

介護現場における主な要望事項について

「自由民主党介護福祉議員連盟」提出資料

令和4年11月25日



1

1. 物価高騰の問題

■ 問題の所在

- 昨年度末以来の、電気代、燃料費、食材費などをはじめとする物価の高騰は、介護事業者の経営を直撃している。
 - 介護事業者の収入である介護報酬や利用料は公定価格であるため、転嫁することができない。また介護事業は労働集約型産業であるため人件費割合が高いが、職員給与については引き上げこそ求められるものの引き下げは不可能であり、支出の節減余地は限られている。
 - このような中で、各介護事業者は、そのわずかばかりの余地の支出の削減に努めているが、もはや限界である。
 - またICT化などによる生産性向上にも努めているが、その成果を得る前に物価高騰が急激に進んでいる。
 - 物価高騰は一層進んでおり（※）、今後暖房を多用する季節となり極めて深刻な事態になっている。令和4年度決算においては、大多数の介護事業者が赤字に落ち込む危険性がある。
- （※前年度末時点では電気代、燃料費は昨年度比平均3割増であったが、最近では電気代が2倍以上に高騰したという例もあり、10月以降食材費も高騰している。）

2

■ 全国老施協の対応

- 物価高騰の問題については、内閣府が新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の中で、物価高騰対策のための交付金を自治体に交付していただいていることについて感謝申し上げます。
- ただし、この交付金が介護事業者に届くためには、各自治体において予算化されることが必要である。このため、全国老施協としては、全自治体の首長に対して、介護事業者に対して的確な支援を行っていただきたい旨を要望する文書を送付し、各都道府県・指定都市の老施協からも地元自治体に対して同様の要望を行ってきている。

■ 各自治体の状況

- 交付金を活用した介護事業者への物価高騰支援は、**多くの自治体で実施（予定）していただいているが、実施（予定）していない自治体もある。**
- また支援をいただいた自治体においても、**令和5年度まで継続する支援事業はなく、その後の物価の更なる高騰分を賄うことができない状況**もあり、継続的かつ追加の支援が求められている。

3

■ 各自治体からの物価高騰支援の給付額（令和4年11月時点）

- 交付金の運用方法は都道府県・市区町村それぞれに委ねられているため、**各自治体で多種多様な運用が行われている。**

対象費目 : 食費、電気、ガソリン等の費目毎に算定しているもの、特定の費目区分を設定しないもの等
 対象サービス : 施設系、通所系、訪問系などグループ化して設定するもの、サービス種類ごとに設定するもの等
 支給額算定単位 : 定員あたり、一定期間の平均利用者数あたり、事業所あたり等
 対象期間 : 4ヶ月、6か月、9か月、12か月（令和4年度内）等
 都道府県・市区町村間の併給調整 : 役割分担（施設系は県、在宅系は市）、県で支給した分は市で除外、併給可（調整なし）等

< 1 施設あたり支援見込額 > ※平均定員数をもとに一施設あたりを試算

	特養	ショート	デイ	養護	軽費・ケアハウス
最大値	5,682,000円	972,000円	624,000円	2,820,000円	2,820,000円
平均値	1,262,047円	253,627円	184,557円	1,083,867円	857,139円
中央値	840,000円	250,000円	150,000円	825,000円	630,000円
最小値	60,000円	10,000円	14,400円	50,000円	30,000円
N数	23か所	15か所	22か所	22か所	23か所

※ 平均定員は特養70名、ショート10名、デイ30名、養護70名、軽費・ケアハウス50名（全国老施協・令和2年度収支状況等調査の平均定員数を端数調整した数）

※ 全国老施協・物価高騰支援の要請活動実施状況アンケート調査（R4.11）において、金額まで把握できている23自治体について試算。

4

■ 政府・与党に対する要望

- 介護事業は、収入が公定価格であり、支出の削減余地も限られているという事情があることに踏まえ、次の点をお願いしたい。
 - ① 自治体に対して、物価高騰対策のための交付金の中から**介護事業者に対して継続的かつ追加的な支援を行うよう強力な指導**をお願いしたい。
 - ② 特に都道府県よりも**市町村**において介護事業者に対する支援が消極的であるとの現場の声があがってきており、強力な指導をお願いしたい。
 - ③ 物価高騰対策のための交付金については9月9日に積み増しが行われたが、①②の支援の財源とするための**更なる積み増し**をお願いしたい。
 - ④ 更に、**臨時の介護報酬改定**を行うことで、**基本報酬及び食費・居住費における基準費用額の引き上げ**を検討いただきたい。

2. 要介護度 1・2 の通所介護・訪問介護の総合事業への移行の問題

■ 問題の所在

- 現在、社会保障審議会介護保険部会では介護保険に係る「給付と負担」が議論テーマの一つとなっている。
- その中で要介護度 1・2 の方の通所介護・訪問介護を、介護保険から切り離して介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）へ移行することが論点の一つとなっている。

■ 全国老協は移行に反対

- 全国老協は、この移行については重大な問題があるとして反対している。
- 8月5日に厚生労働省老健局長あてに提出した「介護保険制度等の見直しに関する介護現場の要望について（要望書）」の中で反対を表明しているほか、10月21日には関係 7 団体（※）との連名の要望書により老健局長に対して反対する旨の申し入れをしている。
（※全国老人保健施設協会、日本認知症グループホーム協会、日本介護支援専門員協会、日本介護福祉士会、日本ホームヘルパー協会、全国ホームヘルパー協議会、全国社会福祉法人経営者協議会）
- 介護保険部会においても、本会の小泉副会長から反対する旨の発言をしており、他の構成員からも反対の声があがっている。

■ 移行には重大な問題がある

- 要介護度 1・2 の方の通所介護・訪問介護を総合事業へ移行することは次のような重大な問題がある。
 - ① 適切な専門的サービスが提供されないことにより、自立が阻害されて重度化を招く恐れがある。
 - ② 総合事業のサービス単価が廉価に抑えられることで、地域において要介護者を支えるサービスの担い手がなくなる可能性がある。
 - ③ 家族介護の負担増による介護離職など更なる問題につながり、地域包括ケアシステムと正反対の結果を招来する。
 - ④ 総合事業では従前相当以外のサービス事業所が増えておらず、現行の地域支援事業の拡充が先決である。

【参考】 要介護度 1・2 の通所介護・訪問介護を総合事業へ移行することの問題点

1. 総合事業では要介護度 1・2 の方が必要な専門的な介護サービスを受けられなくなる

(1) 総合事業のサービスの内容は専門性や期間の点で介護保険サービスの代替とならない

総合事業は、主に要支援者又は基本チェックリストに基づき判定された高齢者を対象に、要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として実施されるものである。

そのサービスの内容は、要支援者に対する介護予防サービスにはなじむものの、要介護者が必要とする介護サービスとしては、そのサービスの専門性または量において代替とはなりえない。少なくとも代替となりうるかどうかの検証がなされていない現状では、総合事業へ移行する議論の前提を欠く。

<総合事業のサービス（従前相当サービスを除く）の内容>

訪問型サービスA：緩和された基準による生活援助サービス

訪問型サービスB：ボランティアによる生活援助サービス

訪問型サービスC：保健師等による居宅での相談指導等（ただし3～6か月の短期に限られる）

訪問型サービスD：訪問型サービスBに準じた体制による移動支援

通所型サービスA：緩和した基準によるミニデーサービス、レクリエーション

通所型サービスB：ボランティアによる体操、運動等の活動など、自主的な通いの場

通所型サービスC：保健・医療の専門職による生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム（ただし3～6か月の短期に限られる）

(2) 総合事業はサービスの総量に上限がある

介護保険制度においては、基本的には要介護認定を受ければケアプランの策定を受けて、保険給付としてなんらかの介護サービスを受けられる。しかし、総合事業は自治体ごとにサービスの総枠が決められており（現在はその総枠を超える分について国が負担しているが、この措置は廃止が求められている。）、要介護認定を受けても介護サービスを受けられない場合が生じる。

また総合事業は自治体の事業であるので、自治体の判断によって利用者が望むサービスを受けられなくなる可能性がある。

(3) 総合事業の担い手となる事業者等が育っておらず移行後のサービス量を担いきれない

令和元年12月27日の社会保障審議会介護保険部会による「介護保険制度の見直しに関する意見」では、移行するとしてもその受け皿となる総合事業の担い手の確保が前提となる趣旨のことが示されている。

しかし総合事業の事業者は2018年から2020年の3年間でほとんど従前相当以外では増えておらず、移行後のサービス量を担えるほどの受け皿ができていない状況とはいえない。

このような状況は、総合事業へ移行する議論の前提を欠くものである。

(4) 従前相当サービスであってもすべての自治体では受けられない

総合事業のサービスにおいては、要支援者に対して行われていた介護保険制度による介護予防サービスが総合事業に切り替えた以後も、同等のサービスが「従前相当サービス」として実施されている。

しかし、この「従前相当サービス」は、すべての自治体では実施されておらず（実施率93%）、要介護度1・2の方の通所介護・訪問介護について総合事業へ移行した場合、従来のような専門サービスを受けられない者がでてくる。

(5) 従来要介護度1・2の方の通所介護・訪問介護を担ってきた介護事業者が総合事業を受託しても経営不振で撤退する可能性がある

要介護度1・2の方の通所介護・訪問介護を総合事業へ移すことによって、従来要介護度1・2の方の通所介護・訪問介護を担ってきた介護事業者が、総合事業の従前相当サービスの受託者に移行する可能性はある。

しかし、一般的に総合事業のサービス単価は介護報酬単価より低く、また上記(2)のサービスの総枠制限があることから、事業者が採算が取れず経営不振で撤退し、地域における要介護者の在宅生活を支えるサービスの担い手がなくなる可能性がある。

2. 要介護度1・2の高齢者の自立促進が進まず重度化を招く

上記1のように、要介護度1・2の方が自立支援に向けた適切な専門的サービスが受けられなくなると、その自立を阻害し重度化を招くおそれがある。

このことは、要介護度1・2の方に対する介護サービスの経費を削減することによって、結果としてより高額な介護サービスの経費がかかる重度化を早めることを意味することとなり、結局財政負担の削減効果がなくなってしまう可能性がある。

3. 家族介護の負担増や介護離職を招く

要介護度1・2の方が自立支援に向けた適切な専門的サービスが受けられなくなることは、要介護者本人の自立を阻害するだけでなく、そのしわ寄せが家族介護の負担増となり、老々介護や介護離職など更なる問題へと繋がりがねない。

特に近年は未成年の生徒・学生が家族の介護をするために学業に専念できないというヤングケアラー問題が指摘され、その解決が急がれているところであるが、この見直しはこの問題をより深刻なものにして解決から遠ざかることとなりかねない。

3. その他介護保険制度関係の各種問題

その他、介護現場の要望事項の主要項目は以下のとおり。（※8月5日に厚生労働省老健局長あてに提出した「介護保険制度等の見直しに関する介護現場の要望について（要望書）」に掲げた項目）

1. 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

（1）在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的な支援

<特養入所者の実態の的確な把握>

- 特養の入所者は地方によっては激減しており、都市部においても見かけ上の待機者数は多くても実質的には少ない場合がでてきている。
- これは、①地方では人口自体の減少が進んでいること、②特養の入所者が要介護3以上に限定されたこと、③特養は原則として感染症などの医療的処置を必要としない者を対象としており、医療支援体制が限られているため、医療ニーズのある入所希望者の受け入れが困難な場合があること、④入所系・居住系の他の介護サービスが伸長してきていること、などによるものと考えられる。
- また、⑤自治体側でもベッド数や入所希望者数について入所系・居住系の他の介護サービスを含めて適切に把握してサービス需給をコントロールできていないという問題も関係してきている。
- このような状況は特養という施設を存続させるために重大で深刻な問題であると考えられる。
- この問題を議論するためには、**入所申込の実態を正確に把握することが必要**である。
- これまでの調査研究により一定程度は把握が進んできたが、特養の実質的な入居待機者は公表数字の1割程度であることや、地域によっては特養に入居待機者がおらずむしろ空床が生じている事実などが判明しているものの、国民に周知されておらず、関係者の理解も薄い状況にあり、その把握が施策の展開に結びついていない。
- このため入所申込の実態について、これまでの調査研究を踏まえつつさらに現状の分析を行い、その内容を広く国民に周知する取り組みをお願いしたい。
- さらには各自自治体では介護保険事業計画をこの実態を踏まえたものとしていただくよう、国からの自治体に指導を願いたい。

11

<特例入所制度の適切な運用>

- **特養の入所者**については、**原則として要介護度3以上の者を対象**とされているが、「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について」（平成26年12月12日老高発1212第1号）において、**要介護1及び2の者であっても**、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由（認知症、知的・精神障害、深刻な虐待、単身世帯等で地域の介護サービス供給困難の4要件）がある場合には、施設への**特例入所を認めることができる**こととされている。
- その運用に当たっては関係自治体と関係団体が協議をして共同で指針を策定した上で、施設がその基準を当てはめて入所を決定することができるものとされているが、当該指針の策定やその適用について自治体によって抑制的な行政指導が行われ、**4要件に該当する者であっても結果として入所が認められない場合がある**。
- このため、厚労省からこの通知の趣旨を徹底し、自治体の適切な対応によって、利用者^①と施設のニーズに的確に対応した**特例入所が円滑に進むよう**にしていきたい。

12

(2) 医療と介護の連携強化、自立支援・重度化防止の取組の推進

<特別養護老人ホームにおける医療アクセスの向上について>

- 特養は、原則として感染症などの医療的処置を必要としない者を対象とするものとされており、配置医の職務は健康管理の範囲とされる一方で訪問診療も制限されていることから、医療アクセスの体制が不十分であり、その結果医療ニーズのある入所希望者の受け入れが困難な場合が多い。
- このことから、配置医の報酬の充実等によってその機能の向上を図ることを主軸として、地域の医療資源の状況を踏まえ、協力医療機関(訪問診療含む)との連携体制強化、オンライン診療との組み合わせなども含め、入所者にとってどの方法が好ましいかという観点から特養の医療アクセスの向上を図っていただきたい。

ア 配置医の行うべき日常的な健康管理の範囲を明確化し、それを超える専門医療等や夜間等の時間外診療については報酬の対象に

イ 配置医以外の医師に往診やオンライン診療の依頼が円滑にできるように

ウ 医師と介護現場職員との情報連携による認知症対応の体制の構築を

認知症の入所者に対する医療の現状は、投薬管理が中心であるが、近年、認知症の入所者の状態に合わない投薬や多剤投与のために、認知症が進行してしまっている方の改善事例が増えてきており、ポリファーマシーの改善への期待が高まっている。この問題については、認知症の入所者に日常的に接して日々薬剤の効果の観察をしている介護現場(介護・看護職などの施設職員または施設職員からの情報を受けた薬剤師)からのケア記録に基づくフィードバック情報を踏まえて適切な対応を行うことで一定程度の改善が期待できる。

エ 配置医の認知症対応の専門性を高め評価する仕組みを

配置医が認知症の入所者への対応に係る専門性を向上させるための研修プログラムを開発し、それを受講した配置医については、その診療を診療報酬の対応とする(あるいは介護報酬の加算の対象としてその原資で委嘱費を増額する)

2. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

(1) 介護人材の確保

<介護職員の処遇改善関係加算の一本化>

- 介護職員の処遇改善については、これまで介護報酬上の加算措置が設けられていたが、昨年度末に介護職員等処遇改善支援補助金が設けられ、これが本年10月からは介護職員等ベースアップ等支援加算となった。
- これによって**複雑化した3つの加算制度について一本化**に向けた検討をお願いしたい。
- なお処遇改善計画書の提出期限を2月末から3月末に見直す(提出期限の2月末にならないと計数が確定しない要件があるため)とともに、実績報告書の様式の見直しによってかえって業務煩雑化が発生している問題の解消をお願いしたい。

<更なる処遇改善>

- 介護職員の処遇改善の水準については、公的価格評価検討委員会の中間報告において、必要な人材が確保されるものとするのが最終的な目標とされており、まずは全産業の従業員の平均額まで引き上げることが必要である。
- そのため**今回の加算措置で留まることなく更なる支援措置**をお願いしたい。
- なお、介護現場で勤務する介護職員以外の職員の処遇改善にも配慮をお願いしたい

<介護職の職業紹介事業に対する指導の強化>

- 厚生労働省では、「職業紹介事業者に対するガイドライン(平成11年労働省告示第141号)」を定めており、その中で、有料職業紹介事業者について、①**転職の勧奨禁止(無期労働者について紹介就職後2年間)**、②**早期離職の場合の返戻金制度の整備**、③**紹介手数料・返戻金の明示**、④**求職者への金銭提供しないことが示されている。**
- しかしながら実態としては、これが守られていない状況がある。
- このため、この事項を単に労働局の職業紹介事業者に対する定期指導監督のチェック項目に盛り込むだけでなく、介護事業者からの苦情窓口を整備してその情報に基づいて是正指導を行うことや、この事項に絞った管内全事業所に対する集中的な指導監督を行うなどにより、**労働局による指導監督の強化**を強く願います。

(2) 介護現場の生産性向上の推進

<介護ロボット・ICTの導入、業務改善の推進>

- 現在介護現場においては、介護ロボット・ICTの導入や業務改善を図ることを通じて生産性の向上を図る取り組みを進めている。政府においては、テキストやセミナーなど各種の支援措置を整えていただいていることと承知しているが、現場ではそれらを活用した取り組みは一部の事業者に限定され広がりとになっていないのが実態である。
- このこと背景には、介護現場において「生産性向上」という用語に抵抗感があり、その意味内容が「限られた介護人材の中で業務負担の軽減と介護の質の向上を実現する取り組みである」ということについての理解が広まらないという問題がある。
- また、①介護ロボット・ICTは、導入によって期待できる効果に比べてその経費が高いと認識されていること、②介護ロボット・ICTの導入は、導入すればすぐに効果がでるものではなく、各介護施設の实情に応じた業務改善が必要となるが、その指導役が介護施設内外に少ないことが大きな問題となっている。
- このため、政府には、**介護ロボット・ICTの導入に対する経費支援を一層充実**させていただくとともに、**その導入の指導役となる人材の育成や各施設への派遣**などの事業を進めていただきたい。

(3) 業務の効率化と経営の大規模化・協働化

<管理者の基準の見直し>

ア 管理者の兼務制限の見直し

次のような事業間で兼務が認められていない管理者について、制限を緩和していただきたい。

- ・介護保険の事業の一部（小規模多機能居宅介護と通所介護事業所など）
- ・介護保険の事業と介護保険外の事業（ケアハウス等の福祉施設と介護保険の事業所など）
- ・介護保険事業や高齢者福祉の施設・事業所と、障害者・児童福祉の施設・事業所
- ・地域密着型施設（市町村が管轄の29床以下の特養など）と広域型施設（都道府県が管轄の30床以上の特養など）（自治体によって認められない場合がある）

15

イ 非常勤の管理者を一定範囲で可能に

少し距離のある事業所であっても管理業務が比較的少ない小規模事業所（居宅介護支援・訪問介護事業所・デイサービスなど）であれば、非常勤で兼任が可能としていただきたい。

ウ 管理者の資格基準の見直し

管理者は各事業に対する知見を有しているのみならず、組織・人事労務管理に関する能力が必要であることから、その資格要件の見直しを図っていただきたい。ただし、組織・人事労務管理に関する能力に係る要件を付加するのではなく、各事業に対する知見に係る資格要件を緩和する方向で検討し、現場で選考できる候補者の範囲を広げていただきたい

16