

2022年3月24日

厚生労働大臣
後藤 茂之 様

介護の社会化と在宅介護を後退させないための要望書

介護の崩壊をさせない実行委員会

特定非営利活動法人アビリティクラブたすけあい
ACTたすけあいワーカーズ・コレクティブ連合
特定非営利活動法人ACT・人とまちづくり
神奈川ワーカーズ・コレクティブ連合会
生活クラブ運動グループ・横浜ユニット連絡会
東京・生活者ネットワーク
神奈川ネットワーク運動
ワーカーズ・コレクティブネットワークジャパン

新型コロナウイルスの感染拡大防止など、日ごろの厚生労働行政について多岐にわたるご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

私たち「介護の崩壊をさせない実行委員会」は、東京都及び神奈川県内の地域密着型サービス事業者、在宅福祉・介護・看護サービス事業者、市民参加のたすけあい活動団体で構成しています。これまでもサービスの削減や、重度化シフトなど介護保険制度の改定ごとに現場の声をもとに政策提案を行ない、また、基本報酬のアップによる介護人材の確保など、根本的な改善策についても繰り返し国に要望してきました。

2020年からのコロナ禍においては、山積していた課題がさらに表面化してきました。特に小規模事業所の運営は厳しくなる一方で、廃業せざるを得ない事業所も出ています。介護事業所の多くを占めている小規模事業所は、日ごろから地域の信頼を得て一人ひとりに寄り添った丁寧なケアを行なっていますが、3年ごとの制度改定の度に負担が増え、対応に苦慮しています。今回もICT化や入浴サービス加算などの課題を指摘しています。

ブラックボックスにも例えられる介護認定調査については、昨年11月に実施した自治体への調査により、課題が見えてきました。また、ケアプラン有料化に関しても、ケアマネジャーを対象にそ

の是非についてアンケートを行なったことで、慎重に対応すべき問題であることを明らかにすることができたと考えます。

ようやく社会的課題として認知が広がったヤングケアラーの問題は、介護の社会化を支える制度の不備を示しており、家族介護に戻りつつある実態に多くの市民は不安を募らせています。

「制度はあってもサービスなし」という事態に陥らないためにも、利用者や現場の声を真摯に受け止め、国の責任として改善がなされると信じ、以下、7項目について要望します。

<要 望 項 目>

1. 介護保険基本報酬の引き上げについて

介護は、個人的な問題であり専ら女性の仕事とする社会意識が根強かった中で、1999年に「男女共同参画社会基本法」が制定され、2000年には「介護の社会化」を目指して介護保険制度が施行されました。その後、株式会社も含めた大手の営利企業の参入も多くなりました。

介護保険施行から20年以上が経過する中、3年毎の制度改定では、施行前から地域に根差して一人ひとりの利用者に寄り添ってきたNPO法人等の小規模の事業者は、その都度厳しい状況に追い込まれています。

2009年に介護従事者の給与や働き手としての環境の改善、またスキルアップを目的とした「介護職員処遇改善交付金」が創設されましたが、2012年度から「介護職員処遇改善加算」となり、交付金ではなく、加算での運用が始まりました。介護職員の報酬を高めるためには、処遇改善加算を申請しないと成り立たない制度になっています。

しかし処遇改善加算だけではなく、さまざまな加算制度は利用者負担も基本となっており、利用者負担の割合と相まって利用者の利用控えにもつながり、介護の社会化とは逆行しています。

また、介護保険事業所にとっても、加算を取得することで介護報酬を高めていかなければならないしくみでは、申請手続きも複雑且つ事務職員の負担も大きくなっており、大きな疑問を感じています。

今回の補助金による処遇改善の申請についても、非常に煩雑な手続きの割に一人ひとりに配分される金額は大きくありません。特にここ数年のコロナ禍で介護職員はリスクの高い職業とみなされ、求人にも苦慮しています。

今後の超少子高齢社会を見据えた時、介護事業所が安定して運営でき、介護職員がエッセンシャルワーカーとして安定且つ希望をもって従事できるだけの報酬を確保するためには、きちんとした基本報酬の確保が必要です。これを確保するためには、さらなる公費の投入が必要だと考えます。

現在の報酬体系で安定した介護職員の確保ができ、介護保険制度が持続可能な制度として成り立っていくとお考えか？見解を伺います。

2. 介護認定に関わる2016年～2020年の経年調査から

- (1) 要介護認定の結果について、疑問や不満がある場合に不服申立申請の制度がありますが、審議の長期化などを理由に保険者も積極的に勧めておらず、区分変更で対応している実態があります。当団体が実施した「介護認定に関する自治体調査」では、不服申立申請件数について回答のあった34自治体において、5年間で16件にとどまっていました。不服申立申請は、権利であり開かれた手続きのもと行なわれるもので、審査会も慎重かつ丁寧な認定を実施することにつながるしくみです。今後は、より簡易迅速かつ公正な不服申立申請の制度となるよう検討を要望します。
- (2) 介護認定に不服がある場合に、区分変更申請をもって対応している事例が多くあると思われます。また、この間、区分変更申請件数は増加傾向にあります。しかし、多くの自治体は区分変更の理由として「心身の状態変化に伴うもの」という項目と「認定結果に不満がある」という項目を区別して記載していません。そのため、認定審査が適正に行なわれているのか否かを客観的に判断することが困難になっています。よって、介護認定の区分変更申請の理由は、「心身の状態変化に伴うもの」と「認定結果に不満がある」項目を区別し記載するよう、見直しを求めます。
- (3) 認定審査会の内容については、現状では被保険者に開示されていませんが、情報を開示することで、透明性を高め、介護保険制度の理解が進むものと考えます。本人の求めに応じて、審査過程の情報開示が可能となる運用を求めます。
- (4) 一次判定と医師の意見書、調査員の特記事項によって最終判定をする認定審査会について、介護保険制度に基づく認定審査会であるにも関わらず、委員に占める介護分野の専門家の割合が低い傾向が見られ、医療関係者のみで構成されるなどバランスを欠いていることがわかりました。理学療法士(PT)、作業療法士(OT)を含む介護・保健・医療・福祉の各領域の専門性を活かし、審査会の構成メンバーの適正化を図るべきです。今後、どのように

是正するお考えでしょうか。

- (5) 市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取り組みに対し、様々な取り組みの達成状況を評価できるよう客観的な指標により評価し、自治体への財政的インセンティブを付与する「保険者機能強化推進交付金」および「介護保険保険者努力支援交付金」があります。これらの交付金は、介護度の維持または改善に対しても評価が行なわれませんが、介護認定に関する権限を有する保険者に支給するしくみであり、保険者による給付抑制につながることも懸念されます。交付金制度の見直しを要望します。

参照「介護認定に関する自治体調査」抜粋資料

3. ケアプラン有料化について

- (1) 要介護・要支援者の誰もが安心して介護サービスが受けられるために、現在の居宅介護支援費（10割給付）の維持を要望します。また、利用者及び介護家族がケアプランの有料化によって受ける影響や課題について、意向調査など実態把握をされているのであればお示ください。

今回、ケアプランの有料化について、介護保険サービス事業者のアンケート調査を実施しました。居宅介護支援事業をはじめ、通所介護、訪問介護、福祉用具等の事業者305件の回答があり、反対70%、わからない16%、賛成14%でした。反対の理由の約半数は、医療保険・介護保険の利用者負担が増え更にケアプランの自己負担が増えるとサービス利用を控え、結果として介護の重度化や孤立につながることを危惧しています。また、有料化によって利用者意向の過剰なサービスプランにならないか？ソーシャルワークの一つである公的相談に利用者負担はそぐわないとの意見も多数ありました。賛成意見の財政健全化については、反対・わからないすべてに共通する課題にあがっていますが、必ずしも解決方法がケアプランの有料化だけではないと考えます。有料化によって真っ向から意見が分かれるのがケアマネジャーの質の問題です。本来利用者側のチェック機能によってケアマネジメントの質が左右されるものではなく、利用者の自立支援と重度化防止ケアプランの質の精度を上げていくことが事業者に求められているのです。

今回のサービス事業者アンケート調査では、賛成・反対・わからないと回答された方々から様々な貴重な意見もいただきましたので、ぜひ参考にしてください。

第一に、当事者となる利用者側へケアプランの有料化案について、しっかり情報を提供し判断できる条件を整備し周知・広報することを要望します。

2年にわたるコロナ禍で閉じこもり現象が加速しています。老老介護・認知症介護・ヤングケアラーの問題も顕在化する中で、介護者の孤立化による虐待事故や悲惨な事件などが多発する可能性があります。要介護・要支援者の「命と健康」を守り、それらを防止することが最優先の課題であると考えます。誰もが安心して介護が受けられるために、ケアプランの全額給付を要望します。

参照「ケアプラン有料化アンケート」資料

4. 「見守りの援助」での入浴はありえない！

必要だから利用されているデイサービスの入浴加算の引き下げは見直しを

現在、通所介護における入浴は、身体的に、また認知症や精神的疾患により自宅では入浴ができない利用者に対して実施していますが、自力で入浴できる方への入浴提供は、一人暮らしである、老老介護である、自宅の浴室が使えないなどの事情がある方のみを実施しています。通所介護における入浴介助は、かなりの重労働であり、現実には厚生労働省の方々が机の上で考えているような「見守りの援助」で入浴できる方は少なく、身体的介助がないと入浴できない方ばかりです。特に小規模事業所では機械浴などの設備投資もできず、入浴介助は、精神的にも肉体的にも厳しい作業です。もちろんできる限り自身の力で入浴できるよう最低限の介助に留めるよう努力していますが、事故防止の観点からも着替えから入浴の全ての動作に対する介助、部分介助が必要になっています。是非現場を見ていただきたい。「観察」などという言葉で済むはずがないのです。

入浴に際して、医師、理学療法士、介護福祉士、ケアマネジャーが利用者宅の浴室の環境を見て、利用者の身体状況などを評価し、訓練としての通所介護での入浴に関して加算するという改定は、上記の専門家が揃っている、大規模な事業所でなければとても対応できません。

どの程度の規模の通所介護事業所が入浴加算を取得しているのか、また、地域密着型通所介護における取得率も合わせてお示してください。

介護は手間と時間を評価しているのに、入浴加算の改定の目的がよくわかりません。根本的に自宅での入浴が無理な利用者は、リハビリによって自宅での入浴が可能になることはほぼないと考えます。ましてや、加算という名のもとに5単位上げるために、医師、理学療法士、介護福祉

士、ケアマネが現状を把握して、計画を立てる手間や事務処理の手間を要します。また、そもそも、小規模事業所では、それらの専門職との契約や人件費も捻出できません。

公衆浴場の料金よりも低く、毎回お湯も入れ替え、光熱費も水道料金かかる経費のこともあり、入浴加算の単位がすべて従来の入浴加算から引き上げられるならわかりますが、下がることは全く理解できません。本来の入浴の目的は、衛生管理、リラックス効果であり、訓練ではないと考えます。

入浴加算の改定は見直して、介護の時間と手間に見合った報酬引き上げとなるように切に要望いたします。

公衆浴場の料金よりも低く、毎回お湯も入れ替え、光熱費も水道料金かかる経費のこともあり、入浴加算の単位がすべて従来の入浴加算から引き上げるならわかりますが、下がることは全く理解できません。本来の入浴の目的は、衛生管理、リラックス効果であり、訓練ではないと考えます。

入浴加算の改定は見直して、介護の時間と手間に見合った報酬引き上げとなるように切に要望いたします。

5. 2020年度介護保険制度の改定の以下2項目を検討してください

(1) 区分支給限度額7割のうち訪問介護6割のケアプラン抽出

2021年度10月より、区分支給限度額7割を使い、その中で訪問介護が6割を占める居宅介護支援事業所について、事業所単位で抽出し「ケアプランの点検を行なう」というしくみが導入されました。過去の2018年10月では、介護度による訪問介護の生活援助の回数制限が設定されました。限度を超えたケースは保険者へ届け出、多職種による地域ケア会議でケアプラン点検を行なうしくみでした。

今回の新たな改正は、前回のしくみを検証して見直しされた結果であれば、経過説明をください。

医療と介護の連携により在宅介護の充実が謳われていたと認識していますが、なぜ毎回訪問介護の事業が対象になるのかその理由をお示ください。

(2)大規模通所介護・通所リハビリテーションの報酬の扱いについて

大規模通所介護、通所リハビリテーションについて、通常規模型の算定単位数に置き換えることになりましたが、それによって利用者のサービス利用回数が制限されることが発生しています。大規模事業所減算であれば、必要な回数を利用限度額内で利用できます。しかし、回数を減少することなく利用すると通常規模型報酬算定することで、限度額を超える部分は10割の自己負担を余儀なくされる場合も発生しています。通常規模型の利用者と大規模型のサービスを利用する者との公平性の観点からという説明を受けました。これまでの大規模事業所減算の考え方は人員基準が緩和されていると理解していましたので、今回の報酬の扱いについてさらに詳しい理由をお示しください。

6. 介護保険事業のICT化推進のためにも、小規模事業所へのさらなる支援の充実を

国から求められているICT化ですが、私たちのような小規模事業所、特に資金力に乏しいNPO法人ではICT化するには資金援助や支援が必要です。小規模事業所やNPO法人が事務負担の軽減・事業の効率化に必要なICT化をすすめるための施策を要望します。

国は介護職の地位向上、報酬のUP、介護職を増やす、離職を防ぐなどの施策を打ち出しているにも関わらず、介護事業の多くを占めている小規模事業者が、人材不足や運営状況の厳しさにより存続の危機に瀕している状況はかわっていません。また、資金力もあり、専門職の人材も揃う大規模な企業系や社会福祉法人系などに有利な政策になっているように感じます。そのような中で、地域との関係も強くきめ細やかな介護ができる小規模事業所、地域密着型の事業所は、今後もより一層必要とされる存在であると考えます。

コロナ禍での運営状況はさらに厳しさを増しています。

根本的な基本報酬の引き上げとともに事務負担の軽減により、スタッフの負担軽減や事務経費を抑えていく必要があります。

事務負担の軽減については、国、厚生労働省が推し進めているICT化、提出書類の簡素化等을上げていますが、現実には、3年に一度の介護保険改定だけでなく、毎年のように繰り返される改定に伴う申請書の多さ、煩雑さ、同じような書面を何度も提出しなければなりません。さらには今回の処遇改善交付金における手続きにおいても、事務負担がさらに増えているのが現状です。

小規模事業所においては、事務専門職は、ほとんどいません。介護職が兼務しています。事務負担が増えれば増えるほど、本来の介護職としての時間が確保できなくなってしまうため、勤務後の作業が増えています。そのことを国会議員の皆様や厚生労働省の方にはぜひ知ってほしいと思います。

今年度から始まったLIFEですがこの取り組みにもICT化は必須であると考えます。今はまだ整備の途中であると思われませんが、今後、より多くの情報を取り入れ、利用者の援助を効果的にするためにも、小規模事業所がLIFEを積極的に取り入れられるように一刻も早く整備していく必要があります。

小規模事業所はICT化のために情報を集め対応しようと努力していますが、そのためには負担を軽減できるソフトを入れるか、事務専門職を雇うしかありません。国、厚生労働省、そして各自治体の支援や、助成金など使いやすい支援制度を要望いたします。

7. 通院介助の現場で起こっている不合理をそのままにしないでください

訪問介護サービスは、利用者の「居宅において」提供されるサービスのため、居宅以外の場所だけで行なわれる介助は介護保険サービスとして認められません。そのため、通院介助が居宅サービスとして認められるには、居宅において行なわれる外出先へ行くための準備行為を含む一連のサービス行為とみなされることが必要で、ケアマネジャーより居宅サービス計画で示された場合にサービス提供を行なっています。

病院等の医療機関内の院内介助は、基本的には、病院等のスタッフにより対応されるべきとされています。しかし、病院等が対応できない場合は、訪問介護員による院内介助が必要となりますが、利用者、および医療機関の状況により、同じように車いす介助を行なったとしても、介護保険の対象となるかどうか判断が異なることも多くあります。診察の待ち時間は介護保険の対象ではないが、その間にトイレ介助をすればそれは介護保険の対象、診察室内の行為は介護保険外だが、認知症の利用者とともに医師の話を聞き、ケアマネジャーに報告することを求められれば、介護保険内...など、内容ごとに分単位でサービス内容を記録し、報告することが必要となり、介護保険対象外の部分は自費サービスでカバーするということになっています。(別添事例を参照)

しかし、介助が必要な利用者が、自宅から病院、受診手続きから診察、薬の受け取り、帰宅までの一連の行為を円滑に行なうために訪問介護員が行なうべき援助が「通院介助」というものであるのなら、このように一連のサービスを介護保険の対象サービスとそうでない行為に分けることは非常に不合理であると言わざるを得ません。

タクシーなどでの移動中は介護保険の対象外とされていますが、体調に異常を感じて通院する利用者の変化に気を付けながら同乗しているヘルパーは「健康状態の観察と安全のための見守り」を続けている状態です。これは介護保険サービスに入らないことでしょうか？待合室で一緒に待っている時間も同じことが言えます。

移動中は介護保険外で、利用者さんの意向で自費サービスが使えない、という場合はヘルパーはタクシーに同乗せずに、別の手段(自転車等)で病院に移動し、診察中の待機はサービスに含まれず、診察が終わったらタクシーへの移動・移乗を介護保険で行ない、帰りはまた別手段で移動する、という例も実際に出現しています。

通院介助及び院内介助を行なった場合は、ヘルパーは詳しいサービス内容と時間を記録し、サービス提供責任者がそれをもとに事例のような報告書を作成して、毎月のサービス提供票による実績報告時に通院介助や院内介助の状況(内容)及び経過時間等を報告し、報酬算定の適否が確認されて初めて介護報酬算定となるということで、その他のサービス提供に比べてヘルパーの負担も大きく、事務処理にも時間がかかっています。

病院等の医療機関内の院内介助については、現在、病院内で誘導及び介助体制がある医療機関が少ないのが現状です。医療機関の患者受け入れ体制が改善・促進されることを要望します。また、病院側受け入れ体制が不十分な状況があり、通院介助を「自宅をから出て帰宅するまで」の全体で介護保険サービスとし、訪問介護ヘルパーの仕事として算定できるよう要望いたします。

以上