

2008年10月30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 住み慣れた我が家で人生を全うするために

はじめに：

これまで利用者市民の立場から意見書を提出してきましたが、介護給付費分科会における議論のなかで、認定ランクが軽度・中度といわれる人たちを支える在宅サービスについての議論が少ないことに危惧を抱いています。施設介護サービス利用者の課題はもちろんですが、介護保険サービス利用者の7割を占める居宅サービスのあり方について、重度化しないようにと支援を求める軽度の在宅利用者、認知症の在宅利用者についての議論はさらに重要と考えます。

今回は、在宅の利用者、在宅介護者の立場から、訪問介護については前回の意見書に新たなヒアリングにもとづいて加えた意見を、そして地域密着型サービスで新設され、在宅認知症ケアの「切り札」とも呼ばれる小規模多機能型居宅介護について、あわせて意見を提出させていただきます。

訪問介護について：

1. 利用者の暮らしを支える訪問介護の充実を

介護保険法施行前から、「生活援助」における掃除、洗濯、買い物、調理、手続き代行は5大サービスと言われ、もっとも利用されてきたサービスです。

しかしながら「生活援助」の利用制限によって、さまざまな問題が起こっています。掃除の制限により、家の中がほこりまみれで喘息を起こすケース、洗濯の制限により不潔な状態で暮らすケース、買い物の制限により食材や日用品が入手できず、“買い物難民”と呼ばれるケースなどなどです。昨夏の猛暑では熱中症で900人を超える死者がでましたが、60歳以上が7割を占めたとのこと、早朝に訪問した訪問介護員が衰弱した利用者を発見し、一命を取り留めたケースもありました。

制度設計時には家族介護が前提とされていました。しかし、現在、“65歳以上の高齢者のいる世帯”のうち3世代世帯は20.5%で、1980（昭和55）年の50.1%から半減、2000（平成12）年の制度創設からも5%減少し、家族介護力が大きく低下しています。利用者の暮らしそのものには脆弱性、危険性があり、ひとり暮らしや老老世帯、“親と未婚の子のみの世帯”などの利用者にとって「生活援助」は欠かすことのできないサービスです。

2006（平成18）年度の介護報酬改定、介護給付適正化計画、指導・監査の強化のなかで、厚生労働省は再三、「一律機械的にサービスに対する保険給付の支給の可否について決定する

ことがないよう」との事務連絡文を出しています。それにもかかわらず、「生活援助」を過度に抑制する保険者がまだ多いのが現状です。「生活援助」の制限によって、老老介護の崩壊や施設入居待機者の加速、働き手である訪問介護員の離職などの社会的損失が懸念されます。

介護給付費分科会において、在宅サービスのなかでも訪問介護は必須のサービスとして、改めて評価を検討し、特に“同居家族”など家族形態による、「生活援助の制限を認めない」との見解をまとめることを提案します。

2. 介護予防訪問介護の、必要に応じた利用を認める必要があります

介護報酬の改定により、介護予防訪問介護に定額制が導入されました。その結果、利用者にとっては、認定ランクに応じた支給限度額の範囲内であるにもかかわらず、介護報酬の範囲でしかサービスが利用できないという二重構造が生じています。サービス提供事業所においては、やむを得ない状況に対応するため、介護報酬の採算を超えて、“持ち出し”でサービスを提供するケースも出ています。

介護予防訪問介護の制約により、「支給限度額があまっているのに、必要なサービスがなぜ利用できないのか」という声が多くあります。また、介護予防支援では介護予防訪問介護などに加えて、市区町村の独自サービス、非営利有償サービスを組み込むことが推奨されていますが、「非営利有償サービスではスタッフが限られ、希望する時間に訪問してもらうことができない」といった声が寄せられています。

介護予防訪問介護の定額制の課題について分析するとともに、事業者が必要な利用者に必要なサービスを届けることができるよう、報酬上の評価を再検討することを提案します。

3. 「生活援助」の提供時間に応じた評価が必要です

介護報酬の改定により、訪問介護の「生活援助」の提供時間が1.5時間を超えた部分について報酬上の評価がなくなり、「身体介護」では生活支援単価となりました。認知症の利用者へのサービス提供であっても、1.5時間を超えると生活援助と同等単価になります。事業者にとって訪問介護員の人件費が確保できない、あるいは持ち出しになるなど、大きな打撃となっています。専門性が求められるサービスであるにもかかわらず、なぜこのような評価となるのでしょうか。提供時間が長時間になると単価が下がることへの、合理的な理由が不明です。「生活援助」が2時間必要な場合には、1回で済んだサービスを2回に分け、むしろ提供回数が増えるという奇妙な事態も招き、利用者の不信感をも招いています。

「生活援助」のサービス提供時間に応じた評価を、再検討することを提案します。

4. 介護現場の裁量を認める必要があります

高齢期の心身の状況は日々異なり、不安定なものです。訪問介護員は訪問時に、利用者の心身の変化を見極めながらケアを提供しています。しかし、「ケアプランにないサービスは介護報酬を認めない」という一律の指導により、規制が強まっています。一方、訪問介護員の訪問時に緊急事態が起り、事前プラン以外のサービス提供が必要になるのは日常的状況です。

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ことを提案します。

5. 「通院等乗降介助」の再検討が必要です

通院では、医療機関に支援があることを前提にしており、訪問介護員による「通院等乗降介助」、「院内介助」が認められておりません。

しかし、支援機能のある医療機関は少なく、通院を断られるだけでなく、ケアマネジャーとの連携もないまま、一方的に医療機関が訪問介護員に支援を要求するケースもあります。高齢夫婦世帯、高齢ひとり暮らし世帯では、家族などの付き添いも頼むことができません。また、「通院等乗降介助」、「院内介助」には利用者の病状などの把握が必要で、ボランティアによる代替には限界があります。だからといって、ホームヘルパーの待機時間を自費で賄うことは、低所得層はもちろんのこと利用者には経済的負担が大きく、通院そのものが制限されています。

介護予防訪問介護では、定額制の報酬、包括的サービスになるとともに、「乗降介助」が除外されましたが、電話相談では支援がないことによる窮状が寄せられています。要支援1・2の要支援認定者であっても、「乗降介助」の提供が必要となる場合があると考えます。

「院内介助」については医療機関との連携がない場合には、訪問介護のメニューに位置づける必要があると考えます。

要支援認定者、要介護認定者に対する「通院等乗降介助」、「院内介助」のあり方について、再検討することを提案します。

6. 「散歩」を認めることが必要です

前回の報酬改定以降、訪問介護における「散歩」の付き添いに対する制限が厳しくなっています。しかし、介護保険における最大の理念は、支援を必要とする人たちが、心身ともに健やかな“日常生活”を営むことができるようになることです。

家族や周囲の人に遠慮して、散歩などのささやかな外出を依頼することができない利用者がいます。老老介護やひとり暮らし高齢者では、付き添いがなければ散歩そのものが困難です。

介護予防事業では「閉じこもり予防・支援」がメニューになっていますが、外出の機会が少ない利用者にとっては、廃用症状を防ぐためにも「散歩」は必要なメニューであると考えます。

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ことを提案します。

7. 認知症の利用者に対するサービス提供に評価が必要です

現在、多くの高齢者は「認知症になったら、我が家にいられない」と危機感を抱いています。居宅サービスには、地域密着型サービスにおける認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護が用意されていますが、事業者数、サービス提供量ともに不足しています。

そして、利用の最も多い訪問介護では、現行の「生活援助」、「身体介護」のメニューだけでは認知症ケアが不十分であり、サービスの充実は急務と考えます。また、訪問介護員が提供する認知症ケアについて、教育方法の確立も必要と考えます。

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ることを提案します。

8. サービス提供責任者の業務に対する評価が必要です

訪問介護におけるサービス提供責任者の役割は大きいものですが、介護報酬上の評価がないため、他の訪問介護員と同じく現場でのサービス提供も兼務しなければならないという、厳し

い労働環境にあります。

入れ替わりの激しい訪問介護員の管理者、指導者としての役割に見合う、介護報酬上の評価を検討することを提案します。

9. 特別な日時に対する評価が必要です

訪問介護では「身体介護」、「生活援助」ともに1年365日、サービスを提供する必要があり、多くの事業所そして訪問介護員は、スケジュール調整も含めて、途切れることのないサービス提供に努めています。しかし、朝・晩、土曜日や日曜日、お盆や連休、年末年始などには十分なサービスが提供されていない現状があります。

訪問介護は利用者にとって命綱であり、欠かすことのできないサービスです。

特別な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を提案します。

10. ホームヘルパーの待遇改善について

高齢化が進むなか、訪問介護員などの介護サービス従事者は、今後6年間で約40万人から約60万人のさらなる確保が必要と言われていています。しかし、賃金が低いため離職に歯止めがかからず、人員基準を満たすことができないなどの理由で、訪問介護事業所の廃業が相次いでいます。また、応募してくる人なら誰でも採用せざるを得ないなど、「質を問う採用ができない」という事業所からの訴えもあります。

今後、質のいい訪問介護員を確保していくためには、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ることを提案します。

また、質の向上のために、介護福祉士を目指す訪問介護員養成研修修了者への支援策を早急に提示することが大切です。経済的にも時間的にも負担が大きくなると、介護福祉士を断念せざるを得ない人も多くなり、離職が促進され、人材不足に拍車がかかります。

さらに、訪問介護においても対応難度の高い利用者の増加が予想されています。施設介護では認定ランクに応じた介護報酬上の評価がありますが、訪問介護は一律の評価となっています。

専門職として命と生活を守り、神経をすり減らして働いている訪問介護員のために、重度加算の設定を検討することを提案します。

今後、訪問介護員も介護福祉士の国家資格になります。“国家”の名に恥じぬ待遇改善を希望します。

小規模多機能型居宅介護について：

小規模多機能型居宅介護は、介護保険法改正で創設された地域密着型サービスのメニューのひとつであり、「『通い』を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時『訪問』や『泊まり』を組み合わせるサービスを提供することで、在宅の生活継続を支援する」と謳われ、認知症ケアの理想モデルとも言われています。

この実践が各地で行われるなら、在宅の要介護者、介護者にとって大変、有用なサービスです。

しかし、介護給付費分科会におけるヒアリングでも示されたように、サービス創設から2年半を経た現在、小規模多機能型居宅介護事業所は全国約 1700 カ所にとどまり、第 55 回分科会の資料によると、小規模多機能型居宅介護事業所（介護予防も含めて）の収支差率は-8.0%です。

また、要介護高齢者の生活は、同じ要介護度であっても、都市部と農山漁村、人口密集地域と過疎地で大きく異なります。保険者である市区町村に指定権限のある「地域密着型サービス」の利点を生かし、それぞれの自治体が地域特性を生かしたサービスを構築できるよう、自治体の裁量権を広げ、地域の実情に即した小規模多機能型居宅介護が全国各地に生まれるような報酬上の評価が必要と考えます。

「在宅の生活継続を支援する」サービスを定着させるために、以下のことを提案させていただきます。

1. 小規模多機能型居宅介護事業の報酬設定の見直しを

小規模多機能型居宅介護事業所が増えないのは、「通い」、「泊まり」、「訪問」、そしてケアマネジメントとトータル・ケアを提供するにもかかわらず、介護報酬の低すぎるのが原因です。特に利用者数、利用頻度とも多い要介護1、2の介護報酬の低いことが、経営を困難にしています。

また、「通い」を15名に限定していることは、利用制限ではないかとの疑問が呈されています。

トータル・ケアを1カ所で、しかも家庭的雰囲気の中で提供するサービスにふさわしい事業として、介護報酬の改善および利用のしやすさを増す定員改善を提案します。

2. 計画作成に新たな評価を

小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者は、登録定員25名までのケアプランの作成支援をしますが、介護報酬上の評価がありません。居宅介護支援事業所のケアマネジャーの担当件数上限は35件ですが、小規模多機能型居宅介護では介護職員との兼務や併設グループホームとの兼務も認められたうえで計画を作成している現状です。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を提案します。

なお、当然のことながら、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ことが重要です。

3. 地域のケアマネジャーとの連携に評価を

小規模多機能型居宅介護の利用者にとって、それまでの居宅サービス担当ケアマネジャーから離れてしまうことは、地域との関わりを切られることになり、大変不安を覚えることです。小規

模多機能型居宅介護は定額報酬で、「通い」、「泊まり」、「訪問」を1ヵ所で提供するサービスであり、「囲い込み」にしないためにも、居宅介護支援専門員との連携加算を設定することを提案します。

4. 適切なサービス選択につなげるための評価を

小規模多機能型居宅介護では、利用が増えるまでに時間がかかるといわれています。小規模多機能型居宅介護を紹介するケアマネジャーからは、数が少ないゆえに選択の余地が無く、利用者に適したサービスなのか判断がつかないという意見も聞きます。

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」利用ができるよう報酬上の評価を検討することを提案します。

5. 医療系サービスとの連携

- ① 小規模多機能型居宅介護の利用者には、医療ニーズが高く、小規模多機能型居宅介護事業所での在宅診療や訪問看護が必要なケースがあります。

ひとり暮らしや日中独居の利用者の場合、病状説明や指示を受ける家族がいない自宅より、小規模多機能型居宅介護事業所での医療系サービスサービス提供に合理性があります。また、小規模多機能型居宅介護事業所には正看護師の配置が義務づけられていますが、併施設がある事業所でなければ雇用が難しい状況にあります。

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でも可とすることを提案します。

- ② また、小規模多機能型居宅介護利用者は、現在の支給限度額の範囲では、在宅における訪問看護など医療系サービスを十分に利用できない状況にあります。在宅生活を続けるため、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しくみを検討することを提案します。

以上

提言・私たちが期待する介護保険

認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて

2007年11月1日

社団法人 認知症の人と家族の会

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定をひかえ、次のように提言します。

基本的な考え方

- 1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ
自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること
- 2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること
認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること
- 3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること
認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること
- 4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること
介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を図ること
- 5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ
年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人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認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には「要介護1」以上になる認定システムに改善する
- 4 若年期の認知症の人が仕事を続けられるよう支援する制度をつくり、採用する事業体へは補助金を支給する
- 5 若年期の認知症の人を受け入れる高齢者の通所介護にも加算を認める
- 6 地域包括支援センターは設置趣旨に則り、地域のコーディネーター機関として充実させ、介護保険給付実務から外す
- 7 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とする
- 8 介護従事者の賃金、労働条件の改善を図るために、必要な対策を講じる
- 9 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とする
- 10 受け皿の準備のないまま療養病床廃止を先行させることはしない
- 11 認知症の人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対応の改善を図る
- 12 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

提言・私たちが期待する介護保険

はじめに

認知症のひとと家族の会は、1980年の結成以来、認知症のひとと家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的な権利が保障された生活を送ることは、乳幼児から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定をひかえ、次のように提言します。

基本的な考え方

1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ

自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること

2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること

認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること

3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること

認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること

4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること

介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を図ること

5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ

年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

～認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて～

厚生労働大臣 舛添 勲 様

2007年11月1日

社団法人 認知症のひとと家族の会 代表理事 高見 国生

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人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認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には「要介護1」以上になる認定システムに改善する
- 4 若年期の認知症の人が仕事を続けられるよう支援する制度をつくり、採用する事業者へは補助金を支給する
- 5 若年期の認知症の人を受け入れる高齢者の通所介護にも加算を認める
- 6 地域包括支援センターは設置趣旨に則り、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務から外す
- 7 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とする
- 8 介護従事者の賃金、労働条件の改善を図るために、必要な対策を講じる
- 9 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とする
- 10 受け皿の準備のないまま療養病床廃止を先行させることはしない
- 11 認知症の人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対応の改善を図る
- 12 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

介護保険の改善を求めるアピール

2008年6月14日 (社)認知症のひとと家族の会 総会

- 1 2009年4月に介護保険の改定が行われるにあたって、「家族の会」は昨年11月に、これからの社会福祉・社会保障の望む姿と当面の改善項目を提案する「提言・私たちが期待する介護保険」を発表し、厚生労働大臣に申し入れを行いました。
- 2 「提言」で示した「5つの基本的な考え方」については厚生労働省ははじめ行政からも賛同の意思表示がされ、12項目の「具体的改善提案」については、障害者団体、介護従事者など多くの人たちからもぜひ実現してほしいとの声が寄せられています。
- 3 厚生労働省においては、私たちの声を受けとめ4月下旬に、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクトチーム」を立ち上げ、7月末をめざして「基本方針」及び「短期的対策」をめざして鋭意作業が進められています。
- 4 しかし、5月の財政制度等審議会に、要介護度2以下の人を介護保険から外すなど3通りの財務省の試算が示されました。これは、3人のうち2人を切り捨て、また認知症の人を事実上除外するなど介護保険制度の存在意義そのものをなくすことにつながる内容です。「試算」とはいえ、このような提案が行われることに私たちは大きな不安を覚えます。必要な制度は持続し発展させる方向での議論を求めるものです。
- 5 一方、要介護認定調査検討会では、現行の認定調査82項目のうち、23項目（うち認知症に関係するものが半数以上を占める）について削除することが提案されています。要するに「判定結果に差が出ない」との理由ですが、これらの項目を削除すれば特記事項も書かれないこととなり、認知症の状態の把握がますます困難になると危惧されます。むしろこれらの項目を認定に正しく反映させる工夫と改善をこそ求めるものです。
- 6 後期高齢者医療保険制度に国民の怒りが高まるさなかに、さらに介護保険制度の縮小や認知症が正しく把握されない方法への変更は私たちの願いとは相反するものであり、「提言」で示す考え方と具体的改善を進めることこそが認知症のひとと家族の願いであるということをおたためて訴えるものです。

「緊急プロジェクト報告」の実現と介護保険改善を求めるアピール

(2008年秋 「家族の会」代議員会アピール)

認知症の人と家族の会 (2008.10.18、奈良にて)

- 1 2007年11月、「家族の会」は、「提言・私たちが期待する介護保険 ～認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて～」を厚生労働大臣に申し入れ、その後全国の自治体・議会、関係団体にも説明し普及を図るとともに、京都、広島、埼玉、富山で提言と介護保険を考えるつどいを開催してきました。
- 2 これら一連の取り組みを通じて、提言は、多くの国民が願うこれからの社会保障の姿を示したものであり、介護保険に関する12項目の具体的改善提案は早急に実現されるべきものとの確信を深めました。
- 3 このようなさなかの7月に公表された厚労省「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」には、『本人やその家族の生活を支援し、その質を向上させるための施策の流れを確立すること』、若年期については『就労対策を含めた包括的な自立支援施策を推進すること』が必要として、提言の内容がいくつか反映されました。
- 4 「緊急プロジェクト報告」の内容は、厚労省の平成21年度予算概算要求の中に、全国64カ所での認知症コールセンターの開設、地域包括支援センターへの連携担当者配置などが盛り込まれました。「家族の会」はこれらを歓迎し、来年度予算として実現することを望みます。そして、事業が実施される際に、「家族の会」の経験と実績が役に立ち、あわせて「家族の会」活動としても有効な事業には協力を惜しまないものです。
- 5 しかし一方で、要介護軽度者の介護保険制度からの除外や利用の抑制が行われるのではないかという危惧は消えません。関係する審議会、委員会等に「家族の会」の代表を加え、認知症本人と家族の意向を反映させることを求めるものです。
- 6 「家族の会」副代表が委員になっている社会保障審議会介護給付費分科会では、すでに議論が始まっています。この中では、提言の具体的改善提案が実現することを期待します。ホームヘルパーの家事援助の改善、介護従事者の待遇改善、若年期認知症受け入れ施設への加算など、改善に必要な財源については、「命と暮らしこそが何よりも大事」という視点に立って、国全体の予算の使い方の改善・工夫での対処を求めるものです。

以上