

社会保障審議会介護給付費分科会(第62回)議事次第

日時：平成20年12月12日(金)

午前9時から正午まで

於：厚生労働省低層棟2階 講堂

議 題

1. 平成21年度介護報酬改定について
2. その他

サービス提供責任者の人員配置基準の見直し

○ これまでの介護給付費分科会において、サービス提供責任者について、

- ① 報酬上何らかの評価を行うべき
- ② 人員配置基準について
 - ・ 従来通り常勤を基本とすべき(非常勤化に対する懸念)
 - ・ 質が担保できれば優秀な非常勤職員を活用する道を開くべき
 - ・ 人数ではなく配置時間で定めることもありうる

等の意見をいただいているところ。

介護給付費分科会における主な意見(サービス提供責任者関係) 抄

【報酬上の評価】

- ・サービス提供責任者の業務について何らかの報酬上の評価を行うべき。
- ・サービス提供責任者の役割の重要性に見合う処遇を可能にする報酬の水準を考えるべき。

【人員配置基準の見直し】

- ・常勤ではない人がサービス提供責任者になることにより、利用者の安心の保障が確保できるか懸念する。質の確保というのは、どのような形で確保するのか。
- ・サービス提供責任者の基本原則は常勤。その原理原則は崩すべきではない。複数のサービス提供責任者がいる場合、それを統括するような主任サービス提供責任者といったものを検討し、そこに報酬上の評価をしてはどうか。
- ・サービス提供責任者の重要性を考えると、非常勤が良いのかという疑問が残る。
- ・サービス提供責任者を非常勤にするということは、非常に冒険である。
- ・パートでも安易にサービス提供責任者になれるという論理は誤りである。
- ・サービス提供責任者について、非常勤の方向というのはあるべき姿ではない。
- ・利用者の立場に立った見直しをして欲しい。
- ・常勤職員がいないため、サービス提供責任者が配置できず、利用者のニーズに応じたサービス提供が困難となっているなどの実態はあるのか。
- ・非常勤でも可能とすることは良いが、安易な緩和は納得できない。常勤の比率を最低50%とするのではなく、少なくとも2/3、3/4、4/5とする必要がある。
- ・優秀な人材であれば非常勤職員であってもサービス提供責任者の責務を十分に担えるし、非常勤職員のキャリアの選択肢も広がる。
- ・質が担保されれば、常勤・非常勤は大きな問題ではなく、非常勤でもよいのではないか。人数ではなく配置時間で定めることあるのではないか。
- ・仕事と家庭の両立を支援する観点から、非常勤でもサービス提供責任者となれる道を開くべき。

【その他】

- ・サービス提供責任者の業務が多忙であることと常勤要件の見直しはどう関係するのか。
- ・サービス提供責任者の職業能力開発機会の充実や業務の具体化・標準化の推進が必要ではないか。

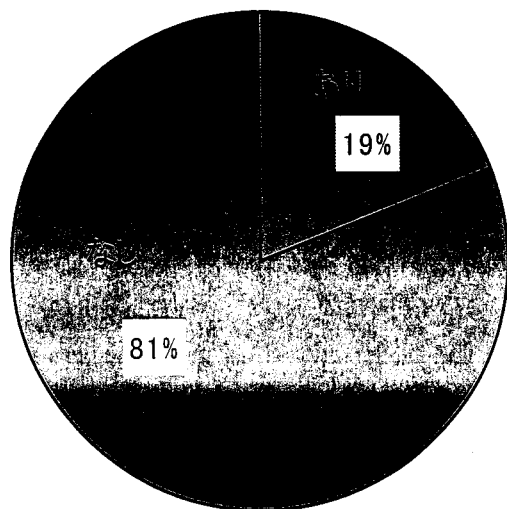
【訪問介護事業所へのアンケート調査】

- 訪問介護事業所へのアンケート調査によると、常勤職員の確保が困難なため必要なサービス提供責任者の配置ができず、サービス量を抑制したことがあると回答した事業所は約2割(19%)。
- 人員確保のため、サービス提供責任者としての適合性にかかわらず資格要件を満たす者をサービス提供責任者としたことがあると回答した事業所は約4割(43%)。
- 非常勤職員の中で、資格要件を有し、かつ能力的にもサービス提供責任者として適当である訪問介護員がいると回答した事業所は約7割(72%)。

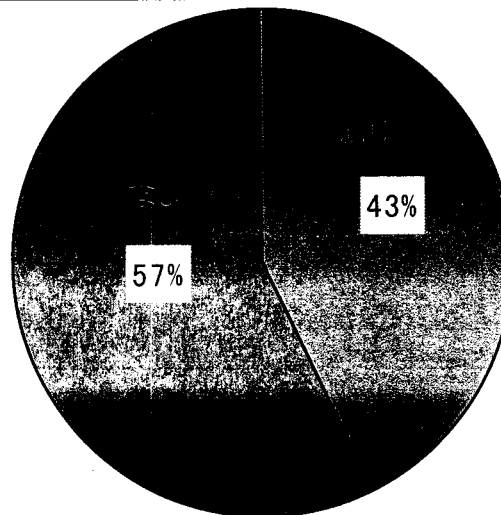
サービス提供責任者に関するアンケート調査

- ・ 平成20年12月上旬実施
- ・ 回答事業所 152事業所
- ・ 1事業所当たりの平均サービス提供責任者数 3.32人

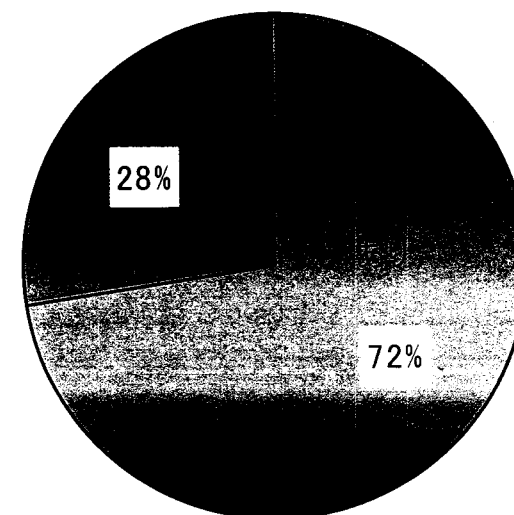
○ 常勤職員を確保することが出来ない状況にあり、サービス提供責任者の配置基準を遵守するため、やむを得ずサービス量を抑制せざるを得ない状況になったことがあるかどうか。



○ サービス量に見合うサービス提供責任者の配置人数を確保するために、サービス提供責任者としての適合性にかかわらず常勤かつサービス提供責任者の資格要件を有していることで、サービス提供責任者に任命したことがあるかどうか。



○ 非常勤職員の中で、サービス提供責任者の資格要件を有し、かつ能力的にもサービス提供責任者として適当であると考えられる職員はいると考えているか。

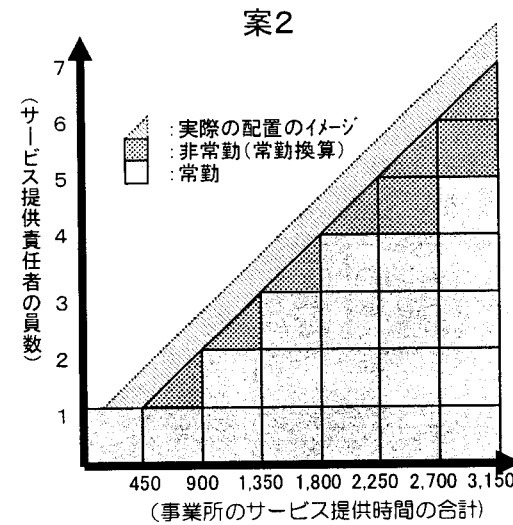
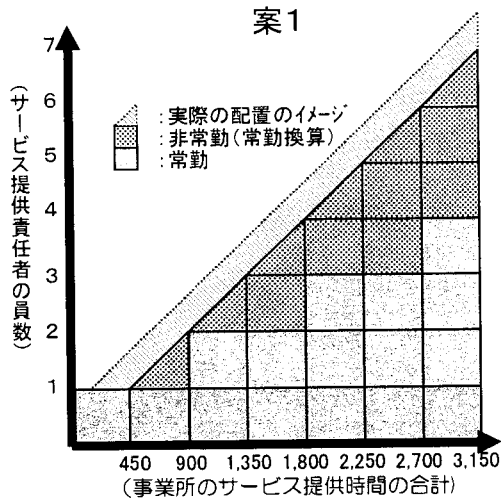
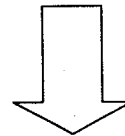
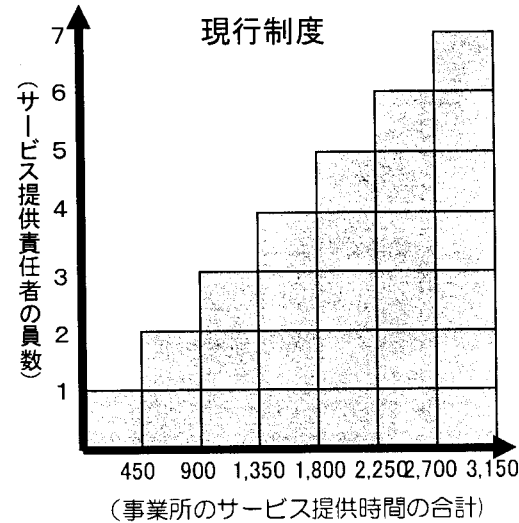


○ サービス提供責任者の人員配置基準の見直し(案)

【案1、案2の共通の考え方】

- ・ 現行のサービス提供時間(450時間)又は訪問介護員等の員数(10人)に応じた最低基準の考え方は維持
- ・ 常勤職員を基本としつつ、非常勤職員の登用を一定程度可能とする方向で見直す。
- ・ 併せて職業能力開発機会の充実や業務の具体化・標準化を推進する。
- ・ 施行後の状況を検証し、必要な対応を行う。

注) 訪問介護員等の員数に基づく基準についても同様の考え方で見直すこととする。



案1の考え方

- 最低基準上、サービス提供責任者を複数配置する事業所において、常勤換算数が常勤数を超えないものとする

案2の考え方

- 最低基準上、サービス提供責任者を複数配置する事業所において、原則として1人分のみの常勤換算を可能とする
- 併せて、5人を超えるサービス提供責任者の配置が必要な事業所についても、その3分の2以上を常勤者とするものとする。

介護人材の確保・介護従事者の処遇改善 (案)

平成21年度介護報酬改定 (+3%改定)

処遇改善の取組への
総合支援策

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善

負担の大きな
業務への評価

専門性への評価・
介護従事者の定着促進

人件費の地域
差への対応

訪問系
サービス

サービス提供責任者の
業務への評価
認知症患者や独居高齢者
へのケアマネ業務の評価

・研修実施等の評価
・有資格者割合の評価

通所系
サービス

個別ニーズに応じた
対応への評価

・有資格者割合の評価
・一定以上の勤続年数者
割合の評価

施設系
サービス

夜勤業務への評価
看護体制の評価
重度化・認知症対応の
ための評価
看取り業務への評価

・有資格者割合の評価
・一定以上の勤続年数者
割合の評価
・常勤者割合の評価

地域毎の人件費を踏まえた見直し等

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

- (1) 医療と介護の機能分化・連携の推進
- (2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

- (1) サービスの質を確保した上での効率的かつ適正なサービスの提供
- (2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

雇用管理改善に取り組む
事業主への助成 (※)

効率的な経営を行うための
経営モデルの作成・提示

介護報酬改定の影響の
事後的検証 (※)

介護従事者の給与等処遇
に関する情報公表の推進

潜在的有資格者養成支援
等の介護人材確保策 (※)

社会的評価を高めるための
広報・普及 (※)

(※) 予算要求項目

平成21年度介護報酬改定に関する審議報告（概要）（案）

背景

- 介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難。
- 先の国会で「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」が成立。
- こうした状況を踏まえ、10月30日に政府・与党において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として、平成21年度介護報酬改定をプラス3.0%とすることにより、介護従事者の処遇改善を図ることが決定された。

改定の趣旨

1. 介護従事者の処遇改善に資するよう、ひいては利用者が質の高いサービスを安心して安定的に利用できるようにすることを改定の趣旨とする。
2. 介護報酬の引上げにより、一律に介護従事者の賃金が引上るものではないが、介護従事者の処遇改善にできるだけ結びつけていくためには、介護報酬による対応に加えて、国は、雇用管理改善に取り組む事業主への助成、効率的な経営を行うための経営モデルの作成・提示、介護報酬改定の影響の事後的検証など、多角的な対策を講じ、事業者における処遇改善を支援していくことが必要である。

また、介護従事者の処遇等に関する情報の公表の推進については、事業者が自主的、積極的に取り組むことが期待される。

基本的な考え方

上記の趣旨を踏まえ、平成21年度の介護報酬改定については、次の基本的な視点に立った改定を行うことが必要である。

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善

介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難である現状を改善し、質の高いサービスを安定的に提供するためには、介護従事者の処遇改善を進めるとともに、経営の効率化への努力を前提としつつ経営の安定化を図ることが必要である。

このため、

- ① 各サービスの機能や特性に応じ、夜勤業務など負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合に対する評価
- ② 介護従事者の能力に応じた給与を確保するための対応として、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価
- ③ 介護従事者の賃金の地域差への対応として、介護報酬制度における地域差の勘案方法（地域区分毎の単価設定）等の見直し

を行う。

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

(1) 医療と介護の機能分化・連携の推進

介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療から介護保険でのリハビリテーションに移行するにあたり、介護保険によるリハビリテーションの実施機関数やリハビリテーションの内容の現状等を踏まえ、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるようにする観点からの見直しを行う。

また、利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点からの評価の見直しや、居宅介護支援における入院時や退院・退所時の評価を行う。

介護療養型老人保健施設については、療養病床からの転換が円滑に進められるよう、実態に応じた適切な評価を行うという観点から評価の見直しを行う。

(2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。

また、居宅介護支援や訪問介護において、認知症高齢者等へのサービスの評価を行う。

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

(1) サービスの質を確保した上での効率的かつ適正なサービスの提供

介護サービス事業の運営の効率化を図るため、サービスの質の確保を図りつつ、人員配置基準等の見直しを行う。例えば、訪問介護事業所のサービス提供責任者の常勤要件、夜間対応型訪問介護事業所のオペレーター資格要件、小規模多機能型居宅介護の夜勤体制要件、介護老人保健施設の支援相談員の常勤要件等必要な見直しを行う。

また、介護保険制度の持続性の確保及び適切な利用者負担の観点から、居住系施設に入所している要介護者への居宅療養管理指導や介護保険施設における外泊時費用を適正化するなど、効率的かつ適正なサービス提供に向けた見直しを行う。

(2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

平成18年度に新たに導入された各種サービス（新予防給付・地域密着サービス等）について、より多くの利用者に適切に利用されるよう、サービスに対する評価の算定状況、普及・定着の度合いや事業者の経営状況等を把握した上で、より適切な評価の在り方についての検討を行い、必要な見直しを行う。

平成21年度介護報酬改定に関する審議報告（案）

社会保障審議会介護給付費分科会

平成20年12月12日

介護保険制度が導入されて以降、過去2回の介護報酬改定においては、いずれもマイナス改定が行われた。

しかし、近年、介護サービスをめぐっては、介護従事者の離職率が高く、事業所の人材確保が困難であるといった実態が明らかになり、先の国会で「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」が成立したところである。

こうした状況を踏まえ、去る10月30日に、政府・与党において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として平成21年度介護報酬改定率をプラス3.0%とすることが決定された。

当分科会は、この決定を受けて、平成21年度介護報酬改定については、特に介護従事者の処遇改善に資するものとなるよう、ひいては利用者が質の高いサービスを安心して安定的に利用できるようにするという観点から集中的な議論を重ねてきた。いうまでもなく、介護報酬改定は、介護が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援する、という介護保険制度の基本理念を目指すものでなければならない。

以上のような諸点を踏まえ、平成21年度介護報酬改定に関する基本的な考え方を以下のとおり取りまとめたので報告する。

なお、介護報酬がサービス提供の対価として事業者を支払われる性格のものであること、事業所によって規模や経営状況、従事者の雇用形態や属性、地域の労働市場の状況等が様々であることから、介護報酬の引上げにより賃金が一律に引き上げられるものではないが、今回の介護報酬改定により介護従事者の処遇改善にできるだけ結びつけていくことが重要である。

そのためには、各事業者において、効率的な事業運営への努力を行いつつ、給与水準の向上のみならず、研修体制の充実、福利厚生の充実、キャリアアップの仕組みの導入など、実態に即した処遇改善への取組を行っていくことが不可欠である。

今回の介護報酬による対応に加えて、国は、雇用管理改善に取り組む事業主への助成、効率的な経営を行うための経営モデルの作成・提示、介護報酬改定の影響の事後的検証など、多角的な対策を講じ、事業者における処遇改善を支援していくことが必要である。

また、給与等は事業者と介護従事者との間で決められるものであり、その内容については労使に委ねるべきものであるが、事業者が、介護従事者の処遇等に関する情報の公表について、自主的、積極的に取り組むことが期待される。なお、事業者団体が公表の手引きを作成するなどの取組を国が支援していくことも重要である。

I 基本的な考え方

平成 21 年度の介護報酬改定については、次の基本的な視点に立った改定を行うことが必要である。

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善

介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難である現状を改善し、質の高いサービスを安定的に提供するためには、介護従事者の処遇改善を進めるとともに、経営の効率化への努力を前提としつつ経営の安定化を図ることが必要である。

このため、

- ① 各サービスの機能や特性に応じ、夜勤業務など負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合に対する評価
- ② 介護従事者の能力に応じた給与を確保するための対応として、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価
- ③ 介護従事者の賃金の地域差への対応として、介護報酬制度における地域差の勘案方法（地域区分毎の単価設定）等の見直し

を行う。

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

(1) 医療と介護の機能分化・連携の推進

介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療から介護保険でのリハビリテーションに移行するにあたり、介護保険によるリハビリテーションの実施機関数やリハビリテーションの内容の現状等を踏まえ、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるようにする観点からの見直しを行う。

また、利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点からの評価の見直しや、居宅介護支援における入院時や退院・退所時の評価を行う。

介護療養型老人保健施設については、療養病床からの転換が円滑に進められるよう、実態に応じた適切な評価を行うという観点から評価の見直しを行う。

(2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。

また、居宅介護支援や訪問介護において、認知症高齢者等へのサービスの評価を行う。

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

(1) サービスの質を確保した上での効率的かつ適正なサービスの提供

介護サービス事業の運営の効率化を図るため、サービスの質の確保を図りつつ、人員配置基準等の見直しを行う。例えば、訪問介護事業所のサービス提供責任者の常勤要件、夜間対応型訪問介護事業所のオペレーター資格要件、小規模多機能型居宅介護の夜勤体制要件、介護老人保健施設の支援相談員の常勤要件等必要な見直しを行う。

また、介護保険制度の持続性の確保及び適切な利用者負担の観点から、居住系施設に入所している要介護者への居宅療養管理指導や介護保険施設における外泊時費用を適正化するなど、効率的かつ適正なサービス提供に向けた見直しを行う。

(2) 平成 18 年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

平成 18 年度に新たに導入された各種サービス（新予防給付・地域密着サービス等）について、より多くの利用者に適切に利用されるよう、サービスに対する評価の算定状況、普及・定着の度合いや事業者の経営状況等を把握した上で、より適切な評価の在り方についての検討を行い、必要な見直しを行う。

II 各サービスの報酬・基準見直しの基本方向

1. 介護従事者処遇改善にかかる各サービス共通の見直し

(1) サービスの特性に応じた業務負担に着目した評価

各サービスの機能や特性に応じ、夜勤業務など負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合の評価を行う。

例えば、施設における夜勤業務負担への評価、重度・認知症対応への評価や訪問介護におけるサービス提供責任者の緊急的な業務負担につき評価を行う（詳細は各サービスにおける改定事項として記載）。

(2) 介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価

介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行うとともに、職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行う。

加えて、24時間のサービス提供が必要な施設サービスについては、安定的な介護サービスの提供を確保する観点から、常勤職員が一定割合雇用されている事業所について評価を行う。

なお、本来、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進すべきであるが、現時点においては、質の高いサービスを図る客観的な指標として確立したものはない。このため、今改定においては「介護福祉士の割合」に加えて、「常勤職員の割合」、「一定以上の勤続年数の職員の割合」を暫定的に用いることとするが、サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、早急に検討を進めることとする。

(3) 地域区分の見直し

介護従事者の給与は地域差が大きく、大都市部の事業所ほど給与費が高く経営を圧迫する傾向にあることを踏まえ、各サービスの直接処遇職員の人件費率（サービス毎に40%又は60%の2類型）に各地域区分の報酬単価の上乗せ割合を乗じて報酬単価を割り増すことにより単価を設定している現行の地域区分を以下のとおり見直す。

具体的には、地域差を勘案する人件費にかかる職員の範囲を「直接処遇職員」から「人員配置基準において具体的に配置を規定されている職種の職員」に拡大し、人件費の評価を見直す。

また、経営実態調査の結果を踏まえて、サービス毎の人件費割合について見直すとともに、各地域区分の報酬単価の上乗せ割合についても見直す。なお、今回は、地域の区分方法については見直しを行わないものとするが、今後、地域区分の在り方について検討することとする。

(4) 中山間地域等における小規模事業所の評価

いわゆる中山間地域にある小規模事業所については、規模の拡大や経営の効率化を図ることが困難であり、人件費等の割合が高くならざるを得ず、経営が厳しい状況にあることを踏まえ、いわゆる中山間地域等のうち、現行の特別地域加算対象地域以外の半島振興法指定地域等についても、当該地域に所在する小規模の事業所が行う訪問介護等の一定のサービスについて評価を行う。

(5) 中山間地域等に居住する者にサービス提供した事業所への評価

中山間地域以外に所在する事業所であっても、通常の事業実施地域を越えて中山間地域に居住する者にサービスを提供した場合には、移動費用が相当程度必要となることを踏まえ、評価を行う。

2. 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援については、事業所の経営の改善、ケアマネジメントの質の向上や独立性・中立性の向上を推進するとともに、医療と介護の連携の推進・強化、特に支援を要する者への対応等を評価する観点から見直しを行う。

具体的には、ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を維持しつつ、件数が40件以上となる場合に全ての件数に適用される現在の逡減制について、経営改善を図る観点から、超過部分にのみ適用される仕組みに見直すとともに、事業所の独立性・中立性を高める観点から、特定事業所加算について、実態に即して段階的に評価する仕組みに見直す。

また、医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を導入する。さらに、ケアマネジメントを行うに際し、特に労力を要する認知症高齢者等や独居高齢者に対する支援等について評価を行う。

介護予防支援については、介護予防支援事業所のケアマネジメントに係る業務の労力の実態などを踏まえた評価を行う。

併せて、介護保険施設等に配置されている介護支援専門員の役割及び評価等の在り方について、引き続き検討を行う。

3. 訪問系介護サービス

(1) 訪問介護

訪問介護については、訪問介護員等の処遇改善の必要性も踏まえつつ、サービスの効果的な推進を図る観点から、短時間の訪問に対する評価を行う。

また、訪問介護員等及びサービス提供責任者について、介護職員基礎研修の受講、介護福祉士資格の取得など段階的なキャリアアップを推進する観点、重度者に加えて認知症高齢者へのサービス提供を行っている事業所を評価する等の観点から、特定事業所加算について、要件の見直しを行う。

さらに、サービス提供責任者については、初回時や緊急時などサービス提供責任者の労力が特にかかる場合を評価するとともに、常勤要件について、サービスの質を確保しつつ事業所の効率的な運営や非常勤従事者のキャリアアップを図る等の観点から、常勤職員を基本としつつ、非常勤職員の登用を一定程度可能とする方向で見直す。併せて、職業能力開発機会の充実や業務の具体化・標準化を推進する。なお、人員配置基準については、施行後の状況を検証し、必要な対応を行う。

なお、3級ヘルパーについては、前回答申どおり、原則として平成21年3月で報酬上の評価を廃止するが、現に業務に従事している者について、最終的な周知及び円滑な移行を図る観点から、該当する従事者に対する周知を事業者が行うことを条件に、一年間に限定した

経過措置を設ける。

また、報酬体系の機能別再編については、訪問介護の行為内容の調査研究を引き続き実施し、次期報酬改定に向けて一定の結論が得られるよう議論を行う。

(2) 訪問看護

利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、特別管理加算については、その対象となる状態に重度の褥瘡を追加する。さらに、特別管理加算の対象者について、1時間30分以上の訪問看護を実施した場合について評価を行う。

また、同一の事業所から同時に2人の職員が1人の利用者に対し訪問看護を行った場合について評価を行う。

さらに、ターミナルケアの充実を図り、医療保険との整合性を図る観点から、ターミナルケア加算の算定要件の緩和及び評価の見直しを行う。

一方、訪問リハビリテーションの整備状況に地域差がある現状を踏まえ、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に係る規制の見直しを行うとともに、主として理学療法士等による訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者の要件について一定の整理を行う。

(3) 訪問リハビリテーション

通所リハビリテーションの利用者が通所できなくなった際にも円滑な訪問リハビリテーションの提供を可能とする観点から、介護老人保健施設で通所リハビリテーションを受けている利用者については、通所リハビリテーション終了後一月に限り、当該施設の配置医師がリハビリテーション計画を作成し、訪問リハビリテーションを提供することを可能とする。

また、リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、本体報酬に包括化するとともに、早期かつ集中的なリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直す。

併せて、基本報酬については、医療保険との整合性を図る観点から、1日単位ではなく、サービス提供時間に応じた評価に見直す。

今後、さらに訪問リハビリテーションを拡充する方策について検討を行う。

(4) 居宅療養管理指導

居宅療養している要介護者（要支援者）やその家族の療養上の不安や悩みを解決し、円滑な療養生活を送ることを可能にするため、生活上の支援を目的とした看護職員による相談等

を評価する。

また、薬剤師による居宅療養管理指導について、他職種との連携を推進し、診療報酬との整合性を図る観点からその評価を見直すとともに、居住系施設に入所している要介護者（要支援者）に対する居宅療養管理指導（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等によるものに限る。）について、移動等に係る労力が在宅利用者への訪問に比して少ないことを踏まえ、その評価を適正化する。

4. 通所系サービス

(1) 通所介護

通所介護については、一定規模以上の事業所に対する評価の在り方について、事業規模別の収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないとするとの観点から、規模の設定及び評価を見直す。

また、通所介護が提供する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価を行う。

(2) 通所リハビリテーション

リハビリテーションの利用者が、医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを継ぎ目なく一貫して受けることができるよう、短時間・個別のリハビリテーションについての評価を行うとともに、リハビリテーションの実施者について医療保険との整合性を図る。さらに、利用者のアクセスを向上し、医療から介護への移行をよりスムーズにするという観点から、診療報酬において脳血管等疾患リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している医療機関については、通所リハビリテーション事業所としての指定があったものとみなす。

リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、月に1回の評価とし、短期集中リハビリテーション実施加算については、早期かつ集中的なリハビリテーションをさらに充実する観点から評価を見直すとともに、3か月以内に限定にする。併せて、3か月以降の個別リハビリテーションについて、新たな評価を行う。

また、理学療法士等を手厚く配置している事業所を評価するとともに、効率的な事業所経営を可能にする観点から、理学療法士等の人員配置基準については、1以上確保することを条件に利用者数に比例した常勤換算従業者数とし、併せて1人の従業者が対応できる利用者の上限について見直す。

一定規模以上の事業所に対する評価のあり方については、事業規模別の収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないとするとの観点から、規模の設定及び評価を見直す。

(3) 療養通所介護

医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ在宅の中・重度の要介護者に対するサービスである療養通所介護事業所の経営の安定化を図り、安定的なサービスを提供する観点から、利用定員の見直しを行うとともに、専用の部屋の面積基準について、他のサービスの面積基準との均衡を考慮し、緩和する。

5. 短期入所系サービス

(1) 短期入所者生活介護

短期入所者生活介護については、基準を上回る夜勤職員の配置を評価するとともに、入所者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する観点から、常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を評価する。その際、併設事業所においては、本体施設と一体の人員配置を評価する。

(2) 短期入所療養介護

夜間や緊急の医療行為が必要な場合であっても対応できる有床診療所を活用することにより、サービス提供事業所を拡充する観点から、診療報酬において「診療所後期高齢者医療管理料」を算定している一般病床等における算定を可能とする。

短期入所中の集中的なリハビリテーションについては、その効果が高いことを踏まえ、介護老人保健施設における短期入所療養介護について個別のリハビリテーションの提供を評価する。

また、緊急時のニーズへの対応をより拡充する観点から、緊急時短期入所ネットワーク加算の算定要件を見直す。さらに、日帰りの短期入所療養介護（特定短期入所療養介護）について、かかる労力を適切に評価する観点から、現在の1日単位の評価から、サービス提供時間に応じた評価に見直す。

6. 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護については、手厚い人員配置に要する経費について、制度的に利用者負担に求めることができる仕組みとなっているという費用負担の特性等を踏まえ、介護従事者の処遇改善を図る観点から、施設サービス等との均衡に配慮しつつ、基本サービス費の評価を見直す。

また、医療との連携を強化する観点から、特定施設の看護職員と協力医療機関又は主治医との連携を評価する。

7. 福祉用具貸与・販売

福祉用具貸与の価格については、同一製品で非常に高額になるケース等（「いわゆる外れ値」）が一部存在していること等を踏まえ、競争を通じた価格の適正化を推進するため、製品毎等の貸与価格の分布状況等の把握・分析・公表や、介護給付費通知における同一製品の貸与価格幅等の通知を可能とするなど、都道府県、市町村の取組を支援する。

また、福祉用具サービスの向上、貸与種目と販売種目の整理等保険給付の在り方については、状態像に応じたサービス提供の状況、メンテナンスに係る実態把握、有効性等については、早急に調査研究を行い、「福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会」において、引き続き議論・検討を行い、早急に必要な対応を行う。

8. 地域密着型サービス

(1) 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護については、平成 18 年に創設された新しいサービスであり、高齢者の在宅における生活を支える重要な柱となるサービスとして、引き続き普及を図る必要がある。

その際、利用者数が多い事業所では収支が安定化する傾向にあることを踏まえ、居宅介護支援事業者との円滑な連携の推進や利用者の増加を図るとともに、宿泊サービス利用者がいない場合の夜勤職員の配置基準の見直しにより、経営の効率化のための措置を講じた上で、事業開始後の一定期間における経営の安定化を図るための評価を行う。

また、利用者ニーズに対応するため、認知症高齢者等への対応や常勤の看護職員の配置を評価する。

なお、定額払いの方式の下で、適正なサービス提供を確保する観点から、サービスの提供が過少である場合については、評価の適正化を行う。

(2) 夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護については、利用者の確保等を通じた事業所の経営の安定確保を図る観点から、日中におけるオペレーションサービスも評価するなど、利用者の 24 時間の安心確保に資する仕組みを構築するとともに、看護師、介護福祉士等とされているオペレーターの資格要件に、准看護師及び介護支援専門員を追加する。

9. 介護保険施設

介護保険施設については、「生活重視型の施設」又は「在宅復帰・在宅生活重視型施設」等として、医療保険との機能分担の明確化を図りつつ、各施設の特性に応じた機能の明確化・強化を図る。

(1) 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設については、要介護度の高い高齢者を中心とした生活重視型施設としての位置付けを踏まえ、介護が困難な者に対する質の高いケアを実施する観点から、認知症高齢者等が一定割合以上入所しており、入所者数に対し介護福祉士を一定割合以上配置している施設を評価するとともに、基準を上回る夜勤職員の配置を評価する。

さらに、入所者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する観点から、常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を評価するとともに、看取り介護加算については、重度化対応加算の要件のうち看取りに関する要件を統合するとともに、施設内における看取りの労力を適切に評価するため、看取りに向けた体制の評価と看取りの際のケアの評価を別個に行うこととする。これらに伴い、重度化対応加算は廃止する。

なお、これらの評価にあたっては、比較的小規模な老人福祉施設について、実態調査の結果を踏まえ、その経営規模による影響に着目した介護報酬上の対応を行う。

また、外泊時費用について、介護老人保健施設等と同様に、評価の適正化を行う。

(2)介護老人保健施設

介護老人保健施設については、入所者の在宅復帰支援機能を強化する観点から、次の見直しを行う。

介護老人保健施設における夜勤の職員配置については、現在の配置実態を踏まえ、夜間の介護サービスの質の向上及び職員の負担軽減の観点から、基準を上回る配置を行っている施設を評価するとともに、介護老人保健施設における実態を勘案し、看取りの際のケアについて評価を行う。

在宅復帰支援機能加算については、介護老人保健施設における在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価に見直す。

リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえて本体報酬に包括するとともに、入所後間もない期間に集中的に行うリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直す。加えて、介護老人保健施設における言語聴覚士の配置の実態を踏まえ、人員配置基準上、言語聴覚士を理学療法士及び作業療法士と同等に位置付ける。

また、事業の効率的な運営を可能とする観点から、支援相談員の人員配置基準について見直しを行う。

入所者を試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合に算定する試行的退所サービス費については、その算定実績等を踏まえ、退所時指導加算の一部（退所が見込まれる入所者を試行的に退所させる場合）として算定することとする。

外泊時費用については、利用者が外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費を徴収をすることができることや必要となるコストの実態を踏まえ、その評価を適正化する。

介護療養型老人保健施設については、療養病床からの転換の受け皿として、入所者に対する適切な医療サービスの提供が可能となるよう、医薬品費・医療材料費や医師によるサービス提供といった入所者に対する医療サービスに要するコスト、要介護度の分布といった実態を踏まえ、評価を見直す。

また、「医療機関」から入所した者の割合と「家庭」から入所した者の割合の差が35%以上を標準とする施設要件については、周辺における医療機関の有無や転換前の医療機関の病床数に応じた特例を設ける。

さらに、療養病床を有する医療機関が、転換の前後で全体のベッド数を変更することなく、病棟の一部を介護療養型老人保健施設に転換する場合、転換前後で夜間の看護・介護職員の配置職員数が増加することのないよう、夜間配置基準の特例を設ける。

(3) 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設におけるリハビリテーションについては、医療保険との役割分担の明確化や整合性を図る観点から、理学療法（Ⅰ）及び作業療法について、医療保険における脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅲ）等と人員配置基準が同様であることを踏まえ、評価を見直す。併せて、リハビリテーションマネジメント加算及び短期集中リハビリテーション加算について、介護老人保健施設と同様の見直しを行う。

また、言語聴覚士が集団に対して実施するコミュニケーション療法について、新たに評価を行うとともに、ADLの自立等を目的とした理学療法等を行った場合の評価については、診療報酬と同様に報酬体系の簡素化の観点から廃止する。

さらに、介護療養型医療施設における夜勤の職員配置については、現在夜間勤務等看護加算で評価しているところであるが、要介護度の高い者が入所していること等を踏まえ、基準を上回る職員配置を行っている施設について評価を行う。

外泊時費用については、介護老人保健施設と同様、その評価を適正化するとともに、入院中の患者が、他医療機関を受診した場合についても同様にその評価を適正化する。

10. 認知症関係サービス

(1) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

グループホームについては、地域の認知症介護の拠点として、グループホームを退所する利用者が自宅や地域での生活を継続できるように相談援助する場合を評価するとともに、利用者の重度化や看取りにも対応できるようにする観点からの評価を行う。

(2) 認知症短期集中リハビリテーション（介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーション）

認知症短期集中リハビリテーションについては、軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションにおける実施について評価を行う。

(3) 認知症の行動・心理症状への対応（短期入所系サービス）

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービス及びグループホームのショートステイによる緊急受入れについて評価を行う。

(4) 若年性認知症対策（施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス、グループホーム、小規模多機能型居宅介護）

若年性認知症患者やその家族に対する支援を促進する観点から、通所系サービス、短期入所系サービス、入居系サービス、施設系サービスにおいて、若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価を行う。これに伴い、現行の通所系サービスにおける若年性認知症ケア加算は廃止する。

(5) 認知症専門ケア加算（施設系サービス、グループホーム）

専門的な認知症ケアを普及する観点から、グループホームや介護保険施設において、認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体が実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価を行う。なお、あわせて研修の質の確保のための検討を行う。

(6) 認知症の確定診断の促進（介護老人保健施設）

認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症の疑いのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて評価を行う。

11. 栄養管理体制・栄養マネジメント加算等の見直しについて

管理栄養士又は栄養士の配置を評価した栄養管理体制加算については、その算定実績を踏まえ、基本サービス費に包括した評価に見直すとともに、栄養マネジメント加算については、栄養マネジメントの適切な実施を担保する観点から評価の見直しを行う。

12. 口腔機能向上、栄養改善（栄養マネジメント）サービスの見直しについて

口腔機能向上加算、栄養改善（栄養マネジメント）加算及びアクティビティ実施加算については、サービス提供に係る労力等を適切に評価する等の観点から、評価の見直しを行うとともに、アクティビティ実施加算について、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算に係る届出を行っている事業所についても算定を認める。

また、サービスが必要な者に確実にサービスを提供する観点から、栄養改善（栄養マネジメント）加算、口腔機能向上加算について、対象者の基準を明確化する。

さらに、医療と介護の連携を図る観点から、歯科医療を受診している場合であっても、本加算が評価しているサービス内容と重複しない範囲についての評価を行う。

一方、介護保険施設において、介護職員が入所者に対して計画的な口腔ケアを行うことができるよう、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が日常的な口腔清掃等のケアに係る技術的指導・助言等を行う場合に評価を行う。

13. 事業所評価加算の見直しについて

利用者の要支援状態の維持・改善を評価する事業所評価加算については、引き続き継続するとともに、事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行う。

Ⅲ 今後の方向性について

以上、今回の介護報酬改定の基本的な考え方及び各サービスの報酬・基準見直しの基本的な方向性についてとりまとめた。当分科会としては、今回の介護報酬改定を通じて介護従事者の処遇改善に向けた取組が一層促進されるものと強く期待するものである。

次期の介護報酬改定に向かって、介護保険制度の持続可能性という視点とともに、サービス供給体制の計画的整備、介護人材の計画的養成・確保、医療と介護の連携・機能分担及び整合性、低所得者対策の在り方、報酬体系の簡素化など、介護サービスのあるべき方向性を踏まえ、検討を行っていくことが必要であり、その際の議論に資するよう、今後、例えば以下のような対応を着実に行うことが求められる。

○今回の介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかという点についての検証を適切に実施すること。

○介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を行うこと。

○介護サービス事業者がより効率的かつ効果的なサービス提供を行うことができるよう、引き続き検討を行うこと。特に平成 18 年度及び今回の介護報酬改定で新たに導入された各種サービスについて、その効果、効率性及び普及・定着の度合い等を把握した上で、より効果的なサービスの在り方について検討を行うこと。

○介護事業経営実態調査等の調査手法の設計や調査結果の検証を行う場を設けること。

○今回の介護報酬改定後の事業者の経営状況にかかる調査を踏まえ、補足給付や介護サービス情報の公表制度について必要な検討を行うこと。

また、認知症に関する脳科学や精神医学の成果と現場の知見を結集して、認知症高齢者等への介護サービスがより一層適切かつ十分に行えるよう研究・検討を迅速化し、それを介護サービスに応用する施策の充実を図ることが極めて重要である。

さらに、要介護者が自身の尊厳を保持しながら、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことのできる環境条件を一層整備していくためには、介護保険によるサービスに加えて、医療や地域における保険外の様々なサービスを適切に組み合わせ、利用できるような体制作りが求められる。したがって、介護報酬の在り方については、利用者の視点に立った上で、サービス種別毎の検討に加え、現行サービス種別の枠を超え、望ましい地域包括ケアシステムの構築という観点からも検討されるべきものである。今後の介護報酬改定については、こうした視点も踏まえた総合的な検討を行うこととする。

平成21年介護報酬改定に関する委員の主なご意見

(注) 本資料は、分科会(第55回～第61回)において、委員からご発言があった事項及び各委員から文書でご提出いただいたご意見の概要を、事務局で整理した上で取りまとめたものである。

なお、委員のご意見を整理する際に類似のご意見については、適宜集約等を行っている。

1 総論に関する意見

- 国民にとって良いサービスとは何かを考えることが重要。
- 前回改定の評価・検証に基づき、今回の介護報酬改定を行うことが必要。
- 大都市の事業所、小規模の事業所、居宅介護支援事業所については、収支差率が低いことから何らかの対応が必要。
- 要介護度が高いと報酬が高くなるシステムをそろそろ見直し、アウトカムに対する評価を行うことも必要なのではないか。
- 介護報酬の引き上げとあわせ、給付の適正化や透明性の確保、被保険者の負担増についての国からの説明、給与水準の公表制度の創設が必要。
- 介護従事者処遇改善法の趣旨を踏まえた議論が重要。
- 今回の緊急避難的な介護従事者対策も必要だが、長期的視点に立った議論も忘れてはならず、医療との連携や短時間リハなどについても十分に検討するべきではないか。
- 介護報酬の改定率(プラス3.0%)が決定された経緯・過程に唐突な印象を抱く。改定率は、本来分科会における改定内容の議論を踏まえ、決定されるべきものではないか。

2 介護報酬・保険料負担に関する意見

- 平成18年の改定は大きな改定であったが、その後の実態把握・検証・メンテナンスが行われていないのではないか。介護保険の今後の方向性を見据えて、介護報酬をどうするかという検討が必要ではないか。
- 介護報酬を引き上げると保険料も上がることから、報酬引上げの理由をきちんと説明すべき。全国の首長を納得させる説明が必要。
- 介護報酬を引き上げれば保険料が上がるのは当たり前。如何に財源を確保するかという問題がある。
- 利用者負担の増を避けるのであれば、介護報酬の引上げは不可能である。

- 介護報酬改定の議論では、財源や保険料に関する議論も行うべき。
- 今回の3%の報酬改定により、将来的には利用者の自然増も含め保険料も引き上げざるを得ないが、一方で安定財源の確保が必要であり、公費負担割合についての検討が必要ではないか。
- 在宅で要介護4・5の者が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を利用できる仕組みを検討すべきではないか。
- 新たな加算を創設すると利用料（1割負担）が高くなる。低所得者対策や利用料に跳ね返らない仕組みの創設が必要ではないか。
- 新たな加算を創設すると従来どおりの利用でも支給限度額に到達し、サービス利用が頭打ちになる懸念がある。加算部分に係る区分支給限度額の適用については、工夫が必要ではないか。
- 3%の報酬アップに伴い、区分支給限度額も引き上げが必要ではないか。
- 利用者負担については、高額介護サービス費の議論をすべき。高額介護サービス費の仕組みが十分活用されているのか。
- 利用者の立場からは、サービスの質が向上しない限り負担増には納得しない。
- 加算については、同じサービスを利用しながら、加算取得事業所とそれ以外の事業所とで利用者負担に差が出るのはおかしい。利用者負担が増えない仕組みの検討が必要。
- 加算の要件が、効率的な事業運営の妨げになっていないか検証が必要。
- 保険料の上昇を抑制する措置については、保険料が毎年度段階的に変わるのではなく、保険者の裁量により、3カ年の保険料を同額にすることができるようにするなど、保険者の意見を聞きながら進める形にすべきではないか。
- 評価を適正化すべき点や効率化すべき点という観点からの検討も進めるべきではないか。
- 制度の持続可能性を高めるため、必要性が低いサービスの見直しを進めるとともに、必要性が高いサービスについては、人材の確保が図られるよう、保険料の水準に留意しつつ適切な介護報酬を設定することが必要ではないか。なお、介護報酬が介護従事者の賃金等に反映するような仕組みについて十分に検討することも必要ではないか。
- 現行の介護報酬の体系は、加算・減算の種類も多くて複雑でわかりにくく、また、事業者にとって請求事務が大きな負担である。加算・減算の中には、ほとんど請求されているもの、逆に、ほとんど請求されていないものもあることから、できるだけ本体報酬に包括化するなど、簡素でわかりやすい報酬体系とすることが必要ではないか。
- 介護従事者が生涯設計をたてられるようなモデル賃金体系を示すとともに、その対応が可能となるよう報酬体系を見直す必要があるのではないか。

3 介護従事者対策に関する意見

【総論に関する意見】

- 職員の処遇の悪化については、原因の分析が必要。単純に「悪化しているから報酬を上げる」という話ではない。
- 加算だけに頼らずに介護従事者の処遇向上につながる仕組みの検討が必要。
- 介護従事者処遇改善法の趣旨を踏まえた報酬改定が必要。
- 介護従事者の処遇を向上させるというが、従事者の給料をどの程度引き上げるのか。その結果、介護報酬はどの程度引き上がり、保険料はどの程度引き上がるのか。明確な説明が必要。
- 人材確保対策は意味があること。特にヘルパーの処遇改善は考えてほしい。
- 介護従事者の人材確保対策は、賃金水準のみならず、研修の充実や仕事ぶりの評価と処遇への反映など雇用管理全体の高度化によってみられるべきではないか。
- 介護従事者の処遇改善につながる事業主の経営や雇用管理の自由な工夫が阻害されないような制度設計を行うべきではないか。
- 介護サービスにおける人材確保に関する計画といったメッセージを発信することが必要ではないか。
- 報酬改定が処遇改善に確実につなげることが重要ではないか。
- 3%の改定により賃金が2万円引き上がると大きく取り上げられているが、一律に2万円引き上がるとは限らないはず。介護従事者の期待と報酬改定後の実態に大きなギャップが出ることに懸念を覚える。3%改定と2万円アップとの関係について、厚労省の考え方を明確にすべきではないか。
- 介護労働がディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）となるよう、適切な介護報酬額が確保されるべきではないか。
- 介護福祉士が一定数、施設及び在宅サービスの分野で配置されることが必要ではないか。
- 介護報酬の一定割合を人件費と設定し、その分は確実に介護従事者に賃金として支払われることを義務づけることも検討すべきではないか。
- 常勤職員のみならず、非常勤職員の待遇改善も視野に入れた検討が必要ではないか。

- チームリーダー養成のためのファーストステップ研修修了者の配置を運営基準に明記し、介護報酬で評価すべきではないか。
- 現行の人員配置基準の見直しの際には、グループホームや小規模多機能、特定施設等の居宅系サービスを含めて新たにサービス利用者に対する介護福祉士等の配置を定めた基準介護の仕組みを導入すべきではないか。
- 居宅サービス事業の管理者や施設サービス事業所の管理者は、一定の資質を有する者に限定することが必要ではないか。

【適切な給与水準に関する意見】

- 処遇改善を図る上で適切な給与水準はどの程度か。公務員たる介護福祉士や看護師の給料を参考にしているか。
- 介護職員の給与水準をどの程度にすることが必要かという点を整理すべきではないか。
- 人材育成の観点から介護従事者の賃金水準をどの程度にするかという議論が必要。その際、施設職員については年功給のイメージが合致するが、訪問・通所系の職員については能力給のイメージが合致する。いずれにせよ、生活給の視点も必要ではないか。
- 限られた財源を有効に使う観点から、今回の介護報酬改定をいかに質の向上に結びつけるかという視点が必要。給与水準が高いから介護サービスの質が高いとは限らないが、給与水準が低いと介護サービスの質が低下することは間違いないのではないか。
- 介護サービスの提供で生計を立てている者については生活給を保障する視点からの議論が必要。一方、自ら選択してパートタイムで働いている方については、「103万円の壁」があることから、時給を引き上げてても就労時間を抑制するだけではないか。
- 人材確保の観点から介護従事者の給与水準を議論するのであれば、他職種・全産業との比較も重要ではないか。
- 人材確保の観点から、介護従事者が現行の介護報酬で生計を立てていけるのか、望ましい給与水準はどの程度で現状の水準はどうかという分析が必要ではないか。
- 一律の賃金アップも必要だが、介護従事者自身が将来を見通せるような給与体系にしていくべきではないか。

【キャリアアップに関する意見】

- 介護職員としてキャリアを積むとこれだけの仕事ができるという道筋が示されればやる気が出るのではないか。
- 介護従事者のキャリアアップに関しては、事業主や事業主団体等への支援、介護職員本人へ

の支援など多様な取組が考えられる。介護報酬での対応が主力ではないのではないか。

- 介護従事者の育成については、報酬以外の枠組みによる対策も考えるべきではないか。
- 看護職員のキャリアアップについては、看護師及び准看護師とは分けて考えるべきではないか。
- 人材育成の観点から従事者のキャリアパスやそれに対応した研修体系を構築する必要があるのではないか。
- 介護支援専門員の生涯研修体系については、質を担保するために平成 18 年改正介護保険法施行において更新研修が導入された。さらに質の向上を図ることができるよう、国が定めた研修内容の見直しが必要ではないか。更新研修にかかるコストや時間の負担を少なくする必要がある。そのためには、eラーニングシステムや、通信教育（DVD 等）を活用するべきではないか。また、更新研修課目の受講時間について、都道府県をまたいで相互に受講できる体制整備が必要ではないか。

【介護従事者の処遇改善のための報酬上の評価に関する意見】

- 勤続年数が長いことを報酬上、評価することはできないか。
- 勤続年数の割合に着目した評価については、新設の施設ほど不利になるのではないか。
- 勤続年数が長いとサービスの質が高いと本当に言えるのか。
- 勤続年数が長いということは事業所の雇用管理が適切であるということであり、この観点からも勤続年数による評価は妥当ではないか。
- 勤続年数や常勤職員の割合は、必ずしも質の評価にはつながらない。報酬上の評価は有資格者の要件のみにすべきではないか。
- 介護従事者の処遇改善のための報酬上の評価については、有資格者などの専門性、勤続年数、常勤職員の 3 つの視点で概ね適当なのではないか。
- 事業主の経営や人事労務管理の考え方により、よりよいサービスを提供するための職員の組み合わせは多様である。育成型の事業所に不利になることもあり、個別の事業所を介護報酬上評価する仕組みのなかに、勤続年数や資格者割合などを入れることは適切ではない。
- キャリアアップを報酬上評価することは重要な視点。有資格者の雇用について報酬上評価し、賃金に反映させることが必要ではないか。
- 介護職員の「夜間・深夜時間帯の不安」に対し、報酬による手当・配慮が必要ではないか。
- 配置が手厚いから介護サービスの質が高いとは限らないのではないか。少ない職員配置でも

効率的な運営で質の高いサービスを提供している事業所も存在する。手厚い配置を報酬で評価することについては慎重であるべきではないか。職員の配置に対する評価は、果たされる機能とセットで考えるべきではないか。

- 配置基準については、どれだけ手厚ければ良いかといった議論がある。配置が厚ければ利用者にとって安心であり、職員にとってもストレスが少ないという面はあるかもしれないが、配置基準を高めるとコストも上昇する。介護保険でどこまで評価するかといった議論も必要ではないか。
- 介護従事者の処遇改善と人材確保を図るのであれば、基本サービス費そのものの見直しが必要ではないか。
- 良質なサービスを安定的に提供できるよう、専門性の高い人材の確保及びサービスの提供に必要なコストを適正に評価した介護報酬とすることが必要ではないか。
- 利用者に対する質の高いサービスを継続的に提供し、優れた人材を安定的に確保するため、有資格者を雇用した場合に評価する報酬体系に改め、有資格者の給与に反映させる必要があるのではないか。
- 介護老人福祉施設においては、介護福祉士を一定割合以上に配置している場合の評価を講ずるとともに、介護従事者の定着に着目した評価を講ずることが必要ではないか。

- 質の高い介護を安定的に提供していくためには、介護従事者の処遇改善を図る必要がある。処遇改善の根幹は賃金・給与とはいえ、事業の経営者・管理者の側から見れば、良質の従事者の確保と離職防止の手段は賃金だけに限られない。中長期的にはキャリアパスの明示と、示されたパスの下でキャリアアップを目指す人への支援（教育研修機会）が大切。また、柔軟な勤労形態（例えば夜勤専門や、子育て期の女性に対する短時間正規雇用など）の提供も意味をもつ。

こうした観点を踏まえると、介護報酬上の評価では、介護従事者の専門性向上に役立ち、事業経営者に処遇改善のインセンティブを与える工夫が望まれる。

その際に介護サービスの質を評価するために用いる指標は、客観的な判断が容易で、さらに介護報酬改定の成果について今後取り込まれるであろう検証評価過程においてデータを取りやすいものでなくてはならない。

現時点ではエビデンスをもった指標の提示は難しいにしても、将来は明らかなエビデンスに基づく指標の開発が求められる。

なお、事業運営の自律性を維持向上させるためには、経営者・管理者の自主的意思決定に委ねるべき事柄を過度に規制する介入とならないよう注意すべきである。

具体的な加算指標に関する意見については、

- ・ 介護福祉士等の有資格者割合は異論なし。
- ・ 研修等のシステム実施は賛成。
- ・ 勤続年数は、離職率との逆相関関係はみられるものの、質との関係は明らかではなく、さらにこれを指標とすることのデメリットも否定でない。ただし、現時点では何らかの使いやすい指標が必要なことは理解する。よって、「エビデンスを伴う指標の開発を急ぎ、有効な指標が得られれば将来は勤続年数は指標から外す」との条件つきで、今回に限り採

用することに賛成。

- ・ 経験年数：定義が困難で、かつ信憑性の確保が容易ではないので反対。
- ・ 常勤割合：施設については賛成。

【その他の意見】

- 中間管理職の職員がリーダーシップを発揮すれば離職が減ると考える。中間管理職の待遇を改善することが必要ではないか。
- 施設における軽易な医療行為を介護職員に認めるべきではないか。
- EPAから受入れた者を人員配置基準上カウントできないので、一定期間経験すれば人員配置基準にカウントできるように見直すことが必要。
- 介護は女性が中心の職場である。男女の賃金格差があることは問題という視点が必要。
- 介護の質を高めるため、介護従事者は正職員を原則とすべき。
- 現下の労働市場では、常勤換算方法でなければ介護従事者の確保は難しい。
- 介護従事者の人材確保対策については、介護報酬以外の対策の必要性についてどう考えるべきか。
- 訪問介護員の高年齢化が進んでいる。若い人の参入を促すためにも、報酬を上げることなどにより、魅力ある職種とすることが重要ではないか。
- 事業者の行う職場環境改善の取り組みについて、財団法人介護労働安定センターが行っている雇用管理改善に向けての相談援助事業等をより拡大するなど一層の支援を行う必要があるのではないか。
- 介護の意義や重要性について国民への啓発をマスコミ等を通じて全国展開するとともに、効果的な行事を実施する必要があるのではないか。
- 都道府県福祉人材センターとハローワークのそれぞれの機能に応じた役割を明らかにし、連携を強化して実効ある福祉・介護人材誘導體制を構築する必要があるのではないか。
- 財団法人社会福祉振興・試験センターが管理している情報をもとに潜在的有資格者に向けた情報提供などの対策を実施する必要があるのではないか。

4 地域差・小規模事業所への対応に関する意見

- 地域区分の見直しは必要だが、都市部の人件費が高いのはかつての自治体単独補助に起因する

面もあるので、単に都市部だけ加算するというだけではバランスを欠くのではないか。この場合、都市部に介護従事者が集中する「逆ドーナツ現象」を誘発する恐れがあることに留意する必要があるのではないか。

- 第5期以降の検討課題ではあるが、地域差を勘案する仕組みとしては、生活保護の仕組みを参考にする余地があるのではないか。
- 地域区分ごとの割増率を設定する際の前提となる人件費比率については、実態に合った設定を行うべきではないか。50%を下回るような設定は適切ではないのではないか。
- 介護サービスの提供にあたって、給与水準の差及び中山間地域等でのサービス提供の非効率性など、介護報酬の地域区分の違いに基づく格差を是正するよう介護報酬を見直すことが必要ではないか。
- 介護報酬の1単位の単価について、地域で安定したサービス提供ができる水準となるよう、生活、経済の圏域も勘案しながら、地域区分・割増率を見直す必要があるのではないか。
- 介護老人福祉施設の介護報酬の算定基礎となる人件費比率を訪問・通所系並の人件費率 60%に統一し、地域区分ごと割り増し率を見直すことが必要ではないか。
- 平成20年介護事業経営実態調査結果によれば、介護報酬における地域区分の人件費比率については、訪問系サービスは80%、通所・居住・施設系サービスは60%とすべきではないか。
- 人件費率60%、40%というサービス類型の見直しと、級地区分で評価されない大都市近郊等への評価を行うべきではないか。
- 小規模事業所への対応については、僻地にあるため小規模にせざるを得ないところや、制度上小規模であることが想定される小規模多機能型居宅介護などについて配慮すべきであり、経営判断で小規模にしているところや、単に他の事業所との競争に負けて赤字になっているところに対しては、配慮する必要はないのではないか。
- 通所系サービスを特別地域加算の対象とすることを検討してほしい。
- 中山間地域に居住する者へのサービス提供に係る移動コストについては、介護保険(介護報酬)で手当てすべきものなのか。
- 人件費の地域差を適切に反映させる仕組みは当然必要だと考えるが、改定後に検証を行うことが重要。
- 中山間地域におけるサービス提供に加算をすると、利用者負担が上がることから、そうした地域に住む者に必要なサービスが提供されない恐れがあるのではないか。
- 中山間地域等におけるサービスの確保のため、訪問系サービス以外のサービスも特別地域加算の対象とする必要があるのではないか。

- 特別地域加算を拡充した場合は、保険者、利用者の負担増とならないよう、国が財源措置を講じる必要があるのではないか。

5 事業者の経営に関する意見

- 居宅介護支援事業所のあるべき経営収支等を提示すべきではないか。
- 収支差率について、どの程度であれば適切と考えるべきか。
- スケールメリットを考慮して事業所規模の拡大を図ることが重要だが、拡大のインセンティブをどう図るか。
- 事業者に対して安定経営のモデルを提示すべき。
- 経営モデルの研究については、居宅介護支援事業所だけ別個に取り扱って考えるべき。
- モデル事業所を設定し、教育訓練等を十分に行った上で現行の介護報酬で事業運営できるのか、他産業との比較はどうかの検証が必要。
- 事業所の大規模化については、サービス毎にではなく、地域ケアの拠点として考えていけばよい。
- 経営モデルの検討に際しては、元データとして何を使うかという点が重要であり、この点は慎重に検討する必要があるのではないか。

6 サービスの質の評価に関する意見

- 介護サービスの質の評価は容易ではない。検討を進めていくべきではないか。
- 質の高いサービスを加算で評価するという場合、質の高さの評価の仕方は難しい。
- サービスの質を評価する際は、利用者に分かりやすい評価の仕組みや指標が必要。

7 個々のサービスに関する意見

【訪問介護に関する意見】

- サービス提供責任者については、常勤でなければならないので、非常勤で優秀な人をサービス提供者にするという柔軟な対応ができない。

- サービス提供責任者に対する何らかの評価が必要。
- サービス提供責任者は常勤であることが基本ではないか。
- サービス提供責任者の配置基準については、研修や資格の創設等により質の担保が図られるための様々な措置が確保され、全員が非常勤でないのであれば常勤に限定しなくてもよいのではないか。また、新規事業所創設にあたっての応援など、専従でない場合も認められてよいのではないか。
- サービス提供責任者の役割に見合う報酬上の評価を検討すべき。
- 複数のサービス提供責任者がいる場合に統括する責任者を置いてはどうか。
- サービス提供責任者の評価については、人材確保対策の一環として明確に位置付けるべき。
- サービス提供責任者の評価については、加算要件の中に組み込むのではなく、必要な教育訓練や福利厚生を整備を図り、現在の報酬水準でサービス提供責任者を十分に雇用できるのかを検証したうえで、位置付けを検討すべきではないか。
- サービス提供責任者の常勤要件の緩和については、その検討に当たり、常勤要件があるために基準どおりの配置が困難となっている事業所がどの程度あるのかといった実態の把握が必要ではないか。
- サービス提供責任者の常勤要件の緩和については、常勤要件を課した趣旨やサービス提供責任者が中核的スタッフとしての位置付けを有していることを勘案すれば、緩和すべきではないのではないか。
- サービス提供責任者の業務の重要性に鑑みその介護報酬上の評価をすること及び効率的な運用や非常勤職員の登用ができるよう配置基準等を見直すことが必要ではないか。
- サービス提供責任者は、国家資格取得後、3年以上の訪問介護実務経験を有した者に限定すべきではないか。
- 訪問介護については、現行の2類型を基本とするとともに、訪問介護の在り方や行為別の報酬体系の導入については、利用実態等を踏まえて十分検討することが必要ではないか。また、サービス提供責任者の業務や配置基準を見直すことが必要ではないか。
- 特定事業所加算の算定要件を緩和すること及び利用者の負担軽減策を講じることが必要ではないか。
- 特定事業所加算については、資格要件や常勤比率、経験年数などで評価すべきではなく、全体の報酬水準を検証した上で、質の向上については、各事業所の裁量に任せるべきではないか。

- 特定事業所加算の重度化要件は厳しいのではないか。
- 短時間の頻回訪問の推進に際しては、まずは、短時間サービスの分析を行うべきではないか。また、経営の安定化と処遇改善という点も考慮すべきではないか。
- 短時間サービスの推進は、サービスの質の低下を招くのではないか。
- 現在の滞在型は非効率なので、巡回型のサービスの推進を図るべきではないか。
- 生活援助については、時間制限等保険者独自のルールにより使いづらい実態があるのではないか。保険料はアップしているのにサービスは使いづらくなっていることは問題ではないか。
- 介護給付費分科会において、「同居家族」など家族形態による「生活援助」の制限は行わないよう、見解をまとめる必要があるのではないか。
- 介護給付費分科会において、訪問介護の「生活援助」は在宅の高齢者、介護者を支える重要なサービスであり、今後も維持することを確認すべきではないか。
- 訪問介護において、利用者の日常生活におけるADLを高め、QOLを高めるためにも、「居宅」内のみならず、訪問介護員による「散歩」の付き添いを認めるべきではないか。
- 「生活援助」のサービス提供時間に応じた評価を再検討すべきではないか。
- 訪問介護の管理者に特段の任用要件がないのはいかがか。何らかの資格が必要ではないか。
- 3級訪問介護員の経過措置を設けることについては、これまでの国の方針と反するのではないか。むしろ制度の趣旨を徹底させることが国の役割ではないのか。
- 施設から在宅復帰を支援するためには、訪問介護サービスの充実が必要ではないか。
- 報酬体系の機能別再編に向けた訪問介護の行為内容の調査研究については、前回改定時からの宿題であり、次期改定までには目途をつけるべきではないか。
- 利用者の心身の変化に対応したサービス提供を保障するために、担当訪問介護員が訪問介護事業所のサービス提供責任者と連絡を取り、後にケアマネジャーに事後承認を得るなど柔軟なサービス提供を認めるべきではないか。
- 要支援認定者、要介護認定者に対する「通院等乗降介助」のあり方について、再検討すべきではないか。
- 訪問介護における認知症ケアに対する報酬上の評価を検討すべきではないか。
- 介護予防訪問介護が必要な人に適切なサービスを提供するために、定額制とその課題について分析するとともに、報酬上の評価を再検討することが必要ではないか。

- 朝・晩、土曜日や日曜日、お盆や連休、年末年始といった日時であっても訪問介護員を安定的に確保するために、介護報酬上の評価を検討することが必要ではないか。
- 質のいい訪問介護員を確保するため、常勤雇用を少なくとも4割以上確保できるようにするとともに、登録ヘルパーやパートであっても移動時間、待機時間、業務報告作成時間などを労働時間として認定し、賃金を払えるような介護報酬上の評価を検討すべきではないか。
- 訪問介護員において、重度加算の設定を検討することが必要ではないか。
- 地域包括支援センターのケアプラン作成支援担当者やケアマネジャーが、家族の有無に関係なく、現場における適切なケアマネジメントにもとづいて「生活援助」を提供するよう、国が積極的な指導をすることが必要ではないか。
- 訪問介護における身体介護、生活援助のサービスは一体的に行われる必要があり、利用者が使いやすくするためにも、訪問介護の類型は一本化すべきではないか。

【訪問入浴介護に関する意見】

- 看護職員も訪問することになっているので、褥瘡などの処置といった医療処置への対応について、検討すべきではないか。

【訪問看護に関する意見】

- 褥瘡については、介護保険と医療保険のどちらで対応すべきか分かりづらいので、この点を明確にすべきではないか。
- 重度褥瘡については、本来、医療保険で対応すべきではないか。
- 訪問看護については、訪問介護と比べて割高感がある。福祉系、医療系、施設系の各サービスの役割分担の検討が必要ではないか。
- 訪問看護の介護報酬の仕組みについては、分かりやすくすべきではないか。
- 理学療法士等による訪問看護の回数制限については、地域におけるリハビリの総量が制限されることになるので、見直すべきではないか。
- 退院時における医療系と福祉系の連携について、医療保険と同様に、介護報酬でも評価すべきではないか。
- 専ら理学療法士等の訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者要件については、見直しの方向で検討すべきではないか。
- 訪問看護事業所が介護保険利用者の療養生活や看取りを継続的・安定的に支援する観点から、

サービスの提供実態とニーズに見合った評価が必要ではないか。具体的には、訪問看護費の引き上げ、ターミナルケア加算の評価引き上げ及び 24 時間前訪問要件の撤廃、病院・介護老人保健施設等から在宅へのスムーズな移行支援のための評価等が必要ではないか。

- 訪問看護師が軽症～中等度の要介護（支援）者を対象に在宅療養継続のための支援を適切に提供することにより、不要な救急搬送や入院を回避する新たな仕組みを導入し、報酬上評価することが必要ではないか。

【リハビリテーション全般に関する意見】

- 短期集中リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーションについては、1 単位（20 分）当たりの給付費設定とし、利用者の状態により必要な単位数が実施、評価されるようにすべきではないか。
- 退院（退所）日からの期間だけでなく、利用者の状態像変化（新たな発症や麻痺の進行、要介護状態の悪化等）に伴い、集中的なリハビリテーションが受けられるよう、算定可能な単位数の上限をリセットすべきではないか。
- 短期集中リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーションを医療として位置付け、医療保険からの給付に転換すべきではないか。
- 定義が明らかでない「維持期リハビリテーション」や「レクリエーション」を、個別・小グループで実施する「生活機能維持リハビリテーション」として位置付け、その評価の改善とともに、実施による給付に再構成すべきではないか。

【訪問リハビリテーションに関する意見】

- リハビリテーションについては、サービス提供時間に合わせた評価とするべきではないか。
- 指定基準やサービス提供における PT・OT・ST の活用を含めた専門性の確保と連携等仕組みの在り方を見直すべきではないか。
- 老人保健施設からの訪問リハビリテーションについては、訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションと同様、医師の指示書の有効期間を 1 か月から 6 か月に延長すべきではないか。

【居宅療養管理指導に関する意見】

- 医療と介護の間でうまく情報交換・共有できるかが重要であり、そのあたりを報酬上評価するべきではないか。
- 医療提供と介護保険との関係について整理すべきではないか。
- 高専賃の入居者も対象となっているのにほとんど利用されていないので、総量規制を図りな

がらも、利用が促進されるようにすべきではないか。

【通所介護に関する意見】

- 個別機能訓練については、具体的に何をすればよいのか明確にすべきではないか。
- 送迎のある利用者は、サービス提供時間に送迎に要する時間を含むこととすべきではないか。

【療養通所介護に関する意見】

- 療養通所介護については、重度者の状態の改善や介護者のレスパイトの観点から伸ばしていくべきではないか。
- 療養通所介護と比べて老健のショートステイの報酬水準は低いのではないか。
- 定員の見直しは、それに見合う人員配置基準の見直しを前提に議論すべきではないか。
- 面積基準の緩和については、利用者の療養環境の観点からは、慎重に検討すべきではないか。
- 面積要件の見直しは、利用を伸ばすということであれば、緩和する方向でもよいのではないか。
- 定員や面積の見直しだけでは普及が進まないのではないか。報酬の見直しも含めて考えるべきではないか。
- 療養通所介護の経営安定化を図り、サービスの推進・拡充に資するよう、介護報酬上の評価の見直しが必要ではないか。具体的には、療養通所介護の定員枠を拡大し、その場合の人員配置基準を見直すこと、また、報酬の基本単位について、療養通所介護で実施している重症者ケアや入浴介助、送迎など、サービスの提供実態に見合った評価の引き上げを行うことが必要ではないか。
- 事業者の参入促進を図るため、定員の上限の撤廃、介護報酬単価の引き上げなど制度全般を見直す必要がある。

【通所リハビリテーションに関する意見】

- 大規模な事業所に対する評価の見直しを行うのであれば、事業規模の増加に伴う収支差率の増がなだらかになるようにすべきではないか。
- 大規模減算を廃止するとともに、利用者の状態像に応じた選択メニューの提供を評価すべきではないか。
- 短時間リハについては、積極的に進めるべき。

- サービス提供時間のみで評価可能な仕組みを講ずるべきではないか。
- 送迎のある利用者は、サービス提供時間に送迎に要する時間を含むこととすべきではないか。
- 短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件について、退院・退所日からの期間にかかわらず、同一報酬で1単位(20分)当たりの給付費設定とするとともに、算定可能な単位数については、退院(退所)日からの期間により、上限を段階的に設定すべきではないか。
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算を新設すべきではないか。

【事業所評価加算に関する意見】

- 状態が「維持」している場合についても一定の評価を行うべき。
- 状態が「維持」していることだけを評価するのではなく、状態が改善している場合とのバランスが取れた要件の見直しが必要ではないか。
- 加算の取得により支給限度額を超えてしまい、他のサービスを利用しにくいというケースがあるので、その点を考慮すべき。
- 一度改善するとそれ以上の改善は困難であり、加算が取れなくなるので、要件を見直すべきではないか。
- 状態が改善した時期と加算が算定できる時期にタイムラグがあるのではないか。
- 事業所評価加算を将来的に介護予防サービスだけでなく、介護サービスにも拡大するとすれば、要介護者は様々なサービスを利用することから、評価の仕組みについては、十分に検討すべきではないか。
- 試行的にでもよいので、他のサービスにも拡大すべきではないか。
- 事業所評価加算の趣旨を利用者によく周知すべきではないか。

【福祉用具に関する意見】

- 福祉用具について、いわゆる外れ値の問題への対応や安価な用具の貸与から販売への移行を整理すべき。
- 認知症の人が使う場合が多いことを前提とした研修を行うことが必要。
- 実際の販売価格と比較して著しく高額なものには上限を設ける、そのような価格設定をする事業所に「レッドカード」を出すような仕組みを設ける、安価な福祉用具は原則購入にするなどの保険財政を踏まえた仕組みも必要ではないか。

- 日常生活の中で使用することにより、利用者の生活能力を引き出すことも想定して考えるべきではないか。
- 用具そのものの価格以上に費用がかかっているのに、価格のみならず、メンテナンス等にかかる費用も見た報酬設定にすることが必要。

【夜間対応型訪問介護】

- オペレーションサービスの機能については、利用者の安心のため日中にもサービスを拡大すべきではないか。
- 日中にもサービスを行うとすれば、利用者が混乱しないよう名称を変えるべきではないか。
- 普及させるため、24時間対応の巡回型にすることを検討すべきではないか。
- 短時間型、夜間訪問、巡回型といった新しい類型も含めてあり方を考えるべきではないか。
- 夜間における職員の配置に対する適正な評価が必要ではないか。
- オペレーターが利用者から相談を受けた際の初期の判断は重要であるので、その質を落とさないようにすべき。
- オペレーターの資格要件の緩和について、緩和の対象に准看護師を入れるべきではないか。

【小規模多機能型居宅介護に関する意見】

- 従来型サービスを単純に組み合わせた以上の費用がかかるものであり、経営実態調査の結果や、さらに詳細な調査を行った上で、報酬について再検討すべきではないか。
- ケアマネージャーが積極的に小規模多機能型を紹介するようなインセンティブを与える仕組みを考える必要があるのではないか。
- 中重度の利用者を重視するスタンスは変えるべきではないのではないか。
- 介護の必要度を見ながら、今後の方向性を考えていくべきではないか。
- 利用者が少ないので、例えば他のサービスの併用も検討するなどの見直しが必要ではないか。
- 小規模多機能型居宅介護の利用者についても通院等乗降介助を利用できるようにすべきではないか。
- 小規模多機能型居宅介護の計画作成を評価し、計画作成に要する時間を勘案した人員配置を設定することが必要ではないか。その際、この評価については、居宅介護支援と同じく支

給限度額の枠外とし、利用者負担が発生しないようにすべきではないか。

- 居宅介護支援専門員との連携加算を設定すべきではないか。
- 利用者にとって適切なサービスかどうかを見極めるためにも、一定期間の「お試し」利用ができるような報酬上の評価を検討する必要があるのではないか。
- 認知症対応型共同生活介護と同じく、医療連携加算による訪問看護事業所との契約を可とするなど、小規模多機能型居宅介護利用者の医療系サービス、特に訪問看護が利用できるような仕組みの検討が必要ではないか。
- 小規模多機能型居宅介護については、事業者の参入が低調であり、整備が進んでいないことから、報酬の水準について適切な見直しを行うことが必要ではないか。
また、報酬体系は月単位の定額報酬であり、週1回程度の利用や月途中で入院した場合であっても登録を解除しない限り、1か月分の報酬を請求できる仕組みである。このことは利用者負担や保険財政の面からも問題があるため、回数や日数などの利用実績を基礎とした報酬設定に見直すことが必要ではないか。
- 事業所の安定的な経営のため、要介護1・2の報酬単位を適正な水準に見直す必要があるのではないか。
- 1事業所の登録者数や通いサービスの利用者数の上限規定等を緩和するとともに、空室を利用して登録者以外の者にも宿泊利用を認めるなど、設備・人員の有効活用を図れるような柔軟な運営を認める必要があるのではないか。

【居宅介護支援に関する意見】

- 居宅介護支援事業の収支差率が低いことや人件費比率が100%を超えていることを勘案し、改善のための一定の配慮が必要ではないか。
- 居宅介護支援事業所については、どれくらいの規模をモデルにするのか、利用者側の代表も入れて議論すべき。
- 軽度の時点における医療とケアマネの連携を考えるべきではないか。
- 利用者宅でのモニタリングの頻度を3月に1回に見直してはどうか。
- 利用者の要介護度が、要支援の場合と要介護の場合とを行き来する度にケアマネージャーが替わる仕組みは見直すべきではないか。
- 居宅介護支援についてはケアマネ1人当たりの利用者数を35人に近づけるような方策を検討すべきではないか。
- 40件を超えた分について、報酬が逡減する仕組みについて検討を進めるべきではないか。

- 40 件を超えた分について報酬が逡減する仕組みについては、それにより利用が増えるのか検証が必要ではないか。
- 標準相当件数の上限は廃止すべきではないか。
- 介護予防支援の報酬については、検証を行った上で改善すべきではないか。
- 中立性、公平性を担保するため事業所が独立することが大事であり、それが可能な報酬の設定を行うべきではないか。
- アセスメントなどが重複している点については、事務負担の軽減の観点から、検討が必要ではないか。
- 介護予防支援については、地域包括支援センターに対する交付金がきっちりと提供されることが必要ではないか。
- 要介護度別の介護報酬の設定について検証が必要ではないか。
- 要介護 1～5 を同じ基本単位として「一本化」し、さらに基本単位を上げるべきではないか。
- 利用者が安心して相談できるケアマネジャーの労働環境の整備が必要ではないか。
- 継続的なケアマネジメントの実現が必要との観点から、要支援者、要介護者に関わらず、継続的なケアマネジメントできるよう、ケアプラン作成支援者は利用者が選択できるようにすべきではないか。
- ケアマネジャーによる在宅復帰支援に報酬上の評価をすべきではないか。
- 特定事業所加算における利用者の要介護度にもとづく要件について再検討が必要ではないか。
- 介護報酬を大幅に引き上げるとともに、特定事業所集中減算については、廃止を含めて見直しすることが必要ではないか。
- 介護支援専門員が中立・公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制をとることが必要ではないか。
- 「初回加算Ⅰ」の「新規」の定義を明確にすべきではないか。
- 「入院入所時情報提供・連携加算」を創設すべきではないか。
- 「退院退所時連携加算」を創設すべきではないか。

- 「認知症利用者支援加算」を創設すべきではないか。
- 「ひとり暮らし支援加算」を創設すべきではないか。
- 特定事業所加算の要件について緩和すべきではないか。
- ケアマネジメントをした結果、利用者の要介護度が維持・改善した場合の評価すべきではないか。
- 給付を伴わないインフォーマルサービスのみのケアプランについても、介護報酬上評価すべきではないか。
- 利用者の自立支援のために、ケアプランが作成されなくても住宅改修サービスは提供される場合がある。その必要性を説明するために理由書作成業務がある。居宅介護支援にかかる事務負担の軽減措置がされたが、これらに係る書類作成には時間が費やされているため、「住宅改修理由書作成料」を創設すべきではないか。
- 介護予防支援の基本単位を上げるべきではないか。
- 指定介護予防支援事業者のケアマネジメントは介護支援専門員のみが行うことと、明確化すべきではないか。
- 介護予防支援の報酬により、必要な専従職員を雇用できるように、介護予防支援の報酬単位を適正な水準に引き上げる必要があるのではないか。
- 事業所経営が単独でも成り立つよう、標準担当件数の緩和や介護報酬の引き上げを行う必要があるのではないか。
- 事務作業軽減のため、施設・居宅サービス計画等のケアマネジメントについては、利用者の立場に立った明確で分かりやすい形式に改善し、リハビリテーション実施計画書、栄養ケア計画書等との統合化を図るべきではないか。

【短期入所生活介護に関する意見】

- 在宅介護を進めようにもショートステイが利用できないケースがあるので、一定程度空床を設けている場合も評価するようにすべきではないか。
- ショートステイにおける夜勤については、現在の基準では十分にできないという指摘があることを受け、報酬上加算等の評価を行うべきではないか。

【短期入所療養介護に関する意見】

- 短時間リハは、ショートステイで対応することも検討すべきではないか。

- リハビリテーションの推進は、現にある施設の有効活用という観点から推進すべきではないか。
- 短期集中リハビリテーション実施加算・認知症短期集中リハビリテーション実施加算を新設すべきではないか。

【介護保険施設全般に関する意見】

- 3：1という配置基準については、中重度者の入所者増えているといった実態を踏まえ、従事者の労働条件の改善の観点からも、その見直しを検討する段階になりつつあるのではないか。
- 介護保険施設等でのサービス提供に関しては、実情は職員数を手厚く配置していることから、介護保険施設等にとって適切なケアマネジメントを実施する上での阻害因子とならないよう、施設サービス費の引き上げを考えるべきであり、加配している人員加算の創設や夜間体制における加算を実態に即して算定しやすくするなどの対応を図るべきではないか。
- 施設におけるケアマネジメントについて、その役割を明確にするとともに、質の向上のために再検討が必要ではないか。
- 特別養護老人ホーム・老人保健施設については、看護職員・介護職員の最低配置基準が3：1だが、実際はサービスの質を向上させるため、多くの施設で現行の基準を上回って配置している。3：1を上回る分については、報酬上評価する仕組みとすることが必要ではないか。
- 介護支援専門員については、現行の100対1の配置では、入院患者・入所者の適切なケアマネジメントを行うことは困難であるため、50対1を超えて介護支援専門員を配置している施設を評価すべきではないか。
- 入院患者・入所者の暮らしを支えるケアマネジメントを実践する介護支援専門員を、「入院入所退院退所調整およびケアプラン作成担当者」として明確化することが必要ではないか。
- 小規模な事業所(施設)が安定的に経営できるよう、事業所(施設)の事業(定員)規模に応じて段階的な介護報酬の単価を設定する必要があるのではないか。
- 人員基準を現実の配置状況を踏まえたものに見直すとともに、それに見合う介護報酬を設定する必要があるのではないか。

【介護老人福祉施設に関する意見】

- 重度化対応加算の要件のうち看取りのための体制に関する要件を看取り介護加算に統合することにより、加算を取得しやすくすべきではないか。
- 収支差率が低かった50人規模の施設について、何らかの対応を考えるべきではないか。50人規模の施設については、増築・増床を認めるべきではないか。

- 手厚い配置を評価する仕組みは重要ではないか。
- 介護老人福祉施設の配置医師の役割を明確化すべきではないか。
- 人員配置基準を上回る事業所や夜勤介護職員の基準以上の配置をしている事業所に対する評価が必要ではないか。
- 看護職員を加配し夜勤体制を整備する場合について、特段の評価が必要ではないか。
- 看取り介護加算における死亡場所による加算額の差を廃止すべきではないか。
- 重度化対応加算等における「常勤看護師」1名以上の配置を、「常勤看護職員」に改める必要があるのではないか。
- 特別養護老人ホームにおける口腔ケア加算の創設が必要ではないか。
- 医療・看護的ケアを必要とする入所者が増えるなか、常勤医師の確保、看護職員体制の強化を講じる施設があることから、これらに対する評価が必要ではないか。
- 特養における看護・介護体制の再構築と、適正な報酬上の評価が必要ではないか。具体的には、重度者介護や医療的ケアを安全に実施できる安全管理体制および看護職員24時間対応体制のもと、看護職・介護職の連携により重度化対応や看取りに取り組む施設を、特養の新たな施設類型として報酬上でより高く評価することが必要ではないか。
- 特別養護老人ホーム入所者に対する訪問看護の提供は、現状では末期がん患者への医療保険による訪問看護のみが認められている。入所者の高齢化・重度化が進む実状を踏まえ、外部から特養入所者に訪問看護サービスを提供できる仕組みを設けることにより、安全なケアの実施や疾患の重度化予防、夜間・休日のケアニーズに対応可能な体制をとれるようにすることが必要ではないか。

【介護老人保健施設に関する意見】

- 介護老人保健施設における医療の提供については、現行の「丸め」を見直すべきではないか。どの施設に入所しても必要な医療が受けられる仕組みを整備することが必要ではないか。
- 介護老人保健施設で実施可能な診療行為について再検討し、併設あるいは併設以外の保険医療機関に関わらず、外部保険医療機関からの医療サービス提供が可能となる報酬上の評価をすべきではないか。
- 利用者の病態に応じた標準的かつ適切な医療を提供するため、介護保険の包括払いを見直し、医療行為は医療保険からの給付とすべきではないか。
- リハビリテーションの見直し、配置基準で言語聴覚士を位置付けることについては進めるべきではないか。

- 医療処置が必要な者の入所が増えていることから、看護職員の夜間の配置を義務づけることが必要ではないか。
- 小規模多機能型居宅介護との連携を行うことにより、居宅復帰が推進されるのではないか。小規模多機能型居宅介護のケアマネと施設のケアマネの連携を取ることが重要ではないか。
- 居宅サービスのケアマネとの連携については、退所時のみならず入所時にも連携ができるような仕組みを工夫すべきではないか。
- 老人保健施設における試行的退所については、本人・家族の不安の解消に資するよう、在宅サービスが確実に利用できるような仕組みにするべきではないか。
- 支援相談員の常勤要件の緩和に関連して、施設に配置されている介護支援専門員の加配分についても評価すべきではないか。
- 利用者への質の高い多様なサービス提供、介護人材の確保と処遇改善、介護保険施設としての存続が可能となるために、現行の人員配置基準（3：1）に基づく施設サービス費の引き上げを行うべきではないか。
- 従来型老人保健施設、介護療養型老人保健施設という施設類型によるダブルスタンダードを廃し、地域のニーズに応じて多機能性を発揮するために、利用者の状態像に応じた少人数（20人程度）を1単位としたユニット、又はフロアによる機能区分及び専門職の人員配置に応じた評価システムに転換すべきではないか。
- 認知症ケアにおいては、「全室個室」というハードに縛られない少人数処遇（グループケア）と多様なサービス提供を評価すべきではないか。
- 老人保健施設で行われているターミナルケアについては、そのプロセス（利用者家族への説明・同意等）を評価し、算定可能とすべきではないか。
- 在宅復帰支援機能加算の算定要件の在宅復帰率については、段階的に設定すべきではないか。
- 支援相談員・介護支援専門員等の手厚い配置を評価すべきではないか。
- 在宅復帰に際し、利用者の自宅の改修や福祉機器設置等の支援を行った場合の評価を行うべきではないか。
- 介護保険制度発足時の想定に基づく有利子負債の償還可能な介護報酬・施設サービス費への引き上げが必要ではないか。
- 小規模な施設に対する加算等の支援策を創設すべきではないか。
- 課税法人と非課税法人との格差、補助金の多寡による格差を念頭においた施設サービスの評価を行うべきではないか。

【介護療養型老人保健施設に関する意見】

- 介護療養型老人保健施設の看護・介護職員の体制や夜間の体制は果たして十分なのか。「介護難民」が出ないような対応が必要ではないか。
- 介護療養型老人保健施設は、医薬品費・医療材料費の調査結果からすれば、既存の老人保健施設とは別施設の位置づけとなるのではないか。
- 介護療養型老人保健施設の「経管栄養又は喀痰吸引を実施している者が15%以上」という施設要件に関し、本来、経管栄養を外し、口から栄養を摂取できるようにすべきではないか。
- 介護療養型老人保健施設についても、療養病床と同様、医療が必要な者が多く入所している実態があるのではないか。評価を見直す際には、既存の老人保健施設における医療の実態についても検証の上、評価を見直す必要があるのではないか。
- 介護療養型老人保健施設は入所者像を見ても、明らかに従来型老人保健施設とは異なる。比較は特別養護老人ホームと行うべきではないか。特別養護老人ホームと介護療養型老人保健施設の機能を併せたナーシングホームについての検討を始めるべきではないか。
- 施設要件については、「医療機関から入所した者の割合と家庭から入所した者の割合の差」のみならず、慢性期の患者で状態が急変した者の受け入れを評価することも考えられるのではないか。

【介護療養型医療施設に関する意見】

- 介護療養病床が果たすべき役割を果たせるようなインセンティブとなる報酬改定を行うべきではないか。
- 介護療養病床における手厚い人員配置を報酬上評価すべきではないか。
- 療養病床の再編成に関し、転換の受け皿としてどのような施設がどの程度整備されるのかについて示されないと不安である。都道府県の計画に任せるのは適当ではないのではないか。
- 療養病床の再編に伴い、経管栄養や胃ろうなど医療ニーズのある者が安心して入所できるような受皿づくりが必要であるのではないか。このため、介護療養型老人保健施設への転換を進めるとともに、一定程度、特別養護老人ホームと老人保健施設でも受け止められるよう、介護・看護体制の充実を図ることが必要ではないか。
- 受け皿の整備がないまま、介護療養病床の廃止を先行させるべきではないのではないか。
- 救急難民を救うため、救急病院からの依頼によって急性期治療後の患者を受け入れた場合、入院後1か月に限り1日100単位の急性期受託加算を設けるべきではないか。

- 在宅、シニアリビング、特別養護老人ホーム、老人保健施設等で療養中に急変した慢性期患者の入院を受け入れた場合、入院後1か月に限り1日100単位の急性期受託加算を設けるべきではないか。
- 直近6か月間に退院した患者のうち、入院時に日常生活機能評価表10点以上の患者で、退院時3点以上改善した患者の割合が3割以上であれば、重症患者回復病棟加算として入院患者1人1日につき50点を加算するべきではないか。
- 認知症自立度判定基準ランクⅣ以上の患者については、入院1日につき、30単位を加算するべきではないか。
- ユニットケアの評価及び制度促進のために、ユニットケアでの入院患者1人1日につき50単位を加算するべきではないか。
- 療養病床再編に伴う介護保険施設等の基盤整備に関し、十分な検討をすべきではないか。

【栄養管理体制加算・栄養マネジメント加算に関する意見】

- 療養病床の入院患者の半数以上が低栄養状態であり、この改善が要介護度の改善につながる。栄養マネジメント加算は、病棟に1人管理栄養士を配置するには報酬が低いのではないか。

【口腔機能向上加算・栄養改善加算に関する意見】

- 口腔機能の向上については、そのサービス自体が認識されていないので、周知をするべきではないか。
- 歯科衛生士を配置することにより入所者の肺炎が激減することもあり、入所者に対する口腔機能向上に向けた取組は重要なのではないか。
- 口腔ケアは在宅の要介護者にとっても重要である。在宅サービスの事業者と歯科衛生士との連携体制を評価することが必要ではないか。
- 口腔機能の向上は重要であるが、歯科医療における口腔ケアと介護保険における口腔ケアは一体的に行われているのではないか。同じ行為を歯科医療と介護保険で共に請求できることとするのは適切ではないのではないか。利用者にとって分かりにくいのではないか。
- 口腔ケアは要介護高齢者の生活にとって極めて重要な位置づけであり、歯科医療と介護保険の重複は整理した上で、重複しない部分については歯科医療を受診している場合でも口腔機能向上加算を算定できるとすべきではないか。
- 口腔機能向上・栄養改善サービスの利用・提供が進まない理由が提供事業所の数が少ないということであれば、報酬の引き上げが必要ではないか。
- 口腔機能向上・栄養改善サービスについて専門家によるアセスメントの義務付けが必要では

ないか。対象者の基準を明確化すべきではないか。

○ 介護保険の口腔機能向上に関しては、歯科医師がもっと関与できる仕組みを構築すべきではないか。

○ サービスの質の確保に資する介護報酬の増額と事務負担の更なる効率化が必要ではないか。
専門職の関与がある口腔機能加算は記載様式などサービス提供体制における縛りが厳しいため、他のサービスの実施内容などを勘案し、整合性のある報酬単位に見直すことが必要ではないか。

予防給付においては必要に応じて延長が認められているにもかかわらず、3ヶ月で打ち切られる状況が散見されており、必要なサービス提供の延長が行いやすい環境を整備するなど改善を図ることが必要ではないか。サービス提供時に要介護者は概ね2週に1回、要支援者は概ね月に1回のモニタリングが必要とされていることは負担であるので、回数削減が必要ではないか。

さらに、歯科医師が行う居宅療養管理指導料の月2回の算定限度を対象者の状態（特に急性期）に応じた算定が可能となるよう、改定する必要があるのではないか。

○ 介護保険施設入所者に対する専門的口腔衛生管理体制の整備が必要ではないか。

重度の要介護者にとって口腔衛生管理、口腔機能向上の必要性および効果が高く、そのため、介護老人保健施設および介護老人福祉施設に歯科医師・歯科衛生士を配置し、施設入所の要介護高齢者の口腔管理が適切になされるような体制の整備が必要ではないか。

また、施設の介護支援専門員、看護師等を対象とした口腔衛生管理、口腔機能の向上に関する実践的研修を実施するとともに、入所者ケアプラン作成時のアセスメントにおいて、口腔内の衛生状態および義歯の使用状況等の口腔機能の評価を必須とすべきではないか。

さらに、介護保険施設入所者を対象とした「口腔機能の向上」加算等の新設及び、栄養管理、経口移行、経口維持を管理栄養士などが実施するにあたっては、歯科医療専門職の意見を聴くなどの連携が必要ではないか。

○ 介護予防・重度化予防のために栄養改善サービスの更なる強化に向けて栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔機能向上加算、栄養改善加算を引き上げるべきではないか。

【認知症対策について】

○ 軽度者に対するケアであっても認知症のケアには手間がかかっている。特にグループホームについては、さらに手間がかかるにも関わらず要介護1、2の報酬が低いのではないか。

○ グループホームの夜勤職員の配置は基準上2ユニット1人でも可であるが、現場の負担は大きい。基準を1ユニット1人にすべきではないか。

○ グループホームで外泊時や入院時に報酬算定ができないことについては、見直しの余地があるのではないか。

○ グループホームの利用者は要介護度1・2の者が約半数。これらの者の「認知症高齢者の日

常生活自立度」はランクⅡ以下の者の割合が高い。一方、グループホームの要介護度別の介護報酬はフラットになっている。認知症高齢者でも日常生活が可能な者についてはデイサービスなどで生活を支えるべきではないか。

- グループホームは入浴介助の際の従事者の負担が大きい。一定の配慮を行うべきではないか。
- 認知症対応型共同生活介護については、利用者の安全確保及び職員の待遇改善のため、夜勤従業者の複数配置に対する加算制度を創設する必要があるのではないか。
- 認知症対応型共同生活介護においても、看取りをするケースが増加してきており、介護老人福祉施設と同様に看取り加算を創設する必要があるのではないか。また、看護職員の配置について、介護報酬上で評価する必要があるのではないか。
- 現在、自治体で介護保険事業計画を策定しているところであるが、若年性認知症に関する視点が抜けている。自治体の計画にこの視点が盛り込まれるよう、国も指導等すべきではないか。
- 若年性認知症の患者は離職を余儀なくされ、家族ともども生活不安・介護不安に陥る。企業に対する研修や患者の継続雇用のための助成制度も必要ではないか。
- 若年期の認知症の者を受け入れる通所介護に加算を認めるべきではないか。
- 認知症ケアの実情にあった職員の専門性を高めるべきではないか。
- ピラミッド型の研修体系では、一番上の類型の研修が適切でないとならばすべての研修が失敗する恐れがある。研修内容については、現場の知恵を集積するような取り組みが必要ではないか。
- 認知症専門ケアに関する研修は、国や都道府県が行う研修だけでなく、その内容を検証した上で幅広い主体による研修を認めるなど柔軟な対応が必要ではないか。
- BPSDの発生頻度と介護負担の相関関係が示されたが、とりわけ初期の対応が重要である。介護を行う家族に対する研修も重要ではないか。
- BPSDの急性期に短期入所系サービスにおいて緊急対応した場合の評価については、BPSDに関しては、悪化を防ぐためにはむしろ所在を落ち着かせることが重要であることに留意すべきではないか。
- BPSDへの緊急対応については、施設系サービスについても同様の評価をすべきではないか。
- 高度のBPSDや身体合併症を有する認知症患者に対応可能な受け皿を整備する必要があるのではないか。
- 介護老人福祉施設において、BPSDへの体制整備を評価するとともに、重度認知症による介護量の増加を評価（自立度Ⅲ以上の利用割合が60%以上の場合を評価）する必要があるのではないか。

はないか。

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、中等度～重度の者にも拡充する点に加え、日常生活の改善という点に重点を置くべきではないか。
- 認知症短期集中リハビリテーションについては、利用者、家族等には知られていない。利用者や家族等に対する分かりやすい情報の周知等が必要ではないか。
- 認知症の人の家族等からの相談に事業者が応じた場合の加算を設けてほしい。
- 認知症患者の実態把握に関し、認知症の出現率の調査を行うべきではないか。
- 様々な加算の創設に伴い利用料も増えるため、利用が抑制されることとなるのではないか。評価の仕方を工夫すべきではないか。
- 認知症の度合いの指標（判定方法）が統一されていないのではないか。
- 資料中、認知症が悪化する原因の1位が「薬剤」とあるが、このような状況を改善するため、省を挙げた取組を行うべきではないか。
- 認知症関係のサービスや小規模多機能型居宅介護については重要なサービスであること、今後推進していくことといったメッセージを発信する必要があるのではないか。
- 認知症の者の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなどの対応が必要ではないか。
- 認知症は軽度の時期ほど介護者・家族の負担は大きい。本人に合った介護が提供されるよう、家族への基礎知識の研修、ケアマネ・地域包括支援センターともども、切れ目のないサービス提供体制の整備が必要ではないか。軽度の認知症に的確に対応することにより、介護費用の面での費用対効果があるのではないか。
- 認知症に関する指標としては「日常生活自立度」があるが、これは恣意的な面が否めない。加算を創設するに際しては、恣意的な運用に歯止めをかけるような仕組みを考える必要があるのではないか。
- 認知症サポート医を十分に活用し、医療と介護のシームレスな連携で、本人の処遇改善を図ることが重要であり、現場での連携を裏付けるだけの診療面（診療報酬）とケア面（介護報酬）での評価を制度上構築する必要があるのではないか。
- 認知症があると認められる場合は要介護1以上となる要介護認定システムにすべきではないか。

【介護予防事業に関する意見】

- 介護予防事業については、現場の強化とともにケアマネジメントの一連のプロセス、ケアプランの実践に伴うサービス提供を妨げない環境整備としての報酬の手当を図る観点から、介護報酬の引き上げを図るべきではないか。
- 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの介護報酬は、月単位の定額報酬であり、月1回の利用や月途中に入院した場合でも1か月分の報酬を請求できる。このことは利用者負担や保険財政の面からも問題があるため、他のサービスと同様に回数や日数単位の報酬体系に見直すことが必要ではないか。また、アクティビティ実施加算や事業所評価加算は廃止し、基本報酬に包括化することが必要ではないか。
- 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とすることが必要ではないか。

【その他の意見】

- 個室ユニットケア重視を見直すべき。低所得者が入れないし、職員1人1人の責任が重いため離職も多い。
- 個室・ユニットケアについての検証を行うべきではないか。
- 地域密着型サービスについては、優れたものだと思うので、今後伸ばすための議論をすべき。
- 通所系サービスについては、経営実態に合わせた報酬体系にすべき。
- 通所系や居宅介護支援の規模に応じた減算については、ある水準を超えると基本単位全体が減算になる仕組みの見直しを検討すべきではないか。
- 特定事業所加算や事業所評価加算について、自己負担増への配慮を考えるのであれば、自己負担は加算分の半分とするといったことが検討できないか。
- 介護サービス情報公表制度で公表される情報の内容や手数料の負担の是非については、いずれ議論をすることが必要ではないか。
- 介護サービス情報公表制度については、これまできちんと議論がなされたことはないのではないか。
- 地域包括支援センターについては、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付から外すべきではないか。
- 事務手続きや書類の削減・簡素化が図られているが、実質上の煩雑さは変わらない。本来の業務に専念できるよう、さらなる見直しが必要ではないか。
- 都道府県の指導監督のあり方、市町村のケアプランチェック、介護サービス情報の公表制度

の調査については、本来あるべき趣旨にもとづき対応するとともに、事業所の指導・監査には、都道府県介護支援専門員組織の代表の立ち会いが必要ではないか。

- 要介護認定審査の平準化と、審査会に介護支援専門員の参画の推進が必要ではないか。
- 地域包括支援センター運営協議会の構成員に、地域の介護支援専門員組織の代表を入れる必要があるのではないかと。また、主任介護支援専門員が本来の業務を行える人員体制の整備が必要ではないか。
- 地域包括ケアの実現に向けて、市町村の果たすべき役割は大きい。地域住民に最も近い自治体として、認知症対策、介護予防等について責任をもって遂行することが必要ではないか。
- 日常生活品費等に関して、サービス事業者と利用者との相対契約であることを確認するとともに、再度、都道府県、市町村等に通知を行い、指導を徹底すべきではないか。
- 介護サービス情報の公表制度と、都道府県による指導・監査の在り方の見直しによる事務作業量の軽減、及び介護サービス情報の公表制度における負担額の軽減・都道府県格差の是正を要望すべきではないか。

8 介護従事者の処遇改善に係る検証・給与水準等の処遇に関する情報の公表に関する意見

- 介護職員の配置や専門職を評価するシステムが必要。有資格者の評価や各団体の研修の評価、キャリアアップの仕組みの構築を介護報酬体系上において明確にすべき。
- 介護報酬が上がったことにより、職員の給料が上がったと分かるようにすることが大事。
- 人材確保対策として給与水準を上げるために報酬上の措置を行うとすれば、「給与をいくら上げるために保険料をいくら上げる」という説明や、報酬を上げた結果どれだけそれが介護従事者の給与に行き渡ったかが分かるシステムが必要。
- 事業主に対し従事者の賃金水準に関する情報提供を求めることが必要ではないか。
- 今回の介護報酬改定で従事者の処遇改善につながるか、国民の目に見える形で検証する仕組みが必要。
- 管理者を含め、介護従事者の給与水準を公表する仕組みの検討が必要。
- 介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかについては、分科会でもフォローアップすることが必要。
- 事業者による処遇改善の努力を何らかの形で明示することはあって然るべき。事業者による自主的な情報公表でよいのではないかと。その際、公表する情報としては、例えば、当該事業者における初任給、賃金の平均月額など。一方で、処遇改善につながっているかという点についての検

証が重要ではないか。

- 報酬改定により給与水準がどの程度改善するか、情報公表をどう制度化すべきかについては、国民の強い関心事項である。目に見える形で報酬と給与水準を検証する仕組み作りを早急に進めるべきではないか。
- 情報公表については、まずは自主的な取り組みから進め、徐々に拡大するのが現実的ではないか。多くの事業者が取り組みを進められるような仕組み、とりわけ標準的なガイドラインの作成を進めるべきではないか。
- 情報公表については自主的な取り組みとし、一方で、サンプル調査等により全体の傾向を把握できるようにすべきではないか。
- 3.0%のプラス改定が従事者の処遇改善につながっているかについての検証を行う仕組みが必要。このためにも、情報公表はしっかりと進めるべきではないか。
- 情報公表については、ガイドラインを設け自主的な取組を促すことは可能であるが、義務づけは難しいのではないか。
- 情報公表はあくまでも事業所の自主的な取組であり、ガイドラインの作成も不要ではないか。
- 事業者が介護従事者の給与等処遇に関する情報の公表を行った場合には、特定事業所加算などの加算措置を行うことについて検討すべきではないか。
- 介護報酬の一定割合が人件費として支払われる仕組みが重要ではないか。
- 「報酬改定が介護従事者の賃金・給与などの処遇改善に結びついたかどうかの検証」が目標であり、公表はそのために取りうる手段の一つ。検証が果たせるなら他の手段でもよい。したがって、公表そのものを目標とする議論にしてはならないのではないか。
 - 個人情報・プライバシー保護に対する配慮が第一である。
 - 介護従事者と経営者の自主的協議に委ねるべき雇用契約の内容に過度の影響を与えないよう注意すべきである。
 - 介護事業経営者・管理者に多大な管理コストや事務処理時間を課すべきではない。
 - なお、介護情報公表制度との関係をどうするかについて留意が必要。
 - また、介護事業者にとって、介護保険制度からの報酬だけが収入のすべてとは限らない。そもそも施設食住費や医療保険からも収入を得る事業者は珍しくなく、介護保険外の自由な契約に基づくサービスを行う事業者も存在する。「公費と保険による事業である以上、給与水準等の情報を公表すべき」との意見も見られるが、介護従事者の賃金がどの収入から支払われたものかを割り当てる計算は簡単ではない。
 - 給与情報等の公開を義務付けすることは法令上も不可能に近い。自主的な公表は自由である。
 - 報酬改定後半年ないし1年たった時点で、「介護報酬増のうちどの程度が処遇改善（賃金・給与だけにとどまらない）につながったか」に関する検証評価を、適切な標本数を確保して実行し、公表することが必要ではないか。

9 医療と介護の連携に関する意見

- 在宅医療の推進については、高齢者に必要なサービスを確保することが重要ではないか。介護療養型医療施設の取扱いについて検討するべきである。
- 地方の診療所は医療資源として必要である。療養病床として残すことができないか検討が必要。
- 医療と介護の連携については、シームレスなケアを促進できる仕組みを考えることが必要。
- 病棟の看護師と訪問系の看護師のミーティングを通しての連携が重要なので、この連携について評価すべきではないか。
- 医療ニーズの高い方々の在宅での生活を可能にするためには、介護福祉士に一定の研修等を課した上で、事業所の判断で一定の軽微な医療行為が行えるよう対策を講ずるべきではないか。
- 医療の必要性のある在宅要介護者への対応は、地域に存在する有床診療所等を中心に検討すべきではないか。
- 医療と介護の連携は、中長期的な課題であるのみならず、現在介護を受けている者が在宅で医療・介護を受けることが出来るような仕組みの構築を目指すべきではないか。

10 資格・研修に関する意見

- 介護従事者の資格・研修制度について、実務経験者ルートの「600時間」の研修が、介護従事者にとっては離職のインセンティブとならないか。
- 研修期間中の賃金保障、人員補充について支援が必要ではないか。
- 2級ヘルパーの者にさらに一定時間の研修が必要となる理由について理解を促すことが必要。
- 介護福祉士の資格取得方法の見直しに伴う研修費用について、すべて自己負担とすることによいのか。
- 研修期間中の人員配置基準を緩和することが必要ではないか。
- 介護福祉士の資格見直しに伴う新たなカリキュラムへの対応のため、養成校が行う設備の整備に対し補助等を行うことはできないのか。

11 補足給付に関する意見

- 補足給付については、利用者のことを考えるとなくすべきではないが、保険料を財源とすべき

ではない。

- 補足給付については、低所得者に対して差別的であってはならない制度なので、維持すべき。
- 補足給付には問題がある。世帯分離をしたら補足給付がもらえたり、在宅とのバランスがとれないこともある。補足給付を維持するとしても、横断的な低所得対策として行うべきである。
- 補足給付に関しては、生活保護による対応を含めて、介護保険制度内での低所得者対策の在り方を速やかに検討すべきではないか。
- 食費・居住費とも、基準費用額の見直しが必要ではないか。
- 第1～第3段階の基準費用額設定（食費・居住費）の算出根拠を明らかにし、補足給付については介護保険からの給付ではなく福祉財源からの給付へ転換すべきではないか。
- 利用者が所得段階により選択の自由を奪われることのないよう、補足給付の見直しを行うべきではないか。

12 その他の意見

- 応益負担の考え方は必要だが、格差社会の中にあっては、可能な範囲内で2、3割の自己負担をしてもらう人がいてもよいのではないか。
- 介護保険料納付について、口座振替と年金からの徴収との選択制が検討されているとするなら、これは大きな問題と考える。介護保険の保険料の年金からの天引きは、保険者である市町村の懸命な努力により、すでに円滑に実施されてきており、定着している。介護保険料の支払い方法は、介護保険制度導入の際に、市町村の要望を踏まえて実施してきたものであり、これが前提のため市町村は保険者として徴収を受けた。保険者である市町村の意見を無視して実施されることは適切ではないのではないか。

主とする介護サービスの種類別介護サービス従事者の就業形態

	回答 事業所数 (カ所)	介護サービス従事者数		
		(人)	正社員 (%)	非正社員 (%)
訪問介護	1,212	32,740	22.8	76.1
訪問看護	207	2,158	53.2	46.3
通所介護	872	17,924	38.7	60.6
通所リハビリテーション	120	1,866	60.5	39.0
特定施設入居者生活介護	134	4,176	62.5	36.5
福祉用具貸与	250	1,980	71.5	26.6
認知症対応型共同生活介護	310	6,752	51.8	48.1
居宅介護支援	314	1,153	64.3	34.0
介護老人福祉施設	430	31,622	62.0	37.6
介護老人保健施設	146	10,305	75.8	24.1
介護療養型医療施設	68	2,869	81.0	19.0

(資料出所) (財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」(事業所調査)

(注1) 就業形態の定義は以下のとおり。

正社員:雇用している労働者で雇用期間の定めのない者のうちパートタイム労働者や他企業への出向を除いた、いわゆる正社員。

非正社員:正社員以外の労働者(契約社員、嘱託社員、臨時的雇用者、パートタイム労働者その他)を言う。

(注2)「主とする介護サービスの種類」は、各事業所において実施している介護サービスのなかで最も売上げの多い介護サービスの種類を言う。

(注3) 訪問入浴介護等サンプル数が少ないサービスについては、サービス毎に集計を行っていない。

(注4) 介護サービス従事者は、職種や役職等に関係なく、介護保険の指定介護サービス事業に従事する者のこと。

(注5)「無回答」の者がいるため合計が100にならない場合がある。

平成 21 年度予算編成の基本方針（抜粋）

〔平成20年12月3日〕
閣 議 決 定

Ⅲ 国民生活と日本経済を守るための予算の重点化・効率化

1 生活者の暮らしの安心

（雇用・社会保障）

（略）

介護については、平成21年度介護報酬改定（プラス3.0%）等により介護従事者の処遇改善を図るとともに、福祉・介護人材の確保に向けた対策を行う。

あわせて、「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」（平成19年5月15日）に定めた目標の実施に向けて、実効性のある改革の取組を進める。

（略）

介護保険料徴収方法の見直し に対する意見

- 主旨P 2
- 反対の理由P 3
- 解決の方向性P10

全国市長会介護保険対策特別委員長

稲城市長 石川良一

主 旨

厚生労働省は、
介護保険料の年金からの徴収方法の見直し
(口座振替選択制の導入)を検討している。

安定した介護保険財政を維持し、
高齢者のための介護基盤を守る立場から、
明確に反対を表明する。

反対の理由

- (1) 高齢者に戸惑いや不安が生じる。
- (2) 保険料への影響が懸念される。
- (3) 現場の市町村が混乱する。
- (4) 第4期介護保険事業計画の策定に多大な影響を及ぼす。
- (5) 9割以上の市長が「現行制度を維持すべき」と回答。

(1) 高齢者に戸惑いや不安が生じる。

項目	内容	指摘事項
納付方法の選択	高齢者は、納付方法の選択を求められる。	従来は不要であった納付方法の選択を行わなければならない。高年齢者に戸惑いが予想される。 煩わしい手続きが増えたと感じる恐れがある。
残高の管理等	口座振替に際して、残高の管理を要する。	未納を防ぐために常に残高を管理しなければならない。また、未納や滞納あった場合には、給付制限等への心配をしなければならない。高年齢者にこうした不安が生じる恐れがある。

(2) 保険料への影響が懸念される。

保険料納付方法の見直しによる保険料の推計値変更イメージ

第4期(平成21~23年度): 約4,270円 + α 円

自然増	110円
介護従事者対策	70円

納付方法の見直しの影響	α 円
・収納率の低下(参考1)	
・事務量の増大(4)	

(参考)

- ・第1期(平成12~14年度): 2,911円
- ・第2期(平成15~17年度): 3,293円
- ・第3期(平成18~20年度): 4,090円

(参考1)

- ・ 保険料徴収が特別徴収(年金天引き)から口座振替へ移行すると、必ずしも100.0%の徴収率とはならず、介護保険財政に影響を及ぼす恐れがある。

(参考)	介護保険料徴収率	95.2%
	特別徴収対象者	100.0%
	普通徴収対象者	87.2%

(平成19年度実績:稲城市)

(3) 現場の市町村が混乱する。

- ・ 窓口相談・意向調査、残高不足の振替不能による収納管理など、膨大な事務的作業が想定されるが、市町村現場ではこれらの業務を担当する人的余裕がない。
- ・ 現行の数倍の口座振替対象者数となるものと見込まれることから、現在の収納管理(口座管理)システムに新たな管理システムが加わることになるため、一層複雑な管理が必要となるとともに、新たな介護保険事務処理システムの改修費、口座振替管理費・口座振替手数料など膨大な費用が想定される。これらの膨大な費用には税等が充てられる。
- ・ 特別徴収(年金天引き)に比べて口座振替制度では徴収率の低下が想定され、その結果、一定の保険料の引き上げが想定されるが、すでに市町村介護保険事業計画で保険料水準の変更は、「自然増減」「介護報酬改定」であることが浸透しており、第4期事業運営期間を控え、時間的にも「徴収率の低下による保険料引き上げ」を説明することは難しく、現場の市町村での混乱が予想される。

このように、わざわざ税を使って徴収率を下げる変更を行い、高齢者の保険料の引き上げにつながる施策を実施することは、住民の理解が得られないのではないかと。また、国と地方がこれまで築いてきた信頼関係を踏まえ、今後、制度見直しを行うにあたっては、市町村保険者の意見を十分に聞いた上で検討する必要がある。

(4) 第4期介護保険事業計画の策定に多大な影響を及ぼす。

次の理由により第4期事業計画の策定ができない。

① 特別徴収選択者と口座振替選択者の数が不明であり、保険料収入が算定できない。

② 選択方式への変更に伴う電算システム変更等の経費が不明であり、予算措置もされていない。

(5) 9割以上の市長が「現行制度を維持すべき」と回答。

回 答	都市数	構成割合 (%)
① 現行の制度を維持すべきである。	143	20.7
② 年金天引きについて、社会保険料控除の対象とした上で、現行の制度を維持すべきである。	485	70.1
③ 口座振替と年金天引きの選択制を導入すべきである。	64	9.2

【調査結果】(H20. 12. 9 18:00現在)

《調査概要》

- 調査期間：平成20年12月1日～4日
- 対象都市：809区市
- 有効回答数：692
- 回答率：85.6%

解決の方向性

年金天引きと口座振替との間で生ずる
税負担の不均衡は、
税制の歪(ひずみ)に原因がある。

厚生労働省は、この問題を解決するため、
介護保険料の徴収方法を見直すのではなく、
税制改正を求めている。

(参 考 2)

平成 20 年 12 月 4 日

各 位

全 国 市 長 会

会 長 佐 竹 敬 久

社 会 文 教 委 員 長

鈴 木 望

国 民 健 康 保 険 対 策 特 別 委 員 長

河 内 山 哲 朗

介 護 保 険 対 策 特 別 委 員 長

石 川 良 一

後期高齢者医療、国民健康保険及び介護保険の
保険料徴収に関する緊急申し入れについて

別添のとおり緊急申し入れを行いますので、その実
現方につきまして特段のご高配を賜りますよう、よろ
しくお願い申し上げます

後期高齢者医療、国民健康保険及び介護保険の 保険料徴収に関する緊急申し入れ

後期高齢者医療制度については、国による再三にわたる軽減策等に対応するべく、市町村は、住民説明会やきめ細かな広報等を繰り返し行い、制度施行当初の混乱は収まりつつある。

そのような中、後期高齢者医療及び国民健康保険の保険料の年金天引きについては、本年10月から一定の要件のもと、口座振替による保険料納付が可能とされたが、11月18日には、「与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム」において、その要件を撤廃し、平成21年4月から実施する旨、厚生労働省から市町村に対し一方的に通知が行われたことは、納得しがたく、誠に遺憾である。

一方、今般、厚生労働省は、介護保険料納付方法についても後期高齢者医療制度等と同様、口座振替と年金天引きとを選択できるようにする方向で検討していることが明らかになった。

このことについては、10月7日の衆議院予算委員会において、厚生労働大臣から、市町村の意見を聞くとの答弁がなされたが、保険者のコンセンサスを得ることなく制度変更を行うことは、住民や現場に更なる混乱をもたらす上、保険料徴収率の低下やシステム変更などにより、保険財政や円滑な事業運営に少なからぬ影響が及ぶことは明らかである。

については、我々市町村の立場から、下記事項について強く申し入れる。

記

1. 後期高齢者医療制度及び国民健康保険制度における保険料徴収について

後期高齢者医療制度等における保険料徴収の更なる見直しについては、①混乱の再発、②滞納問題の発生、③住民の信頼感の喪失、④制度の安定性の欠如、⑤更なる財政負担の発生などが懸念されることから、保険料徴収事務を行っている市町村の意見を十分聞いた上で、国の「医療保険部会」や「高齢者医療制度に関する検討会」等において結論を得ること。

2. 介護保険制度における保険料徴収について

(1) 被保険者の便宜や確実かつ効率的な保険料徴収による公平性の確保という観点から年金天引きを原則とすることとした介護保険制度の発足時からの経緯や、8年以上にわたって制度として定着していることを踏まえ、安易に選択制を導入しないこと。

なお、全国市長会が全市長を対象に意向調査を実施したところ、税負担の公平性を確保するという条件付回答も含め、9割以上の市長が年金天引きを原則とする現行制度を維持するべきであると回答していることを申し添える。

(2) 介護保険制度の見直しにあたっては、事前に十分な時間的余裕をもって市町村と協議するとともに、国の「介護保険部会」等において結論を得ること。

3. 税負担の不均衡の是正について

年金天引きと口座振替との間で生ずる税負担の不均衡の問題については、制度設計者である厚生労働省の責任において早急に解決を図ること。

平成20年12月4日

全 国 市 長 会

【速報値】

(H20.12.4 15:30現在)

《調査概要》

- 調査期間：平成20年12月1日～4日
- 対象都市：806市区
- 有効回答数：624
- 回答率：77.4%

回 答	都 市 数	構成割合(%)
① 現行の制度を維持するべきである。	127	20.4
② 年金天引きについて、社会保険料控除の対象とした上で、現行の制度を維持するべきである。	440	70.5
③ 口座振替と年金天引きの選択制を導入するべきである。	57	9.1

社会保障審議会介護給付費分科会御中

2008年12月12日
社会保障審議会委員
社会保障審議会介護給付費分科会委員
沖藤典子

介護報酬改定について 利用者・市民の立場からの意見

次期介護報酬改定をめぐる介護給付費分科会の議論は、「介護従事者の処遇改善」が最大のテーマです。論議途中で、政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議の「生活対策」により、介護報酬プラス3.0%改定も公表されました。

しかし、年内の諮問・答申が予定されるなか、テーマについての議論が十分に尽くされていないという思いを強くしております。

世界一の平均寿命、世界一の高齢化率(20%超)、世界一の急速な高齢化という「高齢世界一“三冠王”」の日本を支えるために、介護現場での人材確保・離職阻止、事業所の安定経営は喫緊の課題です。過去一年余、全国で処遇改善を求めて300万人にのぼる署名が集まり、労働条件の改善、賃金の引き上げに大きな期待が寄せられています。

今回の介護報酬改定で明確な雇用対策を打ち出し、利用者への安心感を提示しない限り、介護保険制度への国民の不信感は払拭できません。

第61回分科会(12月3日)では、資料1-3「平成21年度介護報酬改定に関する審議報告(たたき台)」の説明がありましたが、この内容について、利用者・市民の立場から、意見を提出させていただきます。

介護従事者の処遇改善

「賃金が一律に引き上がるものではない」ことについて

[たたき台]では、「介護報酬の引き上げにより賃金が一律に引き上がるものではない」とのまとめが出ています。また「介護従事者の処遇改善にできるだけ結びつけていくことが重要」、「処遇に関する情報の公表による事業者の自主的、積極的な取り組みを期待する」というレベルでの表記では、介護労働者、介護サービス利用者の期待にこたえることはできません。すでに、前回の分科会以降、失望の声が湧き起こっています。

「処遇改善」のための引き上げであれば、賃金の引き上げに結びつく明確な方向を示す必要があると考えます。

利用者への影響

利用限度額について：

前述の「生活対策」では、介護報酬引き上げに伴う第1号介護保険料の上昇分について、

介護従事者処遇改善臨時特別交付金（仮称）により 2009 年度は全額、2010 年度は半額を公費で負担することが公表されています。

一方、介護報酬プラス改定は、要支援・要介護度ごとの利用限度額、サービス利用時の自己負担 1 割の利用料にも影響が及びます。実際のサービス利用状況は、ごく僅かの利用から利用限度額一杯までとさまざまですが、利用限度額までサービスを使ってもなお足りず、自費利用をしているケースもあります。介護報酬プラス改定に伴う利用限度額の引き上げがないと、在宅生活を脅かすサービス削減と支出増になります。

施設サービスの増加が見込めず、病院からも退院が促進され、在宅で介護と医療を必要とする人たちが増えつつあるなか、在宅介護推進のためにも、介護報酬引き上げと同時に利用限度額を引き上げることが必要です。さらに 2005 年度と比較して 2007 年度には半減したホームヘルプ・サービスの「生活援助」の適切な利用推進に向けて、ローカルルールの暴走に歯止めをかける必要があると考えます。

1 割自己負担（利用料）について：

介護保険では「応益負担」が原則とされ、介護報酬の 1 割は利用料としてサービス利用者の自己負担になっています。

しかし、総務省『家計調査年報（平成 19 年）』では、60 歳以上の単身無職世帯の家計収支は月額 3 万 2,668 円の不足、60 歳以上の高齢夫婦無職世帯の家計収支は月額 4 万 6,221 円の不足と報告されています。貯蓄現在高平均値は、一般 60 歳以上の 2 人以上世帯では 2,452 万円ですが、分布で見れば 2,500 万円以上の貯蓄は全体の 3 分の 1、1,000 万円未満も 3 分の 1 強と二極分化し、とくに 400 万円未満は 12%にもなります。

介護保険サービスは、所得や貯蓄と関わりなく必要な人に届けるものです。要支援・要介護認定を受けながらサービス未利用の 100 万人前後のなかにも、経済的な理由による利用控えがあります。介護を必要とする被保険者が必要とするサービスを利用できるよう、利用料負担について、低所得者対策を講じる必要があると考えます。

訪問介護、ホームヘルパー（訪問介護員）について

登録ヘルパーについて：

介護保険サービスのなかでも在宅生活を支えるホームヘルプ・サービス（訪問介護）は、利用者約 115 万人ともっとも需要の高いサービスです。しかし、介護給付費分科会には職能団体の代表が委員として参加しておらず、議論が深まっておりません。

ホームヘルパー（訪問介護員）は、72%が非正社員（財団法人介護労働安定センター資料）で、そのほとんどが登録ヘルパーです。介護保険にとってもっとも大切で、もっとも必要とされる在宅サービスが、非正規労働に支えられていていいのでしょうか。せめて常勤を 4 割にという私や日本ホームヘルパー協会の提案は議論されておられません。また、第 60 回分科会（11 月 28 日）で述べたように、ホームヘルパーの 54%が 50 代、60 代以上であり、20 代、30 代は 18%しかおりません。今後、リタイアが予想されるベテラン・ヘルパー、そして、利用者の自然増によって必要とされる人員を考えれば、魅力ある仕事として若者に受け入れ

られるようなホームヘルプ・サービスの待遇改善、働き続けられる労働環境の整備、税制にまで切り込むといった思い切った施策が不可欠です。

これまでの議論のなかでは、「介護職員」とは正社員のみのことか、あるいは常勤換算ですまされてしまうのかという疑問をぬぐい去ることができません。

人生最後の時期を支える登録ヘルパーの処遇改善が議論されることを、改めて求めます。

サービス提供責任者について：

ホームヘルパー10人にひとりの配置が義務づけられているサービス提供責任者(常勤専従)について、第61回(12月3日)分科会資料3『サービス提供責任者の報酬上の評価及び人員配置基準の見直し』では、「①報酬上何らかの評価を行うべき」とあり、納得のいく評価を期待します。

しかし、「②人員配置基準について」では、「質が担保できれば優秀な非常勤職員を活用する道を開くべき」とあり、【見直しの方向性】では「②常勤を基本としつつ、複数を配置する事業所において、非常勤の者については常勤換算した数が常勤者数を超えないものとする」という考え方が示されています。

今回の「介護従事者の処遇改善」では、常勤率や有資格者をポイントとする評価が議論されていますが、非正規労働者が多い訪問介護の分野において、“サービス管理”と“ホームヘルパー管理”の責任を負う者に対してのみ規制緩和が行われることは、利用者・市民として大きな疑問があります。

ホームヘルプ・サービスの「質の担保」の要件として、職員が常勤であることの意味は大きく、そのことが職業としての確立をすすめ、チープワークからの脱却につながります。そして、なによりもホームヘルプ・サービスは、「高齢世界一”三冠王“」の、日本の高齢者の安心と安全を守るものと考えます。

ケアマネジメント(居宅介護支援)について

介護保険制度発足とともに誕生したケアマネジャー(介護支援専門員)ですが、居宅介護支援事業所はその収支差益が2005年でマイナス15%、2008年でマイナス17%と恒常的に赤字です。介護保険法施行10年が経過しているのに職業として確立されず、さらに保険者によるケアプランへの締め付けにより、職業的尊厳も損なわれています。そのために、離職者が相次ぎ、利用者・市民として看過できない状況にあります。

地域で暮らしていくには、さまざまな生活支援サービスが、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることが重要です。今後、医療・介護を通じた専門職種間の役割分担や協働体制がさらに重要になることを考えれば、“介護保険の案内人”といわれるケアマネジャーの正当な評価が大切です。

ケアマネジャーの質を確保し、公平中立を保持するためには、要介護度別の評価ではなく、介護報酬の基本単価を引き上げ、経営の安定を確保する必要があると考えます。

要支援・要介護認定の見直しと認知症ケアについて

要支援・要介護認定について：

2009年度は要支援・要介護認定の見直しも予定されていますが、認定の変更は要介護者の状態像をより正確に把握するものとして期待されます。しかし、今夏、実施された第2次モデル事業によれば、全体で2割の人が軽度と二次判定され、なかでも要介護2では27.5%、要支援2では31.2%が「現行より軽度」と判定されています。2006年改正以降、保険者によっては要支援・要介護認定に軽度傾斜の傾向があるとも聞きます。

認定の〈軽度傾斜〉化は、一面では〈給付制限〉とも受け取られ、介護保険への信頼が損なわれるのではないかと憂慮されます。平均寿命の上昇によって、より高齢化し、より重度の人が増えるなか、実態をよく把握し適切な認定が行われることを期待します。

また、認知症の初期段階では、本人も家族も驚きと不安のなかで混乱し、家族関係の崩壊の危険性が高まるなど、後々の介護生活に影を落としています。

『介護支え合い相談・研究事業報告書』2007年度（国際長寿センター）では、相談事例の中でもっとも多いのは家族の“心身の疲労”で、それも要支援2で62.2%、要支援1で58.3%とこの2つのランクにおいて非常に高くなっています。「軽度の認知症は介護の手間がかからない」という発言もありますが、要支援・要介護認定が〈軽度傾斜〉されると、介護者の“心身の疲労”が見落とされ、本人も家族も救われません。

認知症の確定診断を受けていない要支援・要介護者も多数存在すると思われます。中には絶対に医者にかからないと家族を困らせる人もおり、認定へのアクセス支援にも配慮を望みます。

認知症ケアについて：

現在、認知症高齢者グループホームでは、入居も短期利用も要支援2以上が対象となっていますが、これを要支援1まで広げることが必要と考えます。また、より重度化させないための水際作戦として、軽度認知症対策の重点化を期待します。軽度への重点対策こそが、財源節約につながるものと考えます。

地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護では、居宅介護支援と同じく事業所の収支差益がマイナスです。地域で認知症高齢者や軽度要介護者が在宅生活を維持できるよう、介護報酬上の評価が必要と考えます。

以上

社会保障審議会介護給付費分科会御中

2008年12月12日
社会保障審議会委員
社会保障審議会介護給付費分科会委員
沖藤典子

介護報酬改定について 利用者・市民の立場からの意見

次期介護報酬改定をめぐる介護給付費分科会の議論は、「介護従事者の処遇改善」が最大のテーマです。論議途中で、政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議の「生活対策」により、介護報酬プラス3.0%改定も公表されました。

しかし、年内の諮問・答申が予定されるなか、テーマについての議論が十分に尽くされていないという思いを強くしております。

世界一の平均寿命、世界一の高齢化率(20%超)、世界一の急速な高齢化という「高齢世界一“三冠王”」の日本を支えるために、介護現場での人材確保・離職阻止、事業所の安定経営は喫緊の課題です。過去一年余、全国で処遇改善を求めて300万人にのぼる署名が集まり、労働条件の改善、賃金の引き上げに大きな期待が寄せられています。

今回の介護報酬改定で明確な雇用対策を打ち出し、利用者への安心感を提示しない限り、介護保険制度への国民の不信感は払拭できません。

第61回分科会(12月3日)では、資料1-3「平成21年度介護報酬改定に関する審議報告(たたき台)」の説明がありましたが、この内容について、利用者・市民の立場から、意見を提出させていただきます。

介護従事者の処遇改善

「賃金が一律に引き上がるものではない」ことについて

[たたき台]では、「介護報酬の引き上げにより賃金が一律に引き上がるものではない」とのまとめが出ています。また「介護従事者の処遇改善にできるだけ結びつけていくことが重要」、「処遇に関する情報の公表による事業者の自主的、積極的な取り組みを期待する」というレベルでの表記では、介護労働者、介護サービス利用者の期待に応えることはできません。すでに、前回の分科会以降、失望の声が湧き起こっています。

「処遇改善」のための引き上げであれば、賃金の引き上げに結びつく明確な方向を示す必要があると考えます。

利用者への影響

利用限度額について：

前述の「生活対策」では、介護報酬引き上げに伴う第1号介護保険料の上昇分について、

介護従事者処遇改善臨時特別交付金（仮称）により 2009 年度は全額、2010 年度は半額を公費で負担することが公表されています。

一方、介護報酬プラス改定は、要支援・要介護度ごとの利用限度額、サービス利用時の自己負担 1 割の利用料にも影響が及びます。実際のサービス利用状況は、ごく僅かの利用から利用限度額一杯までとさまざまですが、利用限度額までサービスを使ってもなお足りず、自費利用をしているケースもあります。介護報酬プラス改定に伴う利用限度額の引き上げがないと、在宅生活を脅かすサービス削減と支出増になります。

施設サービスの増加が見込めず、病院からも退院が促進され、在宅で介護と医療を必要とする人たちが増えつつあるなか、在宅介護推進のためにも、介護報酬引き上げと同時に利用限度額を引き上げることが必要です。さらに 2005 年度と比較して 2007 年度には半減したホームヘルプ・サービスの「生活援助」の適切な利用推進に向けて、ローカルルール of 暴走に歯止めをかける必要があると考えます。

1 割自己負担（利用料）について：

介護保険では「応益負担」が原則とされ、介護報酬の 1 割は利用料としてサービス利用者の自己負担になっています。

しかし、総務省『家計調査年報（平成 19 年）』では、60 歳以上の単身無職世帯の家計収支は月額 3 万 2,668 円の不足、60 歳以上の高齢夫婦無職世帯の家計収支は月額 4 万 6,221 円の不足と報告されています。貯蓄現在高平均値は、一般 60 歳以上の 2 人以上世帯では 2,452 万円ですが、分布で見れば 2,500 万円以上の貯蓄は全体の 3 分の 1、1,000 万円未満も 3 分の 1 強と二極分化し、とくに 400 万円未満は 12%にもなります。

介護保険サービスは、所得や貯蓄と関わりなく必要な人に届けるものです。要支援・要介護認定を受けながらサービス未利用の 100 万人前後のなかにも、経済的な理由による利用控えがあります。介護を必要とする被保険者が必要とするサービスを利用できるよう、利用料負担について、低所得者対策を講じる必要があると考えます。

訪問介護、ホームヘルパー（訪問介護員）について

登録ヘルパーについて：

介護保険サービスのなかでも在宅生活を支えるホームヘルプ・サービス（訪問介護）は、利用者約 115 万人ともっとも需要の高いサービスです。しかし、介護給付費分科会には職能団体の代表が委員として参加しておらず、議論が深まっておりません。

ホームヘルパー（訪問介護員）は、72%が非正社員（財団法人介護労働安定センター資料）で、そのほとんどが登録ヘルパーです。介護保険にとってもっとも大切で、もっとも必要とされる在宅サービスが、非正規労働に支えられていていいのでしょうか。せめて常勤を 4 割にという私や日本ホームヘルパー協会の提案は議論されておられません。また、第 60 回分科会（11 月 28 日）で述べたように、ホームヘルパーの 54%が 50 代、60 代以上であり、20 代、30 代は 18%しかおられません。今後、リタイアが予想されるベテラン・ヘルパー、そして、利用者の自然増によって必要とされる人員を考えれば、魅力ある仕事として若者に受け入れ

られるようなホームヘルプ・サービスの待遇改善、働き続けられる労働環境の整備、税制にまで切り込むといった思い切った施策が不可欠です。

これまでの議論のなかでは、「介護職員」とは正社員のみのことか、あるいは常勤換算ですまされてしまうのかという疑問をぬぐい去ることができません。

人生最後の時期を支える登録ヘルパーの処遇改善が議論されることを、改めて求めます。

サービス提供責任者について：

ホームヘルパー10人にひとりの配置が義務づけられているサービス提供責任者(常勤専従)について、第61回(12月3日)分科会資料3『サービス提供責任者の報酬上の評価及び人員配置基準の見直し』では、「①報酬上何らかの評価を行うべき」とあり、納得のいく評価を期待します。

しかし、「②人員配置基準について」では、「質が担保できれば優秀な非常勤職員を活用する道を開くべき」とあり、【見直しの方向性】では「②常勤を基本としつつ、複数を配置する事業所において、非常勤の者については常勤換算した数が常勤者数を超えないものとする」という考え方が示されています。

今回の「介護従事者の処遇改善」では、常勤率や有資格者をポイントとする評価が議論されていますが、非正規労働者が多い訪問介護の分野において、“サービス管理”と“ホームヘルパー管理”の責任を負う者に対してのみ規制緩和が行われることは、利用者・市民として大きな疑問があります。

ホームヘルプ・サービスの「質の担保」の要件として、職員が常勤であることの意味は大きく、そのことが職業としての確立をすすめ、チープワークからの脱却につながります。そして、なによりもホームヘルプ・サービスは、「高齢世界一”三冠王“」の、日本の高齢者の安心と安全を守るものと考えます。

ケアマネジメント(居宅介護支援)について

介護保険制度発足とともに誕生したケアマネジャー(介護支援専門員)ですが、居宅介護支援事業所はその収支差益が2005年でマイナス15%、2008年でマイナス17%と恒常に赤字です。介護保険法施行10年が経過しているのに職業として確立されず、さらに保険者によるケアプランへの締め付けにより、職業的尊厳も損なわれています。そのために、離職者が相次ぎ、利用者・市民として看過できない状況にあります。

地域で暮らしていくには、さまざまな生活支援サービスが、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることが重要です。今後、医療・介護を通じた専門職種間の役割分担や協働体制がさらに重要になることを考えれば、“介護保険の案内人”といわれるケアマネジャーの正当な評価が大切です。

ケアマネジャーの質を確保し、公平中立を保持するためには、要介護度別の評価ではなく、介護報酬の基本単価を引き上げ、経営の安定を確保する必要があると考えます。

要支援・要介護認定の見直しと認知症ケアについて

要支援・要介護認定について：

2009年度は要支援・要介護認定の見直しも予定されていますが、認定の変更は要介護者の状態像をより正確に把握するものとして期待されます。しかし、今夏、実施された第2次モデル事業によれば、全体で2割の人が軽度と二次判定され、なかでも要介護2では27.5%、要支援2では31.2%が「現行より軽度」と判定されています。2006年改正以降、保険者によっては要支援・要介護認定に軽度傾斜の傾向があるとも聞きます。

認定の〈軽度傾斜〉化は、一面では〈給付制限〉とも受け取られ、介護保険への信頼が損なわれるのではないかと憂慮されます。平均寿命の上昇によって、より高齢化し、より重度の人が増えるなか、実態をよく把握し適切な認定が行われることを期待します。

また、認知症の初期段階では、本人も家族も驚きと不安のなかで混乱し、家族関係の崩壊の危険性が高まるなど、後々の介護生活に影を落としています。

『介護支え合い相談・研究事業報告書』2007年度（国際長寿センター）では、相談事例の中でもっとも多いのは家族の“心身の疲労”で、それも要支援2で62.2%、要支援1で58.3%とこの2つのランクにおいて非常に高くなっています。「軽度の認知症は介護の手間がかからない」という発言もありますが、要支援・要介護認定が〈軽度傾斜〉されると、介護者の“心身の疲労”が見落とされ、本人も家族も救われません。

認知症の確定診断を受けていない要支援・要介護者も多数存在すると思われます。中には絶対に医者にかからないと家族を困らせる人もおり、認定へのアクセス支援にも配慮を望みます。

認知症ケアについて：

現在、認知症高齢者グループホームでは、入居も短期利用も要支援2以上が対象となっていますが、これを要支援1まで広げることが必要と考えます。また、より重度化させないための水際作戦として、軽度認知症対策の重点化を期待します。軽度への重点対策こそが、財源節約につながるものと考えます。

地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護では、居宅介護支援と同じく事業所の収支差益がマイナスです。地域で認知症高齢者や軽度要介護者が在宅生活を維持できるよう、介護報酬上の評価が必要と考えます。

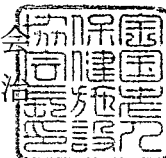
以上



全老健第 20-400 号
平成 20 年 12 月 10 日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大森 彌 殿

社団法人全国老人保健施設協会
会長 川合 秀 治



平成21年介護報酬改定に向けての追加要望事項

なお、摂食・嚥下・栄養ケア関連要望は社団法人全国老人保健施設協会、社団法人日本栄養士会、全国福祉栄養士協議会、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会との共同要望である。

1. 施設サービス費等においては手厚い人員配置の実態を評価することを要望する

- 1) サービスの質の確保、向上という観点から、リハビリテーション・マネジメント加算(25 単位/日)や栄養管理体制加算(管理栄養士配置加算 12 単位/日)の本体報酬への包括化を行うのであれば、従前からの実績の積み重ねであることを評価し、本体報酬に現行の加算と同等以上の単位を加えて包括化することを要望する。
- 2) 老健施設の多様性に応じた看護職・介護福祉士・支援専門員等の専門職の配置の手厚さや夜勤体制の構築については、その実態に基づいた施設サービス費等を設定し、適切に評価することを要望する。
- 3) 介護予防・重度化予防のための短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算や、栄養マネジメント加算、経口移行・経口維持加算、栄養改善加算については、人件費等を適切に評価して報酬を引き上げるとともに、算定要件の見直しと手厚い人員配置への加算割り増しを要望する。

2. 「介護事業経営概況／実態調査」の調査方法等の見直しを要望する

- 1) 「介護事業経営概況／実態調査」は個々の事業所の経営に関与するものではなく、「各サービスの内容に応じた平均的な費用」を調べるのが目的であるとされているが、サービスを提供する事業所の持続性を確保するためには適正利益が不可欠であることから、当該調査の分析にあたっては、借入金支払利息だけでなく、借入金の元金返済についても反映させ、「経営実態」に見合ったデータに基づいた制度設計を要望する。

- 2) 開設主体による有利子負債の大小、補助金の有無、課税法人と非課税法人の違い等を考慮した適切な評価を要望する。

…【参考資料1】参照

- 3) 地域での暮らしを支えるための小規模事業所の展開という基本理念に反し、概ね60床以下の小規模な事業所の経営は危機的状態にあるので、その経営実態に応じた支援策を要望する

…【参考資料2】参照

- 4) 地域区分については、級地区分が分かりにくい点や、大都市周辺等の地域について必ずしも地域特性を反映しきれていない点を考慮し、その見直しを要望する

…【参考資料3】参照

3. 在宅復帰・在宅生活支援機能の向上のための要望

- 1) 老健施設における「外泊」は、在宅生活への橋渡しの役割として、在宅復帰・在宅生活支援の大きな要である。外泊時費用の見直し・適正評価を行うのであれば、試行的退所サービス費について、居宅サービス事業所等との契約要件等の緩和を図り、在宅復帰・在宅生活支援へ向けた機能が損なわれないよう再検討することを要望する。
- 2) 老健施設における往復型利用の普及やベッドシェアリングの機能を評価し、在宅復帰・在宅生活支援機能向上のための初期加算(1月間、30単位/日)の適切な報酬設定を要望する。
- 3) 初期加算の算定要件については、過去3月間(ただし、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」Ⅲ以上の場合は1月間)に同一施設への入所が無いこととされているが、家族介護の実態に応じた期間に関する見直しと、新たな発症や状態の変化による再入所の場合には条件をリセットし、新たな算定が可能になるよう要望する。
- 4) 在宅生活支援という観点から、通所リハビリテーションについては規模の設定及び単位の見直しにあたって、個別リハビリテーションの実施等について評価するよう要望する。
- 5) 言語聴覚士の雇用の拡大に伴い、老健施設においても、言語聴覚士が小集団に対して実施するコミュニケーション療法の報酬上の評価を要望する。

4. 「人間としての尊厳を守る」ための、多職種協働による 栄養・摂食・嚥下・口腔機能向上サービスの改善に関する要望

なお、摂食・嚥下・栄養ケア関連要望は社団法人全国老人保健施設協会、社団法人日本栄養士会、全国福祉栄養士協議会、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会との共同要望である。

- 1) 介護予防・重度化予防のための栄養マネジメント加算、栄養改善加算の引き上げと、更なる手厚い人員配置への評価を要望する。

「栄養状態の把握に関する多角的検討と食事形態の工夫が予後の改善に大きく寄与している」

(平成20年3月 社団法人日本栄養士会 全国福祉栄養士協議会「介護老人福祉施設および介護老人保健施設における栄養マネジメントの有効性評価および業務量調査報告書」)

…【参考資料4】参照

- 2) 口から食べることを可能な限り優先した経口移行・経口維持の、更なる推進を目指した適切な評価を要望する。
- 3) 口腔機能向上による合併症予防、重度化予防を評価し、幅広いサービス領域での実施が可能になるための方策と、報酬上の適切な評価を要望する。
…【参考資料5】参照
- 4) 食の安全、栄養確保の重要性という観点から、食事における基準費用額の引き上げを要望する。

参考資料1

平成19年度 開設主体別にみる損益状況

【開設主体別】 全老健による平成19年度決算に基づく実態調査

	全体	医療法人	社会福祉法人	公益法人	その他
回答数	951	629	212	35	70
平均定床数	91, 8	93, 5	90, 1	91, 0	83, 1
経常損益	4, 7%	5, 8%	4, 4%	3, 2%	-5, 9%
人件費	54, 1%	52, 7%	56, 1%	58, 3%	60, 0%
委託費	8, 3%	8, 0%	7, 9%	9, 0%	12, 2%
減価償却費	6, 5%	6, 1%	7, 2%	7, 4%	8, 3%
減価償却前利益率	11, 2%	11, 9%	11, 6%	10, 6%	2, 4%

(全老健による「平成20年 介護老人保健施設の現状と地域特性等に関する調査」(年度決算に基づく調査)より)

※医療法人の場合、実効税率を42%とすると、税引き後損益は3.4%、減価償却前利益率は9.5%。
 ※なお、全老健正会員施設に占める医療法人立の事業所は、73.3%である。

参考資料2

平成19年度 入所定床規模別にみる損益状況

【規模別】 厚生労働省による「平成20年介護事業経営実態調査」

	全体	60床以下	61~80床	81~100床	101床以上
回答数	208	31	43	79	55
平均定床数	92, 4	52, 8	76, 6	99, 5	139, 9
経常損益	7, 3%	0, 9%	11, 9%	6, 3%	8, 6%
人件費	53, 6%	59, 4%	51, 6%	53, 3%	54, 3%
委託費	9, 9%	11, 7%	8, 9%	10, 2%	9, 1%
減価償却費	7, 0%	6, 9%	6, 6%	7, 5%	6, 1%
減価償却前利益率	14, 3%	7, 8%	18, 5%	13, 8%	14, 7%

全老健による平成19年度決算に基づく実態調査

	全体	60床以下	61~80床	81~100床	101床以上
回答数	951	121	184	525	102
平均定床数	91, 8	50, 8	76, 4	84, 2	139, 8
経常損益	4, 7%	1, 3%	5, 3%	4, 7%	6, 2%
人件費	54, 1%	55, 7%	54, 7%	54, 1%	52, 8%
委託費	8, 3%	8, 6%	7, 8%	8, 2%	8, 6%
減価償却費	6, 5%	6, 5%	7, 0%	6, 5%	5, 9%
減価償却前利益率	11, 2%	7, 8%	12, 3%	11, 2%	12, 1%

※上段のデータは、厚生労働省調査「平成20年介護事業経営実態調査」(月次決算に基づく調査)による。
 ※下段のデータは、全老健調査「平成20年 介護老人保健施設の現状と地域特性等に関する調査」(年度決算に基づく調査)による。

参考資料3

平成19年度 より細分化された地域区分別にみる損益状況

【大都市圏／政令指定都市を除く全国10ブロック別】
全老健による19年度決算に基づく実態調査

	全体	東京23区	政令指定 全国17都市
回答数	951	24	136
平均定床数	91.8	108.6	100.3
経常損益	4.7%	1.9%	3.7%
人件費	54.1%	54.7%	53.8%
委託費	8.3%	11.7%	8.6%
減価償却費	6.5%	5.9%	6.9%
減価償却前利益率	11.2%	7.8%	10.6%

政令指定都市を除くブロック別 ①					
	北海道地区 (札幌市を除く)	東北地区 (仙台市を除く)	関東地区 (東京23区、さいたま市、千葉市、川崎市、横浜市を除く)	甲信越地区 (新潟市を除く)	北陸地区
回答数	38	108	153	53	39
平均定床数	91.6	97.1	93.6	95.2	94.4
経常損益	2.9%	4.9%	2.9%	5.1%	6.6%
人件費	55.4%	54.0%	55.5%	55.4%	54.0%
委託費	10.9%	7.8%	9.1%	6.7%	7.9%
減価償却費	6.3%	6.9%	6.9%	7.2%	6.7%
減価償却前利益率	9.2%	11.8%	9.4%	12.3%	13.3%

政令指定都市を除くブロック別 ②					
	東海地区 (静岡市、浜松市、名古屋を除く)	近畿地区 (京都市、大阪市、堺市、神戸市を除く)	中国地区 (広島市を除く)	四国地区	九州地区 (北九州市、福岡市と沖縄県を除く)
回答数	76	89	69	42	111
平均定床数	99.2	91.4	76.3	76.3	78.7
経常損益	5.9%	2.2%	6.0%	5.5%	5.5%
人件費	55.7%	55.2%	55.9%	52.8%	56.6%
委託費	7.0%	9.3%	7.3%	8.8%	7.2%
減価償却費	6.8%	7.0%	6.5%	6.6%	6.0%
減価償却前利益率	12.6%	9.2%	12.5%	12.1%	11.6%

(全老健による「平成20年 介護老人保健施設の現状と地域特性等に関する調査」(年度決算に基づく調査)より)

※全国を10の地区ブロックに分け、さらに東京23区、政令指定都市(全国17都市)を除いて地域特性の評価を試みたもの。

栄養マネジメント未算定の介護保険施設において 実施が進まない理由

(平成 19 年度老人保健健康増進等事業「介護老人福祉施設および介護老人保健施設における
栄養ケア・マネジメントの有効性評価および業務量調査」 社団法人日本栄養士会より)

1. 栄養マネジメントが実施できない

1) 栄養マネジメントを実施する時間が確保できない

1人の管理栄養士では、食事提供(給食)業務と栄養マネジメント業務の両立は無理がある。

2) 複数を雇用するだけの報酬が得られない

2. 栄養マネジメントの必要性が理解されていない

1) 口から食べる重要性が理解されていない

口から食べること、経口維持、経口移行の重要性が周知されていない。

2) 常食を食べることの重要性が理解されていない

より常食に近い状態の食形態で食べられるように維持・改善することが重要であることが周知されていない。

3) 栄養改善をチームケアで行うことが困難

施設内職員に栄養改善の必要性が周知されていない。

口腔機能向上・栄養改善サービスの利用・提供が進まない理由

(平成 19 年度老人保健健康等増進事業「介護予防給付の栄養改善, 口腔機能向上の実施に関する研究」
主任研究者 植田耕一郎 より)

1. 事業所が実施できない理由

1) 人材の育成が困難である

口腔機能向上の専門職である歯科衛生士や栄養改善の専門職である管理栄養士が、福祉・介護の現場に不在である。

2) 専門職を雇用するだけの報酬が得られない

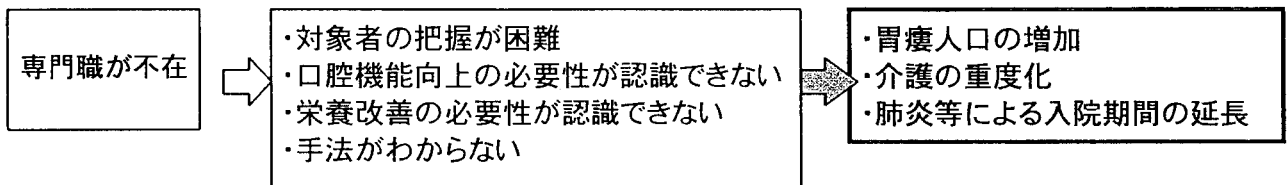
2. ケアプランに取り入れられない理由

1) 提供事業所の数が少ない

専門職を雇用していないので、自ずと提供事業所は少数に限られている。

2) 対象者の把握が困難

アセスメントにより機械的に口腔機能低下や低栄養状態にチェックがされたとしても、専門職以外では利用者にサービス必要性の動機付けが出来ない。



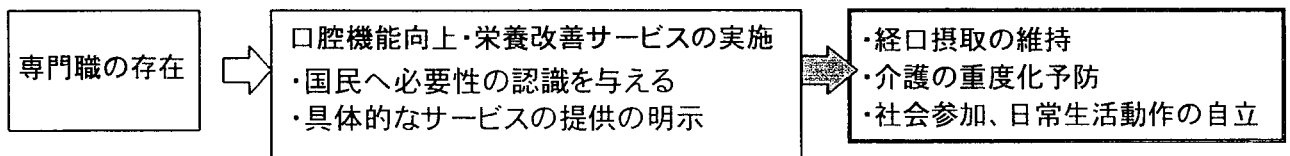
口腔機能向上・栄養改善サービスの背景

1. 胃瘻人口は増加の一途

1) 経腸栄養剤の需要は大幅に増加しつつある。

2) 医療費の高額化となっている。

2. 老健施設、特養等では肺炎による関連病院への入院期間の延長により、空きベッドが増加



2008年12月5日

社会保障審議会介護給付費分科会

分科会長 大森 彌 殿

社会保障審議会介護給付費分科会

委員 久保田 政一

「平成21年度介護報酬改定に関する審議報告（たたき台）」に対する意見

平成21年度介護報酬改定の審議報告における基本的考え方、または今後の検討課題等に、以下のような意見を反映することを要望いたします。ご高配の程、よろしくお願い致します。

1. 介護保険制度の持続可能性の確保

介護報酬引上げや今後の高齢化進展に伴う給付増などを踏まえ、引き続き介護保険制度の持続可能性の確保に向けて、財政面からの視点をもつことが求められる。今般、暫定的に国費により被保険者負担の軽減措置は講じられる方向ではあるが、中長期的な保険料負担や利用者負担への影響を見据えることが必要である。介護保険制度の持続可能性の確保と経済との整合性、さらには、保険料を負担する者の視点も踏まえつつ、給付の重点化を図るとともに、効率的かつ適正なサービス提供を進めるという課題認識を盛り込むべきである。

2. 経営規模に着目した介護報酬上の対応

介護従事者の人材確保・処遇改善にあたっては、審議報告に指摘されているように、「経営の効率化への努力を前提としつつ経営の安定化を図ることが必要」と考える。経営規模による影響に着目した介護報酬上の対応については、あくまでも規模拡大が困難な地理上の制約や介護保険制度上の制約に係

るところに限定した議論であったと理解している。本来、経営規模は事業者の選択によるものであり、小規模であることのみに着目した優遇措置は、経営の効率化に向けたインセンティブとはなりえない。今回、一部に暫定的に規模に着目した報酬対応を行うとしても、それは時限的な措置とするべきである。

3. 報酬体系の複雑化

サービスの質の向上と介護従事者対策に係るきめ細かな対応という観点から、今回様々な加算の新設が盛り込まれている。また、サービス内容自体が多様化していくなかで、結果として報酬体系の複雑化が進んでいる。利用者の自己選択という制度創設の趣旨から、また事業者の事務負担軽減の観点からも、介護報酬体系は、本来はシンプルでわかりやすいことを基本とすることが求められる。そのうえで、事業経営の効率化やサービスの質向上に向けたインセンティブを報酬上に設定するなど、バランスのよい構成を目指していくべきである。現在の個別事業別の収支差に着目した改定に係る検討手続きも含め、介護報酬のあり方自体を機能横断的な視点に立ち中期的に検討していく旨、盛り込むべきである。

4. 新予防給付および地域支援事業の実態把握と検証

基本的考え方に「平成18年度に新たに導入されたサービスの検証・見直し」があげられているが、新予防給付および地域支援事業については、ケアプラン作成に係る労働時間の投入量を比較する資料が提示されたに留まる。地域包括支援センターの業務実態、課題、地域別の特性等を把握した上で、介護保険として賄うべき範囲など、幅広く具体的に検証を進めることが必要である。介護保険法附則第2条に即し、費用対効果の観点から引き続き検討していく旨、盛り込むべきである。

以上

介護保険の保険料徴収に関する要望

介護保険制度は国民の間に定着しつつある一方、利用者が増加の一途を辿り、これに伴い給付費もまた急速に増大している状況である。

超高齢社会を迎えるなか、利用者が安心してサービスを受けられるよう、同制度の円滑かつ安定的な運営を図ることが喫緊の課題であり、そのため、町村は懸命な努力を傾注している。

このような状況において、今般、厚生労働省は、介護保険料の年金からの徴収の見直しで、口座振替と年金からの徴収との選択制の検討を行っていることを表明した。

また、後期高齢者医療及び国民健康保険の保険料徴収について、本年10月から一定の要件のもと、口座振替と年金からの徴収との選択制となる変更がなされた。しかしながら、さらに12月には同要件を明年4月から撤廃するとの変更が審議会等の手順を踏むことなく、町村に対し通知されたところである。

保険者である町村との協議なくして制度改正等を行うことは、住民や現場に混乱をもたらすほか、制度運営に多大な支障をきたすことに繋がりがかねない。

については、下記事項について強く要望する。

記

1. 保険料徴収については、介護保険制度創設の際に導入された年金からの特別徴収の趣旨を踏まえ、安易に選択制を導入しないこと。
2. 介護保険制度の見直しにあたっては、国の審議会等の設置趣旨を尊重するとともに、保険者である町村と十分に協議すること。
3. 後期高齢者医療、国民健康保険とも関連する、所得税や住民税にかかる社会保険料控除の問題については、国の責任において適切に措置すること。

平成20年12月11日

全 国 町 村 会