がないこともあって、これまでの訪問介護に準じた指導や対応が行われており（自治体ごとや担当者によるばらつきが見られ）曖昧な指導によって、事業者が困っている状況が多く見られ、非常に使い勝手の悪いものになっている
- 特養において、「外出」や「病院付き添い」等が認められているのは、介護を行っていく上で必要だからであり、また自立支援や社会性を取り戻す行動として、暮らしをささえていく上で切り離せないからである。しかし多くの自治体では、これまでの訪問介護と同じ「部分的ケア」「出来高報酬」の延長線上での指導が行われており、「お出かけや外出支援はダメ」「病院の付き添いはダメ」「〇〇サービスはダメ」など、事業者にとって大変やりづらい複雑かつ融通の利かないサービスになっており、「一体的包括ケア」の良さがほとんど生かされていない
- ある事業所において、「透析」が必要な方の病院への付き添いが「法令違反」とされ、家族の強い願いにも関わらず断ったケースもある。（行政からは介護タクシーの利用を促されたが、テリトリー外であることを理由に断られた）包括報酬でカバーできるものも、また別途の介護費用を発生させることにもなっている。また、同じサービスでも家族がいると（日中独居であっても）駄目であり、同居家族がいる場合には「届け書」の提出を求められるなどの運営が自治体によって実際に行われている
- 昨年、「訪問介護サービス行為区分について」（老計10号）通知が出されたが、もともと介護（自立支援）の部分と日常生活（生活支援）の部分とを区分すること自体が困難であるにも関わらず（医療のように生活を細かく切り刻んで点数化することなどできない）、そうした基準を提示せざるを得ないのは「出来高報酬」だからであり、介護と関係しないと思われる部分を区分して報酬の用途から除こうとするとところに起因している
- 認知症の方を「一体的包括ケア・包括報酬」によって丸ごと支えていく「定期巡回型サービス」と「訪問介護サービス」（部分的かつ出来高制）とは、根本的に異なる。在宅での介護や生活をトータルに支えていくためには、介護部分に重点を置きつつも生活支援も含めてサポートしていくことがこれから重要かつ欠かせないといえる
- もし、身の回りの生活支援部分を、介護のついでに行ったとしても（寝起きしている部屋の掃除や数年に1回生じるかどうかの電球交換等）そのことを大きな問題にして強調する意味がどこにあるのでしょうか。仮に、生活支援のために過度のサービスとなっても、包括報酬であるため“事業者の持ち出し”が増えるだけであり、一定のところでは必ずとコントロールが働く
- むしろ、「包括ケア・包括報酬」によってサービスを控える（手抜きする）事業者への対応の方が重要といえる。これらについては、一定の基準（サービスの量や質の面から）を設けることによって厳しくチェックし報酬額にランクを設けるなどの仕組みや対応が必要といえる
- また、この定期巡回型サービスをうまく生かすために、「訪問」サービスに加えて、「通い」や「泊り」（家族のレスパイト的側面も含め）などにも柔軟に対応できるよう、ルールや制度を見直していくことが必要といえる

(提案及び要望)

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについて)

- I) 「定期巡回型サービス」を広げていくために、地方自治体に対して、国及び県は「一体的包括ケア」による柔軟な対応を可能とする指導や運営を強化していくことが必要です。
- II) 「定期巡回型サービス」と「訪問介護サービス」とを明確に区別し、定期巡回型サービスについては一体的包括ケア・包括報酬の中で（その良さを生かし）生活支援や自立支援を含めた対応も可能な内容にしていくことが必要です。また、職員の確保や利用人数が少ないと（30人以下等）採算面で厳しいことなどもあり、サービスに見合う報酬の引き上げが必要です。
- III) 「定期巡回型サービス」については、在宅での限界点を高めるために限度額を引き上げるか又は限度額を取り除き、他のサービス（「デイサービス」や「ショートステイ」等）についても柔軟に利用出来るようにしていくことが必要です。

Ⅲ) 国及び県が積極的に関与し、「地域マネジメント」の強化及び要支援者を対象とした「市町村総合事業」の取り組みを強化していくこと

(提言)

■大切な市町村の役割と「地域マネジメント力」

- 「地域包括ケアシステム」を構築していく責任主体は市町村であり、積極的な役割が求められている。しかし、地域の課題を把握し、地域包括ケアシステムの構築に結び付け、推進していく「地域マネジメント力」が弱く、市町村による格差が広がっている現実がある。一部に積極的な市町村の事例も見られるが、全体として消極的な市町村が多く「地域密着型サービス」等の整備が遅れている
 - 例として、奈良県における主な市町村の第6期及び第7期の「介護保険事業計画」の一覧表を示したが、「地域密着型サービス」の設置計画が、数万人規模の町であっても3年間でわずか1～2ヶ所程しか計画がない等、余りにも少ないことがある **資料(3)(4) 参照**
こうした状況は、他の都道府県でも同様である
 - 地域包括ケアシステムについては様々な説明がなされているが、「おおむね30分以内に必要サービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位とする」とされている。しかし、2025年における要介護者の数を、小学校区エリア（人口8千人～1万人程度：お年寄りが歩いて20～30分で行ける範囲）で推定した場合、地域の中に要介護3以上で約150人程度、要介護4以上で約90人程度存在することが考えられる
(日常生活圏域の範囲は、最終的に小学校区程度がより妥当) **資料(5) 参照**
 - 仮に、この地域の中で暮らす要介護者を「地域密着型サービス」でささえていくとした場合、グループホームや小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービス量は、少なくとも複数（2～3カ所）程度存在していないとささえられないことが分かる。しかし、これらの整備が大変遅れており市町村ごとのバラツキも多い現状となっている
- ※ 全国に小学校の数は約24,500校あり、中学校は約11,300校。現在のグルー

プホームの数は中学校区に1カ所程度、小規模多機能型居宅介護についてはその半分にも満たない。

- 市町村にとって「サービス量を増やせば介護保険料が上がる」という点が消極的な理由の一つになっている。しかし、要介護者になっても利用するサービスがないことの方が深刻といえる。市町村は住民への理解と合わせて、積極的に推進する必要がある、要介護者への対応とともに“中重度の要介護者を増やさない”取り組みに力を入れていく必要がある
熊本県山鹿市の例に見られるよう、中重度者を増やさない取り組みを積極的に行うことによって第7期の介護保険料を引き下げたところもあり、他の自治体はもっと広く学ぶ必要がある

資料(6)(7)(8)参照

- 現在、介護保険制度の対象は、財政的な問題もあり中重度（要介護度3以上）へとシフトしていかざるを得ない状況となっており、昨年からは要支援1・2の方々が「市町村における総合事業」に移行している。しかし、実際にはこれらを丸ごと事業者に任せている自治体が多くあり、一方で今後の委託費用等の財源が困難な市町村が多い中で、大きく広がっていくことはあまり考えにくく、地域のボランティアにも限界があると思われる

- 2005年の制度改定の際に、介護保険財政から2000億円の財源を地域支援費に組み入れ、要介護者を増やさないために高齢者の5%を特定高齢者（虚弱高齢者）として、市町村による予防事業が行われたことがあった。しかし、ほとんどの自治体で実施されないまま終わったのはまだ人々の記憶に新しい（実施されたのは0.2%の高齢者にも満たない）。この例からも分かるように、予防事業や軽度者への対応を全て市町村に委ねることは極めてリスクが大きい。

それだけの体制や力量がある市町村は極めて限られており、これらはやがて後々の要介護高齢者を大量に生み出すことにつながる可能性が非常に高いことがいえる

- こうした市町村の問題点について、「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」という報告書（H28年3月）が三菱UFJリサーチ&コンサルティングから出された経過がある。しかし、実態はほとんど当時のままであり、市町村の役割と自覚がより重要になっている。そして、これらを具体的に後押しする国や県の役割が重要になっている。町づくりは、「行政」と「事業者」及び「住民」の三者が力を合わせることなしには進まず、「地方自治だから」という理由で、単に市町村に任せにするのは極めてリスクが高いといえる

（自治体の問題意識や職員の頻繁な異動等も原因）

- また、要介護1～2（軽度者）を「市町村の総合事業に移行」していこうとする意見も聞かれる。そもそも「要支援者」と「要介護者」との違いは、認知症の有無が判断の基準となっており、認知症のある方は“専門家の領域”として要介護者に含められた（位置付けられた）という経過がある。それを、市町村の事業やボランティア、地域の支え合いで見ていくというのは困難である。むしろ、要介護1～2の方がよりケアに時間と労力を要するというのが実態である。

軽度であっても要介護者は「包括ケア・包括報酬」の中で支えていくことが基本であり、要支援者だけでなく、要介護1～2までを（全体の6割以上を占める人たちを）市町村事業に移行させるといえるのは、介護の崩壊を招くことになる可能性が極めて高い

- ともあれ、地方自治体への国や県の責任ある具体的なバックアップや関与を抜きにして「地

域包括ケアシステム」の実現は困難といえ、これから増えていくことが予想される外国人労働者との共存を含め、国が提唱している「共生社会」の実現などおぼつかないと思われる国や県が責任をもって市町村に関与する中で「市町村総合生活支援事業」及び「町づくり」を積極的に進めていくことが大切になっている

(提案及び要望)

- I) 要支援者や軽度者の介護や生活支援を全て「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行していくのは、もっと慎重に行うことが必要です。
(十分な受け皿がない地域や市町村によって単位数が違うこと。また、行政区の境界近くの事業所は近隣の2～3市に申請する必要があることなど大変複雑になっていること)
- II) 安心して地域住民が介護保険サービスから卒業できるよう、総合事業や住民主体の活動につながった場合、居宅及び介護保険サービス事業所にインセンティブ等が発生する仕組みが必要です。
- III) 今後、要介護度1～2の人たちを市町村の総合事業に移行させていくべきとする意見がありますが、認知症の要介護1～2の方を総合事業や「自助と互助」「ボランティア」等で対応していくのは極めて困難であり、介護の崩壊につながると考えます。
要介護1～2の人も介護保険制度による「一体的包括ケア（包括報酬）」の中で、専門職がささえていくことが必要です。

IV) 「質の高い介護サービス」の実現に向け、ケアに対する考え方や評価方法を変えていくこと

(提言)

■自立支援ケアの推進と評価について

- 今後は、最後まで「自分らしく」できるだけ「住みなれた自宅」で「自立して」生活していくことが大切になる。そのためには、多く見られるこれまでの「お世話型ケア」から「自立支援型ケア」への転換が大切になっている
- これらの視点で、ケアプランや介護計画書の内容を見直していくことが重要であり、「計画」「実行プロセス」「評価方法」等を見直す必要がある。自立支援サービスに対する評価は、要介護度の改善だけでなく、多面的なアウトカム評価を取り入れるとともにストラクチャーやプロセスも含めた総合的な視点から評価を行っていくことが大切である
- 現在、活用されている「バーセルインデックス」は、身体介護向けの評価指標であり、認知症ケアの評価には別途の指標が必要であると考えられる
また、昨年の改定の中で、リハビリの実施や指導について、医師の関与が大きくなっている面があるが、これまでの介護事業所が行ってきたPT・OT・ST等による生活リハビリ等による効果も実証されており（生活リハビリについては、病院でよりも介護事業所の方が実績がある）、医師との連携による柔軟な対応を可能とする方法にしていくことが求められる
- 介護の質的評価を科学的に検証するために「エビデンス化」の研究が進んでおり、このこと

は必要であり、更に進めていくことが大切である（アウトプット）。

（提案及び要望）

- I) ケアの考え方（お世話型ケアから自立支援ケア）を明確にした介護計画書の作成を義務付け、結果（評価）に結び付けていく取り組みが必要です。
- II) 介護の成果（アウトプット）について、ADLとQOLの向上により評価していく指標を作成することが必要です。
- III) 身体介護に有効な「バーセルインデックス」ではなく、「認知症ケア」の評価指標を確立することが必要です。
- IV) リハビリについては、「どんな状況の人に」「どれだけ（量）」サービスを提供したのかで評価するのではなく、リハビリの成果（アウトプット）で評価していくことが必要です。また、病院内での急性期リハビリだけでなく、在宅現場でADLを高める慢性期のリハビリ（訪問等によるリハビリ）を重視し、手厚くしていくこと（加算等）が必要です。
- V) 医師が関与するリハビリと同様に、介護現場においてPTやOTの指導のもとで実施する生活リハビリも評価していくことが必要です。
- VI) 「外部のリハビリ専門職等との連携推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化予防の推進」における生活機能向上連携加算について、医療提供施設でない訪問看護ステーションによるリハビリ職によるものも認めることが必要です。

V) 外国人による「介護人材」の確保及び定着について、国及び県は積極的に関与しバックアップしていくこと

（提言）

■外国人労働者の受け入れについて

- 少子高齢化による人口減少が進む中で、労働力の不足が深刻さを増し、外国からの労働者の受け入れは、もはや避けられない見通しとなっている。介護の分野においても深刻な人手不足が続いており、このままでは人材不足によって将来の介護が成り立たない可能性がある（2025年までに37万人の介護人材が不足する見通しであるが目途は立っていない）
- 入管法の改正によって、2019年4月から外国人労働者の受け入れが拡大されることになったが、国としての受け入れ条件や労働環境の問題、入国後の生活等、まだまだ不透明な部分が多く存在しており、慎重な検討が必要である
- また介護の場合、他の職種と違ってコミュニケーション力（一定の語学力）が求められるため、ややハードルの高いものとなっていることがある。そうした点で、仮に受け入れ枠が拡大されたとしても介護人材の確保は、他の分野よりも厳しいと考えられる
かといって、語学力等における安易な条件緩和は「介護の質の低下」につながる恐れがある
- したがって、これからの外国からの人材受け入れや確保については、国や県における積極的な関与や推進が大切である。現在、いくつかの自治体において、介護人材の確保に向けて「補助金」等の検討が進み出しており、小さな事業所でも受け入れやすくするには様々な援助が

必要となっている

(提案及び要望)

- I) 国内における人材確保の面で、中学校程度から職場体験等を通して介護の仕事を身近に感じる機会を増やしていくことが必要です。また、国として介護従事者が増えるようなイメージづくりや宣伝についての予算化が必要です。
- II) 外国人留学生や技能実習生（特定技能者）等の受け入れは、費用等の面もあり一部の事業者に限られてくる可能性があります。外国人材の受け入れ及びその後の継続した雇用を可能にするためにも、奨学金制度の充実など、国や都道府県の積極的なバックアップが必要です。
(他の職種よりも語学面でのハードルが高く、敬遠される可能性がある)
- III) また入国後においても、語学能力を上げるための研修や資格取得のための教育等が必要になります。フィリピンEPAの介護福祉士候補者のように、一部の自治体では受け入れ後に一定の教育を行うところや居住費や教育研修費等の助成を行うところが見られるが、国・県としても実務研修費用の助成や費用負担など、積極的な支援や取り組みが必要です。

VI) 低所得者への補足給付や減免制度の拡大を行い、経済的に困難な方も「安心して老後が暮らせる」ようにしていくこと

(提言)

- この間、特養などの介護施設において、食費や居住費補助（補足給付）が減額しており負担が困難になる人や退所せざるを得ない人が増えていること
- また、低所得者に対する減免制度が適用されないサービス（「小規模多機能型居宅介護」）などもあり、利用することが困難な人たちが存在している
- 「小規模多機能型居宅介護」の減免については、市町村によって認められているところがあるものの、基本的に無しとされており市町村の裁量に委ねられている。市町村の力量によってサービスレベルや程度差が多少生じるのはやむを得ないとしても、このことによって利用が出来なくなるというのは、介護保険制度利用の根幹（権利）にかかわる大きな問題である
- 仮に所得が少なく経済的に困難な人であっても、皆が等しく「安心して老後が暮らせる」ようにしていくことが大切である

(提案及び要望)

- I) 介護施設における食費・居住費の補助（補足給付）を見直す（引上げる）ことが必要です。
年々、人材不足による人件費の高騰、食材価格の値上がりが見られ、従来の基準額（特養における基準費用額は 1380 円）では、コストが吸収できず食事の質にも影響を与えかねない状況となっています。また、今年度は消費税の引き上げ等も予定されており、食費の基準費用額を引き上げることが必要です。
(現在、7割強の入居者が補足給付を受けているところもあり、基準を超える食費を設定すれば大幅な減収になる)
- II) 施設及び在宅サービスの全ての利用において、低所得で経済的に困難な人は全て平等に「減

免制度」が受けられるようにすることが必要です。

Ⅲ) 所得が少ない生計困難者への対応として、社会福祉法人による「負担軽減制度」の推進が行われていますが、事業者にとってかなりの負担になること。規模の大きい事業所や法人で一定可能であっても、小さい事業所では経営的負担が大きいことがある。余裕のない小さい事業所（例：50床前後の特養など、経営的に大変厳しい）の基本報酬を引き上げることが必要です。また、減免制度を拡大するために、国の補助割合を引き上げるとともに、社会福祉法人以外の事業所にも広げていくことが必要です。

Ⅶ) 配置基準を見直し、重度化等に対応した報酬体系を構築すること

(提言)

- 介護保険制度の利用者が、段々と中重度にシフトしていく中で、ケアする体制や人員にしわ寄せが見られる状況がある
- 特養では、入居対象者が要介護度3以上となり重度化が進む中で、現在多くの施設では要介護度4・5が6割～7割程度を占めており、加えて看取りの推進や強化が求められている
- しかし、職員の配置基準は従来の3：1のままであり難しくなっていることがある。多くの特養ではすでに職員の配置実態が2.5：1及び2：1となっているところが大半である
- また、加算の取得による対応が図られているが、利用者の重度化に照らして現状にそぐわない実態が見られ、抜本的な改善や見直しが必要になっている

(提案及び要望)

- I) 特養における介護・看護職員の配置基準を見直し、重度化の現状に即した新たな報酬体系にすることが必要です。配置については「2：1」を基準とすることが必要です。
(加算での対応でなく現状の職員配置をもとにした新たな報酬体系)
- II) この間、実質的に基本報酬は引き上がっておらず、加算をとらないと経営的に厳しくなっている現状があります。安定した経営を行う上で、加算による対応でなく、基本報酬を引き上げていく必要があります。
- III) また運用の面で、特養においてもグループホームと同様に「入居者と一緒に食事作り」などが出来るよう柔軟に改善することが必要です。

Ⅷ) 教育研修制度等の充実及び事務作業の簡略化などを進めること

(提言)

(教育研修等について)

- 在宅での生活の限界点を高めるために「小規模多機能型居宅介護」や「定期巡回型サービス」等の役割が極めて重要になっているが、ケアマネジャーの理解が低いことが大きな障害になっており、普及が遅れている現状がある。理解のために座学研修だけでなく実地研修等

も位置付けて推進していくことが必要である

○各種資格所得のための研修機会が不足していること（開催回数や受入れ人数が少ないこと
また、一つの事業所の参加人数の上限が決められている等）がある。一方で配置が不足して
いることによって法令違反になりかねない厳しい状況が見られ、支障をきたしている。国の
指導やバックアップが必要となっている

○職員が喀痰吸引等の資格取得を推進しようにも、対象者がいないところでは実習が進まない
現状があり、医療機関等での実習受け入れ制度の積極的な検討が求められている

（事務の簡略化について）

○事務作業の簡略化を図るためにICT化の推進等が求められているが、市町村や保険者にお
いて、これらへの対応が進んでいない実態がある

○国の“掛け声”に反して、市町村自治体から求められる記録資料や文書量はむしろ増加して
いる実態が見られる。報酬改定のたびに新たな加算が創設され、一方監査においては加算要
件のチェックが厳格になるなど、現場での記録等における業務ウエイトが大きくなっている
ことがある（設立認可や事業所の指定申請書類等の一部簡素化が示されているが、これらは
度々発生するものでない）

○「介護業務の文書量の半減」を実行するためには、加算や監査項目に関する現場の日常的な
記録や書類等を整理、削減していくための具体的な指導が求められている

（提案及び要望）

（教育研修等について）

- I) ケアマネジャー及び介護福祉士資格の取得が年々厳しくなっており（ハードルが高くなっ
ているが質が向上していない）、方法を見直す必要があります。
- II) 居宅介護支援事業所において「主任ケアマネジャー」が管理者の要件となるが、主任ケア
マネジャー取得研修の定員が少ないことがあり、大幅に拡充する必要があります。
- III) 介護支援専門員の「実務研修」カリキュラム及び「更新研修」（5年毎）のカリキュラムに
おいて、「小規模多機能型居宅介護」等の理解のための座学の組み入れ、テキストの作成・
配布、現場での視察研修等も組み入れ、普及拡大を図っていく必要があります。
- III) 医療機関での研修受け入れ等、介護職の喀痰吸引等の実習について工夫が必要です。

（事務の簡略化について）

- I) 記録等の簡素化及び加算に依存した報酬体系の抜本見直しが必要であり、それを含めて文
書量や事務作業は減らしていく必要があります。
- II) 医療と介護の連携を強化するために記録物のフォーマットや必要書類の統一化を図り、共
通の視点で情報を扱えるようにすることが必要です。

以上