

- 21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会(21老福連)学習会
- 2023年11月2日(木) 10:00~11:30/オンライン開催

2024年度介護報酬改定の 内容と問題点



左より、医療・介護・福祉の会・小島代表理事、宮本議員、全労連・秋山副議長、畦元政務官、全日本民医連・林事務局次長、中央社保協・林事務局次長、介護をよくする市民の会・澤部さん、リモート参加で21老福連・井上事務局長

★6月6日(火)、介護7団体で取り組んでいる団体署名「介護保険制度の改善を求める要望書」1,182筆を畦元(あぜもと)将吾厚生労働大臣政務官に提出しました

【介護7団体】認知症の人と家族の会、21老福連、医療・介護・福祉の会、介護保険をよくする市民の会、中央社保協、全労連、全日本民医連

全日本民医連 事務局次長 林 泰則

2024年度介護報酬改定の焦点

－6年に1度の介護報酬・診療報酬・障害サービス等報酬のトリプル改定－

- **改定率**＝2024年度政府予算案の中で決定(→12月:閣議決定予定)
 - 介護保険スタート以降、一貫して低く固定化されてきた介護報酬
 - 慢性的な経営難と深刻化する人手不足
 - コロナ下での減収+物価高騰 ⇒ かつてない厳しさに直面
- **改定内容(報酬・諸基準)**＝社保審・介護給付費分科会で審議
 - 現行の介護報酬の矛盾・問題点が是正・改善されるのか
 - トリプル改定→ 医療・介護・福祉の連携を支える改定となるのか
 - 報酬改定を通じた制度改変(改悪)が実施されることにならないか
 - － 施設多床室における室料徴収の対象施設の拡大、テクノロジー機器の導入を要件とした人員配置基準の切り下げ、福祉用具貸与・販売の選択制導入－など
- **新たな改革構想**＝2025年改革から、「ポスト2025年」・2040年へ
 - 「高齢者の増加」+「働き手の減少」への対処
 - 新たな医療・介護提供体制再編方針と2024年度報酬改定
 - 地域包括ケアシステムと障害者・障害施策

2024年度介護報酬改定の流れ

	介護給付費分科会(報酬・基準の審議)	改定率(=2024年度政府予算)
3月	トリプル改定に向けた意見交換会①	
4月	意見交換会②	
5月	意見交換会③ 分科会審議スタート	財政審「建議」(春)
6月	各論点1巡目審議	骨太方針2023
7月	・個別サービス事業 (地域密着、通所系、訪問系、施設)	
8月	・分野横断的テーマ (地域包括ケア、自立支援、人材、持続可能性)	概算予算提出(各省庁→財務省)
9月	事業者ヒヤリング	
10月	各論点2巡目審議 ※「改定の基本的な視点」	予算案編成作業
11月		財政審「建議」(秋)
12月	審議会報告とりまとめ	予算案閣議決定…改定率の提示
1月	報酬改定案の諮問・答申	予算案国会上程
2月	留意事項、Q&A等発出	
3月		予算成立
4月	新報酬の運用開始	

開始時期変更?
(4月→6月)
医療DX

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険の見直しの経過(2022年→2023年)

■ 厚労省が審議会(介護保険部会※)に提案した検討項目—2022年10月27日

- 被保険者範囲の見直し(現在の「40歳以上」⇒年齢引き下げ(「30歳以上」など))
- 補足給付(施設等の居住費・食費の負担軽減制度)の資産要件に不動産を追加、
(マイナンバーを活用して資産をチェック)
- 多床室の室料負担を特養以外の老健施設、介護医療院にも拡大
- ケアマネジメント(ケアプラン)の有料化
- 要介護1、2の生活援助サービス等を地域支援事象(総合事業)に移行
- 利用料2割負担、3割負担の対象者を拡大
—「一定以上所得」(利用料2割負担)、「現役並み所得」(利用料3割負担)の基準引き下げ
- 「高所得」高齢者の介護保険料の引き上げ

史上最悪の
見直し!



上野千鶴子さん



※介護保険部会(座長:菊池馨実・早稲田大学教授)

- ・ 医師会、日本看護協会、日本慢性期医療協会
- ・ 老人福祉施設協議会、老人保健施設協会、介護福祉士会、介護支援専門員協会、民間介護事業推進委員会
- ・ 全国知事会、全国市長会、全国町村会
- ・ 経団連、商工会議所・健保連、健康保険協会
- ・ 連合、日本介護クラフトユニオン・研究者(大学教授)
- ・ 高齢社会をよくする女性の会、老人クラブ連合会、[認知症の人と家族の会](#)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「史上最悪の改悪案」—全面撤回を求める声が各地で広がる



厚生労働省に署名8.4万人分
最悪の介護改定に反対

認知症の人と家族の会が
緊急署名10万筆を提出



史上最悪の制度改定を許さないオンライン集会



★ 11月22日、社保協として介護請願署名137,635筆(民医連は84,406筆)を提出しました(第1次提出行動)



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

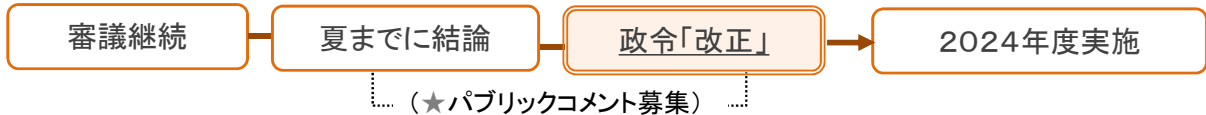
介護保険部会とりまとめ (12月20日)—今回見送り・審議をそのまま継続

1 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し	
● 「高所得」高齢者の保険料引き上げ	⇒ 次期計画に向けて結論を得る ★
● 利用料2割の対象拡大(「一定以上所得」の引き下げ)	⇒ 次期計画に向けて結論を得る ★
● 利用料3割の対象拡大(「現役並み所得」の引き下げ)	⇒ 引き続き検討
● 補足給付の見直し(不動産追加、マイナンバー活用)	⇒ 引き続き検討
2 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し	
● 多床室室料負担の対象拡大(老健、介護医療院)	⇒ 次期計画に向けて結論を得る ★ (※ 介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めて検討)
● ケアマネジメント(ケアプラン)の有料化	⇒ 第10期計画期間の開始までに結論を得る
● 要介護1、2の生活援助等を総合事業に移行	⇒ 第10期計画期間の開始までに結論を得る
3 被保険者範囲・受給者範囲	
● 被保険者の年齢引き下げ	⇒ 引き続き検討
★ 「次期計画に向けて結論を得る」とされた事項については、遅くとも2023年夏までに結論を得るべく引き続き議論 <「次期」=第9期(2024~26年度)>	

~~年末~~
「夏までに結論」(利用料・介護保険料・室料) = 法律「改正」は不要

- 「一定以上所得」の判断基準
= 基準額(「一定以上所得」)を引き下げて利用料2割負担の対象者を拡大
- 1号保険料負担の在り方
= 「高所得」高齢者の介護保険料引き上げ

「次期(第9期=2024~26年度)に向けて結論を得る」



- 多床室の室料負担
= 特養で実施されている多床室の室料徴収を他の施設(老健施設、介護医療院)に拡大

「次期(第9期=2024~26年度)に向けて結論を得る」

「本部会の意見を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行う」

介護報酬2024年改定

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護給付費分科会(社保審)



- ・ 分科会長: 田辺国昭・国立社会保障人口問題研究所所長
- ・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、日本慢性期医療協会
- ・ 老人福祉施設協議会、老人保健施設協会、介護福祉士会、介護支援専門員協会、民間介護事業推進委員会
- ・ 全国知事会、全国市長会、全国町村会
- ・ 経団連、商工会議所
- ・ 健保連、健康保険協会
- ・ 連合、日本介護クラフトユニオン
- ・ 研究者(大学教授)
- ・ 高齢社会をよくする女性の会、老人クラブ連合会、**認知症の人と家族の会**

氏名	現職
石田路子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事(名古屋学芸大学客員教授)
伊藤悦郎	健康保険組合連合会常務理事
稲葉雅之	民間介護事業推進委員会代表委員
江澤和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
及川ゆりこ	公益社団法人日本介護福祉士会会長
大石賢吾	全国知事会(長崎県知事)
荻野構一	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
奥塚正典	大分県国民健康保険団体連合会副理事長(中津市長)
長内繁樹	全国市長会(豊中市長)
鎌田松代	公益社団法人認知症の人と家族の会代表理事
小林司	日本労働組合総連合会総合政策推進局生活福祉局長
酒向里枝	一般社団法人日本経済団体連合会経済政策本部長
田中志子	一般社団法人日本慢性期医療協会常任理事
※ 田辺国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
田母神裕美	公益社団法人日本看護協会常任理事
鳥潟美夏子	全国健康保険協会理事
野村圭介	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
濱田和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
東憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
古谷忠之	公益社団法人全国老人福祉施設協議会参与
堀田聰子	慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
正立 齊	公益財団法人全国老人クラブ連合会理事・事務局長
※ 松田晋哉	産業医科大学教授
米本正明	全国町村会(和木町長)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

2024年度介護報酬改定の審議をめぐって

■ 2024年度介護報酬改定の＜前提＞

- 2021(2018)年度介護報酬改定 審議報告「今後の課題」(2020年12月)
- 介護保険部会「意見」(2022年12月)+介護保険法2023年「改正」
- トリプル改定に向けた「意見交換会」(3月・4月・5月)－9つのテーマ

① 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携、② リハビリテーション・口腔・栄養、③ 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療 ④ 高齢者施設・障害者施設等における医療、⑤ 認知症、⑥ 人生の最終段階における医療・介護、⑦ 訪問看護、⑧ 薬剤管理、⑨ その他

医療・介護総合確保方針の改定(医療・介護提供体制の再編方針)…10年ぶり
地域医療構想にもとづく病床の機能再編・削減+地域包括ケアシステムの確立

■ 介護給付費分科会(介護報酬・諸基準の審議) ※5月スタート

- 「検討の進め方について」、分野横断的テーマ(5月)
- 「個別サービス事業」の審議、「分野横断別テーマ」の審議/1巡目(6月～9月)
- 事業者ヒヤリング…30事業者(9月27日、10月2日)
- 「令和6年度の介護報酬改定に向けた基本的な視点」(10月11日)
- 「個別サービス事業」、「分野横断別テーマ」の審議/2巡目(10月23日～)
- 審議会報告とりまとめ(12月)
- 介護報酬改定 諮問・答申(2024年1月)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

社保審一介護給付費分科会
第199回(R3.1.18) 参考資料2

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■ 感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○ 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・ 感染症対策の強化 ・ 業務継続に向けた取組の強化 ・ 災害への地域と連携した対応の強化 ・ 通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

重点化

■ 住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○ 認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・ 認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・ 無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○ 看取りへの対応の充実

・ ガイドラインの取組推進 ・ 施設等における評価の充実

○ 医療と介護の連携の推進

・ 老健施設の医療ニーズへの対応強化

○ 在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・ 訪問看護や訪問入浴の充実 ・ 緊急時の宿泊対応の充実 ・ 個室100の定員上限の明確化

○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・ 事務の効率化による選抜制の緩和 ・ 医療機関との情報連携強化 ・ 介護予防支援の充実

○ 地域の特性に応じたサービスの確保 ・ 過疎地域等への対応(地方分権推進)

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

効率化

■ 喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○ 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・ 特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進

・ 職員の離職防止・定着に資する取組の推進

・ サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実

・ 人員配置基準における高立支援への配慮 ・ ハラスメント対策の強化

○ テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・ 見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和

・ 会議や多職種連携におけるICTの活用

・ 特養の併設の場合の事務等の緩和 ・ 3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○ 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・ 署名・押印の見直し ・ 電磁的記録による保存等 ・ 運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

重点化

■ 制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・ 計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

・ リハビリテーションマネジメントの強化 ・ 退院退所直後のリハの充実

・ 通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

・ 通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化

・ 介護保険施設や通所介護等における口腔衛生管理や栄養マネジメントの強化

○ 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・ CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

・ ADL維持等加算の拡充

○ 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・ 施設での日中生活支援の評価 ・ 褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

適正化

■ 必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○ 評価の適正化・重点化

・ 区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・ 訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

・ 長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・ 居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し

・ 介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・ 介護職員処遇改善加算(IV)(V)の廃止

・ 生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○ 報酬体系の簡素化

・ 月額報酬化(療養通所介護) ・ 加算の整理統合(リハ、口腔、栄養等)

6. その他の事項

・ 介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

・ 高齢者虐待防止の推進 ・ 基準費用額(食費)の見直し

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）③
（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

○「厚生労働省においては、・・・運営基準や令和6年度介護報酬改定で対応すべき事項については、社会保障審議会介護給付費分科会での議論に付すなど、制度見直しのために必要な対応を速やかに講じられることを求めたい」とされている。

運営基準や介護報酬等に係る対応について、今後の検討が見込まれる主な項目

<p>○在宅サービスの基盤整備</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に都市部における居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービス（訪問や通所系サービスなど）を組み合わせ提供できる複合型サービスの類型などを設けることも検討することが適当。 <p>○地域における高齢者リハビリテーションの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者リハビリテーションについては、どの地域でも適時適切に提供されるよう、地域支援事業と保険給付の双方の観点からのリハビリテーション提供体制の構築を更に促進していくことが必要。 <p>○施設入所者への医療提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 特別養護老人ホームにおける医療ニーズへの適切な対応の在り方について、配置医師の実態等も踏まえつつ、引き続き、診療報酬や介護報酬上の取扱いも含めて、検討を進めることが適当。 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援の機能、介護医療院の医療が必要な要介護者の長期療養・生活施設としての機能をそれぞれ更に推進していく観点から、必要な医療が引き続き提供されるよう取組を進めることが必要。 <p>○科学的介護の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> LIFEについては、エビデンスを蓄積する観点から、データを提出する事業所・施設を増やし、収集するデータを充実させる必要があるが、このためには、事業所・施設側の入力負担の軽減を図るとともに、収集する項目がエビデンスの創出及びフィードバックに資するものとなるよう、介護現場や研究者の声も踏まえ項目の精査を検討することが適当。 <p>○介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護現場の安全性の確保の取組が全国で広がるよう、自治体の取組を後押しするための好事例の横展開や、国における事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築など、具体的な方策について、医療や教育・保育施設などの他分野の取組も踏まえつつ、引き続き、早期に検討を進めることが適当。 適切な手続を経ない身体的虐待に当たる身体拘束が依然として発生している状況を踏まえ、在宅サービスにおける身体拘束の適正化を図るための介護報酬上の取扱いや身体拘束を要しない介護技術の普及を含め、正当な理由がない身体拘束の防止のための方策を講じることが適当。 	<p>○福祉用具</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度における福祉用具については、「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」の議論の整理を踏まえ、福祉用具貸与・販売種目の在り方や福祉用具の安全な利用の促進等について、引き続き検討を行うことが適当。 <p>○施設や在宅におけるテクノロジーの活用</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護現場におけるテクノロジーの導入は早急に推進する必要がある。現在実施している実証事業などで得られたエビデンス等を踏まえ、テクノロジーを活用した先進的な取組を行う介護付き有料老人ホーム等の人員配置基準を柔軟に取り扱うことの可否を含め、検討。 <p>○介護現場のタスクシェア・タスクシフティング</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護職員の業務負担軽減、介護サービスの質の確保の観点から、介護助手に切り分け可能な業務や切り分けしたときに効果が高いと見込まれる業務の体系化、業務遂行上の留意点の整理、同じ職場で働く構成員としての介護助手の制度上の位置付けや評価・教育の在り方、専門職との連携も含め、サービス特性を踏まえた導入促進のための方策を引き続き検討することが適当。 <p>○経営の大規模化・協働化等</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護人材不足への対応や、安定的なサービス提供を可能とする観点からは、介護の経営の大規模化・協働化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用することが重要。 「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」では、デジタルの力を活用しながら、生産年齢人口が減少する中での人手不足の解消や生産性向上等の観点から、介護サービス事業所における管理者の常駐等について見直しの検討が提言されているが、これらも踏まえ、各サービスにおける管理者等の常駐等について、必要な検討を進めることが必要。 <p>○多床室の室料負担</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入については、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等、これまでの本部会における意見を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて、結論を得る必要。56
--	---

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案における介護保険関係の主な改正事項

I. 介護情報基盤の整備<再掲>

- 介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施
 - ▶ 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け
 - ▶ 市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする
 - ※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。

II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化<再掲>

- 介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備
 - ▶ 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け
 - ※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。
 - ▶ 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

III. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

- 介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進
 - ▶ 都道府県に対し、介護サービス事業所・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設 など

IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

- 看多機について、サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める
 - ▶ 看多機のサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化 など

V. 地域包括支援センターの体制整備等

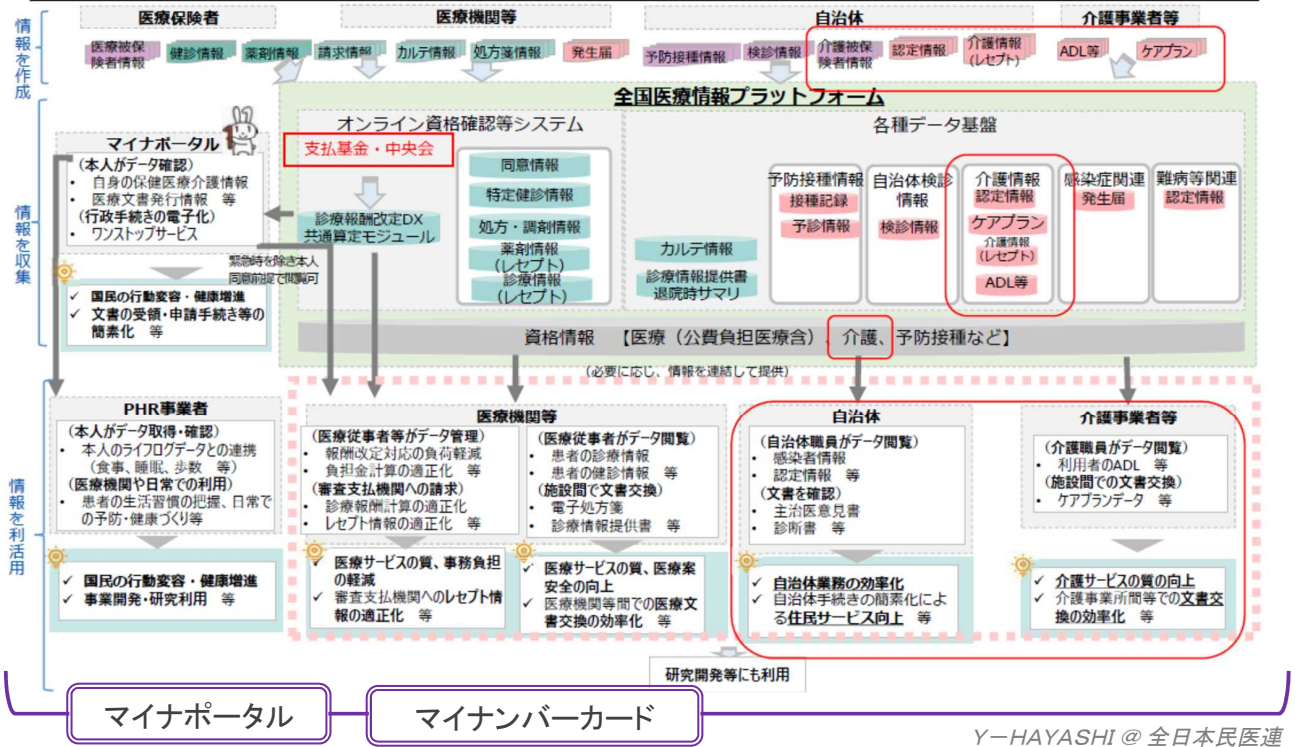
- 地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備
 - ▶ 要支援者を行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする など ²⁵

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

I. 介護情報基盤の整備—全国医療情報プラットフォームの構築 医療DX

○オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報（介護含む）について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要ときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。

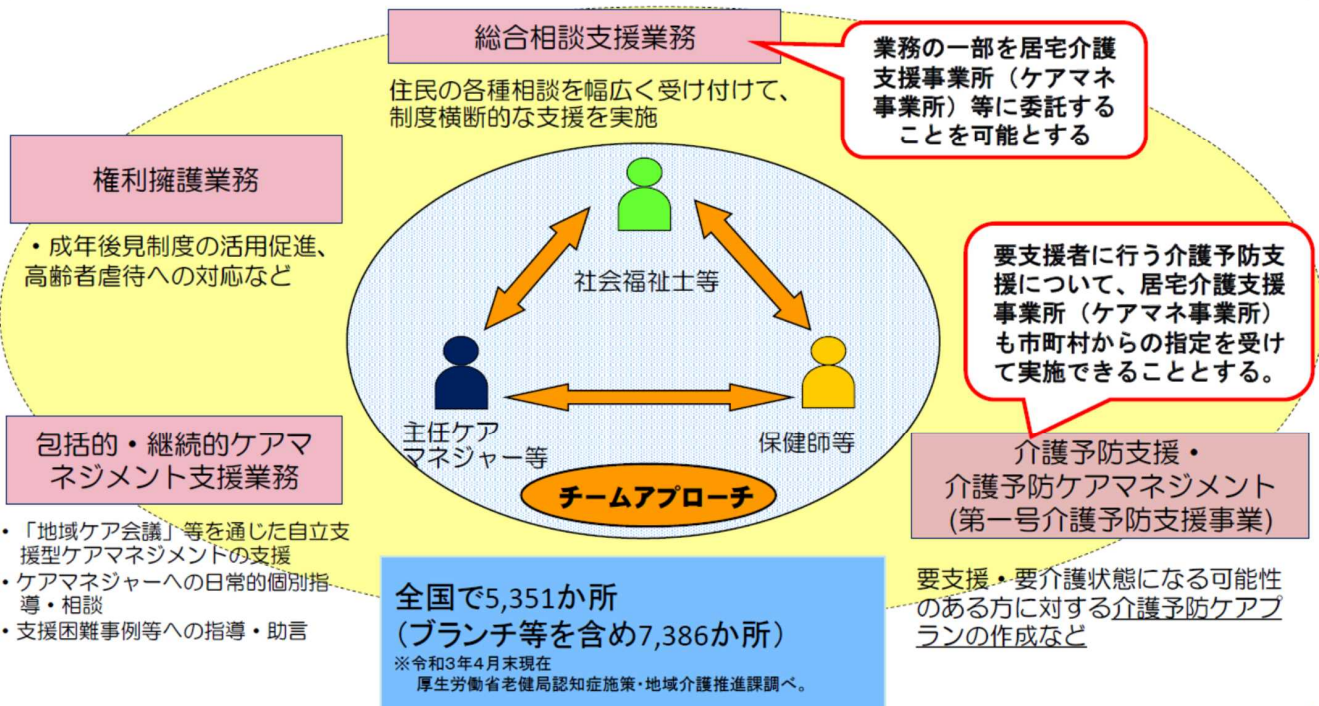
○これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるのと同時に、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

V. 地域包括支援センターの体制整備等

居宅介護支援事業所など地域における既存の資源の効果的な活用・連携を図りながら、介護予防支援（介護予防ケアプランの作成等）や総合相談支援業務など、センターが地域住民への支援をより適切に行う体制の整備を図る。



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「令和6(2024)年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」の開催 (2023年3月～5月)

目的

○ 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業(支援)計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。

○ このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとし、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題に主に関わる委員にて意見交換を行った。

テーマ

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

スケジュール

- 令和5年 3月15日 第1回検討会 開催 テーマ1、2、3
令和5年 4月19日 第2回検討会 開催 テーマ4、5
令和5年 5月18日 第3回検討会 開催 テーマ6、7
※ テーマ8については各テーマ内で議論

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_422054_00002.html

出席者(計14名)	
池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
稲葉 雅之	民間介護事業推進委員会代表委員
江澤 和彦	日本医師会常任理事
小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授 【中央社会保険医療協議会会長】
田中 志子	日本慢性期医療協会常任理事
田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長 【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
田母神 裕美	日本看護協会常任理事
長島 公之	日本医師会常任理事
濱田 和則	日本介護支援専門員協会副会長
林 正純	日本歯科医師会常務理事
東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
古谷 忠之	全国老人福祉施設協議会参与
松本 真人	健康保険組合連合会理事
森 昌平	日本薬剤師会副会長

(五十音順 敬称略)

1

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

[テーマ1] 「地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・ 障害サービスの連携」(3月15日 意見交換会)

1 総論

2 医療・介護・障害サービスの連携

- (1) 医療・介護連携について
- (2) 医療・介護連携に係る評価について
- (3) 在宅医療・介護連携推進事業について
- (4) 医療・介護DXについて
- (5) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携について

3 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- (1) 主治医と介護支援専門員の連携について
- (2) 退院時における医療機関と介護支援専門員の連携
- (3) 多職種連携にも資する適切なケアマネジメント手法について

- 4 高齢者施設・障害者施設等における医療
- 5 認知症
- 6 リハビリテーション・口腔・栄養

} ※ 別途検討

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

総合確保方針の意義・基本的方向性の見直し（案）

【現行】

【見直し案】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

基本的方向性

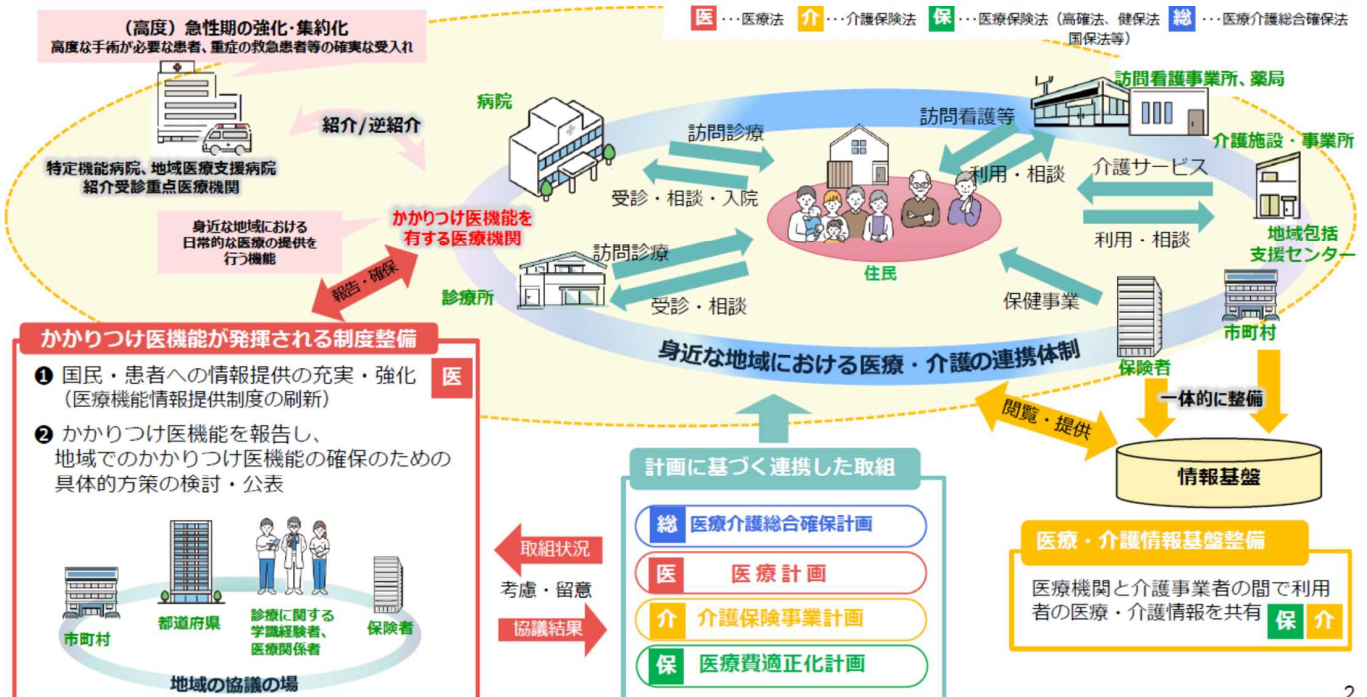
- 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
- 地域の創意工夫を活かせる仕組み
- 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- 情報通信技術（ICT）の活用

基本的方向性

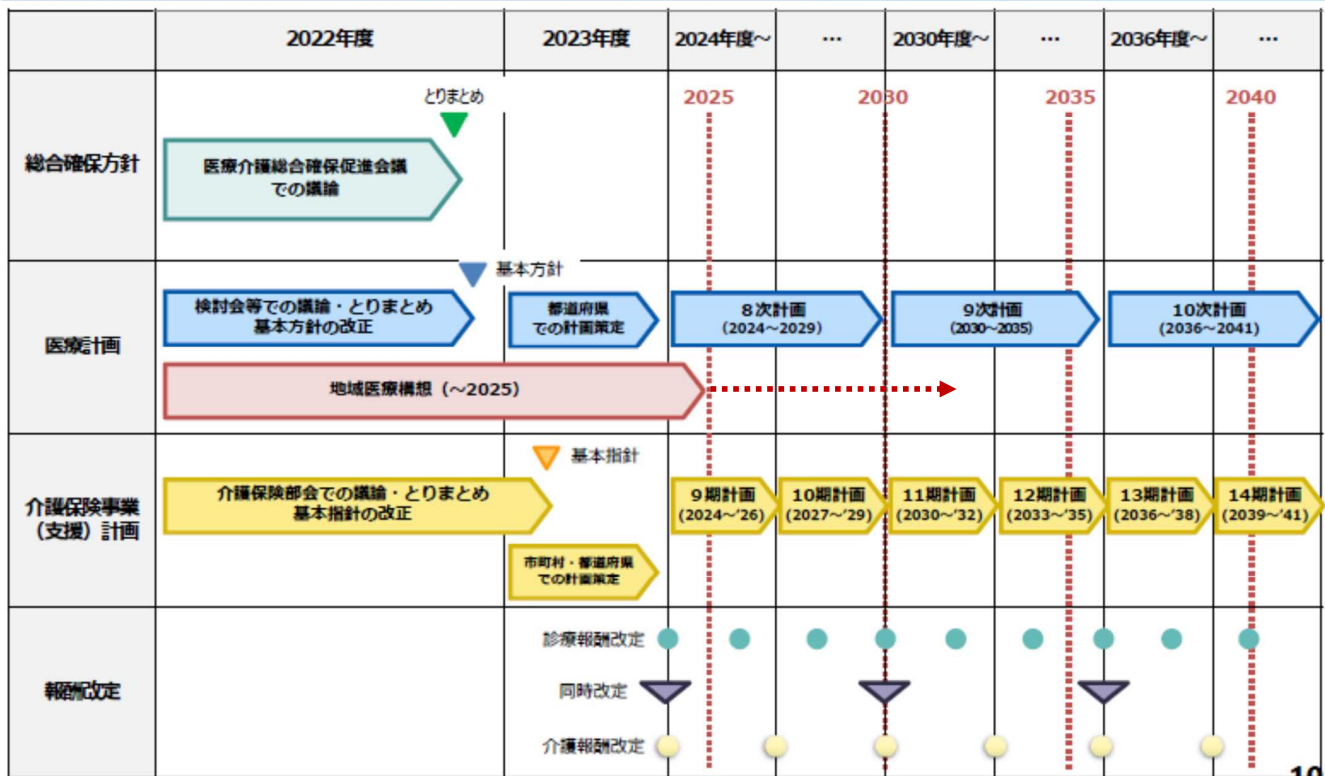
- 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
 - サービス提供人材の確保と働き方改革
 - 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
 - デジタル化・データヘルスの推進
 - 地域共生社会の実現
- （別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



(参考) 今後のスケジュール



介護給付費分科会での審議経過(10月末まで)

- 5月24日(第217回)…今後の検討の進め方について、「分野横断的テーマ」

(個別サービス事業) = 1巡目

- 6月28日(第218回)…地域密着型サービス、意見交換会について
- 7月10日(第219回)…通所系サービス、短期入所
- 7月24日(第220回)…介護保険施設
- 8月7日(第221回)…訪問系サービス、居宅介護支援、福祉用具・住宅改修

(分野横断的テーマ) = 1巡目

- 8月30日(第222回)…① 地域包括ケアシステムの深化推進、
② 自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進
- 9月8日(第223回)…③ 介護人材の確保と介護現場の生産性向上
- 9月15日(第224回)…④ 制度の安定性・持続可能性の確保

- 9月27日(第225回)…関係団体ヒヤリング(1)
- 10月2日(第226回)…関係団体ヒヤリング(2)

- 10月11日(第227回)…「令和6年度介護報酬改定に向けた基本的な視点」

(個別サービス事業) = 2巡目

- 10月23日(第228回)…地域密着型サービス
- 10月26日(第229回)…通所系サービス、短期入所
- ……………

分野横断的テーマ（5月24日）

- I 地域包括ケアシステムの深化・推進
- II 自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進
- III 介護人材の確保と介護現場の生産性向上
- IV 制度の安定性・持続可能性の確保

（2021年度改定）

- ① 感染症や災害への対応力強化
- ② 地域包括ケアシステムの推進
- ③ 自立支援・重度化防止の取組の推進
- ④ 介護人材の確保・介護現場の「革新」
(生産性・質の向上)
- ⑤ 制度の安定性・持続可能性の確保

（2018年度改定）＝前回同時改定

- ① 地域包括ケアシステムの推進
- ② 自立支援・重度化防止に資する質の高いサービスの実現
- ③ 多様な人材の確保と生産性の向上
- ④ 介護サービスの重点化・効率化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

分野横断的テーマの検討項目・論点

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症への対応力強化
- 医療、介護連携
- 人生の最終段階の医療、介護
- 新しい複合型サービス
- 地域の特性に応じたサービスの確保
- 感染症への対応力強化
- 業務継続に向けた取組の強化等

II 自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進

- LIFE
- 口腔・栄養

III 介護人材の確保と介護現場の生産性向上

- 介護人材の処遇改善
- 人配置基準等
- 介護現場の生産性の向上
- 経営の協働化・大規模化
- 外国人介護人材に係る人員配置基準の取扱いについて

IV 制度の安定性・持続可能性の確保

- 報酬体系の簡素化
- 多床室の室料負担

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

複合型サービスの類型新設(1)

主な在宅サービスの概要

- 介護保険サービスは、**介護が必要な高齢者に対し、その自立を支援するために提供するもの。**
- 自宅に住む高齢者に対して提供するサービスとして、主なものは以下のとおり。

居宅サービス

訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	訪問看護	通所リハビリテーション
<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の居宅を訪問し、居宅において、以下を行う。 ① 入浴・排泄・食事等の介護 ② 調理・洗濯・掃除等の家事 ③ 生活等に関する相談及び助言 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を事業所に通わせ、事業所において、以下を行う。 ① 入浴・排泄・食事等の介護 ② 生活等に関する相談及び助言 ③ 健康状態の確認等 ④ 機能訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を施設に短期間入所させ、施設において、以下を行う。 ① 入浴・排泄・食事等の介護 ② 機能訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の居宅を訪問し、居宅において、以下を行う。 ① 療養上の世話 ② 必要な診療の補助 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を事業所に通わせ、事業所において、以下を行う。 ① 心身の機能の維持回復を図るための理学療法、作業療法等

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
<ul style="list-style-type: none"> ○ 日中・夜間を通じて、定期的又は随時に、利用者の居宅において、以下を行う。 ① 入浴・排泄・食事等の介護 ② 調理・洗濯・掃除等の家事 ③ 生活等に関する相談及び助言 ④ 療養上の世話や診療の補助 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 夜間のみ、定期的又は随時に、利用者の居宅において、以下を行う。 ① 入浴・排泄・食事等の介護 ② 生活等に関する相談及び助言 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の居宅を訪問し、又は拠点に通わせ、若しくは拠点に短期間宿泊させ、以下を行う。 ① 入浴・排泄・食事等の介護 ② 調理・洗濯・掃除等の家事 ③ 生活等に関する相談及び助言 ④ 健康状態の確認等 ⑤ 機能訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組み合わせにより一体的に以下を行う。 ① 療養上の世話又は診療の補助 ② 入浴・排泄・食事等の介護 ③ 調理・洗濯・掃除等の家事 ④ 生活等に関する相談及び助言 ⑤ 健康状態の確認等 ⑥ 機能訓練

第222回介護給付費分科会(2023年8月30日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

13

複合型サービスの類型新設(2)

<現状と課題>

- 第8期介護保険事業計画における今後のサービス見込量をみると、在宅介護サービスでは、2020年度が359万人(実績)に対して、2025年度に405万人(13%増)、2040年度には474万人(32%)に増加することが見込まれている。
- 訪問介護の利用者数は年々増加してきており、請求事業所数は令和2年以降微増している。
- 通所介護及び地域密着型通所介護の利用者数は平成31年まで増加してきたが、その後は減少傾向となっており、請求事業所数は平成28年以降ほぼ横ばいとなっている。
- 訪問介護の現状
 - 在宅サービス…2025年13%増、2040年32%増
 - 訪問介護…利用増・事業所微増、通所介護…利用者減少傾向・事業所数横ばい
 - 訪問介護員の有効求人倍率…15.53倍、約8割の事業所で不足感、高齢化
 - 訪問介護の見込み量…2023年109万人、2030年124万人、2040年に134万人
 - 訪問介護利用者のうち、46.7%が通所介護も利用

- ・利用者や家族のニーズに合ったサービスを提供できる。なじみの関係性のある職員が通所でも訪問でも対応可能となる。
- ・通所と訪問で情報の共有がスムーズになる。
- ・介護人材の有効活用の観点から、訪問介護の人材不足対策ともいえる。
- ・ケアマネの位置づけ、報酬のあり方、柔軟に運営できる人員基準など、有効に活用されるような制度設計が必要。
- ・制度の複雑化、ケアプラン変更時の連絡調整の煩雑さ
- ・情報連携をすれば足りる ・必要性が乏しい
- ・訪問介護の多くは小規模事業所、人員基準を満たせるか疑問
- ・訪問と通所はそれぞれ特性があり、簡単どちらもできるものではない
- ・複合化型がなくても両者一緒に運営している事業者は半数以上
- ・根本的なヘルパー不足への対応にはならない

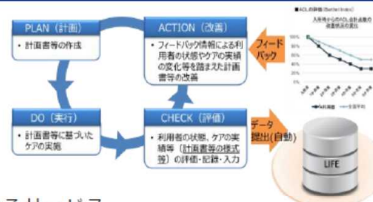
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

科学的介護の推進 科学的介護情報システム(LIFE)

- 介護施設・事業所が、**介護サービス利用者の状態**や、行っている**ケアの計画・内容**などを一定の様式で提出することで、入力内容が集計・分析され、当該施設や利用者に**フィードバック**される情報システム。介護施設・事業所では、提供されたフィードバックを活用し、PDCAサイクルを回すことで、介護の質向上を目指す。
- 令和3年度介護報酬改定において、一部の加算について、LIFEへのデータ提供等を要件とした。

LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- ・ LIFEにより収集・蓄積したデータは、**フィードバック情報としての活用**に加えて、**施策の効果や課題等の把握**、見直しのための分析にも活用される。
- ・ LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、**エビデンスに基づいた質の高い介護の実施**につながる。



(参考) LIFEへのデータの提出を要件としている項目と収集している情報、対象となるサービス

加算の種類	科学的介護推進加算(Ⅰ)(Ⅱ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(B)ロ	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)	褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携業務調整加算	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	栄養アセスメント加算	口腔衛生管理加算(Ⅱ)
収集している情報	ADL卒業の状況、認知症の状況、既往歴、処方箋等	機能訓練の目標、プログラムの内容等	ADL	ADL、IADL、心身の機能、リハビリテーションの目標等			褥瘡の危険因子、褥瘡の状況等		排尿・排便の状況、おむつ使用の状況等	ADL支援実績等	薬剤変更情報等		身長、体重、低栄養リスク、食事摂取量、必要栄養素等		口腔の状態、ケアの目標、ケアの記録等
介護老人福祉施設	○	○	○				○		○	○			○		○
地域密着型介護老人福祉施設	○	○	○				○		○	○			○		○
介護老人保健施設	○			○			○		○	○	○		○		○
介護医療院	○					○	○		○	○		○	○		○
通所介護	○	○	○											○	○
地域密着型通所介護	○	○	○											○	○
認知症対応型通所介護(予防含む)	○	○	○(予防を除く)											○	○
特定施設入居者生活介護(予防含む)	○	○	○(予防を除く)												
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○												
認知症対応型共同生活介護(予防含む)	○														
小規模多機能型居宅介護(予防含む)	○														
習熟小規模多機能型居宅介護	○						○		○					○	○
通所リハビリテーション(予防含む)	○						○(予防を除く)							○	○
訪問リハビリテーション							○(予防を除く)							○	○

第222回介護給付費分科会(2023年8月30日)

33

現状と課題

<現状と課題>

- 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告においては、訪問系サービス等の評価の対象とならないサービスや、居宅サービス全体のケアマネジメントにおけるLIFEの活用を通じた質の評価の在り方等について、今後検討していくべきであるとされている。
- 令和3年度及び令和4年度に実施した調査研究事業において、LIFE関連加算の対象ではない事業所を対象に、実際にLIFEへのデータ提出やフィードバックを行うモデル事業を実施したところ、
 - ・ 統一指標による定期的な評価によってケアの質が担保される
 - ・ 事業所におけるアセスメント方法・項目の見直しのためにLIFEがよいきっかけになるなど、効果を期待する意見があった一方で、
 - ・ 利用者全員を入力する時間を確保するのは難しい
 - ・ 一部項目については場面ごとに状態が異なる可能性がある
 - ・ 共通的な事項等については、サービス事業所間で共有してほしい
 などの課題も指摘されており、評価対象拡大については、さらなる検討が必要である。

<論点>

- LIFEを活用した介護事業所におけるPDCAサイクル推進に向けた取組を推進するため、質の高いフィードバックに資する情報収集及びLIFEへの入力負担の軽減を図る観点から、どのような方策が考えられるか。
- 自立支援・重度化防止に資するサービスの提供を推進していく観点から、アウトカムの視点も含めた評価のあり方、対象となるサービスの範囲についてどう考えるか。

40

総合的な介護人材確保対策（主な取組）

介護職員の処遇改善	<ul style="list-style-type: none"> ○ リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指し、総額2000億円(年)を活用し、経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を2019年10月より実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護職員について、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置を、2022年2月から実施 ※ 令和3年度介護報酬改定では、介護職員の人材確保・処遇改善等にも配慮し、改定率を+0.70%とするとともに、更なる処遇改善について、介護職員間の配分ルールの柔軟化を実施。
多様な人材の確保・育成	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護福祉士修学資金貸付、再就職準備金貸付による支援 ○ 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後の体験支援、マッチングまでを一体的に支援 ○ ボランティアポイントを活用した介護分野での就労的活動の推進 ○ 多様な人材層の参入促進、介護助手等の普及促進 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 他業種からの参入促進のため、キャリアコンサルティングや、介護・障害福祉分野の職業訓練枠の拡充のため、訓練に職場見学・職場体験を組み込むことを要件に、訓練委託費等の上乗せ、訓練修了者への返済免除付きの就職支援金の貸付を実施 ○ 福祉系高校に通う学生に対する返済免除付きの修学資金の貸付を実施 ○ 介護施設等における防災リーダーの養成
離職防止 定着促進 生産性向上	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護ロボット・ICT等テクノロジーの活用推進 ○ 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援 ○ キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生産性向上ガイドラインの普及 ○ 悩み相談窓口の設置、若手職員の交流推進 ○ ウィズコロナに対応したオンライン研修の導入支援、介護助手としての就労や副業・兼業等の多様な働き方を実践するモデル事業の実施
介護職の魅力向上	<ul style="list-style-type: none"> ○ 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 民間事業者によるイベント、テレビ、SNSを活かした取組等を通じて全国に向けた発信を行い、介護の仕事の社会的評価の向上を図るとともに、各地域の就職相談のできる場所や活用できる支援施策等の周知を実施
外国人材の受入れ環境整備	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護福祉士を目指す留学生等の支援(介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「特定技能」等外国人介護人材の受入環境整備(現地説明会等による日本の介護のPR、介護技能向上のための集合研修、介護の日本語学習支援、介護業務等の相談支援・巡回訪問の実施等) ○ 特定技能の受入見込数を踏まえ、試験の合格者見込数を拡充するとともに、試験の開催国を拡充

第223回介護給付費分科会(2023年9月8日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

6

厚労省「介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ」(2022年12月) 「生産性向上を通じた待遇改善」

(1) 総合的・横断的な支援の実施

- ① 介護現場革新のワンストップ窓口の設置
- ② 介護ロボット・ICT 機器の導入支援)

(2) 事業者の意識変革

- ③ 優良事業者・職員の表彰等を通じた好事例の普及促進
- ④ 介護サービス事業者の経営の見える化

(3) テクノロジーの導入促進と業務効率化

- ⑤ 福祉用具、在宅介護におけるテクノロジーの導入・活用促進
- ⑥ 生産性向上に向けた処遇改善加算の見直し
- ⑦ 職員配置基準の柔軟化の検討
- ⑧ 介護行政手続の原則デジタル化

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

厚労省「介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ」(2022年12月) 「生産性向上を通じた待遇改善」

(1) 総合的・横断的な支援の実施

- ① 介護現場革新のワンストップ窓口の設置
- ② 介護ロボット・ICT 機器の導入支援)

(2) 事業者の意識変革

- ③ 優良事業者・職員の表彰等を通じた好事例の普及促進
- ④ 介護サービス事業者の経営の見える化

(3) テクノロジーの導入促進と業務効率化

- ⑤ 福祉用具、在宅介護におけるテクノロジーの導入・活用促進
- ⑥ 生産性向上に向けた処遇改善加算の見直し
- ⑦ 職員配置基準の柔軟化の検討
- ⑧ 介護行政手続の原則デジタル化

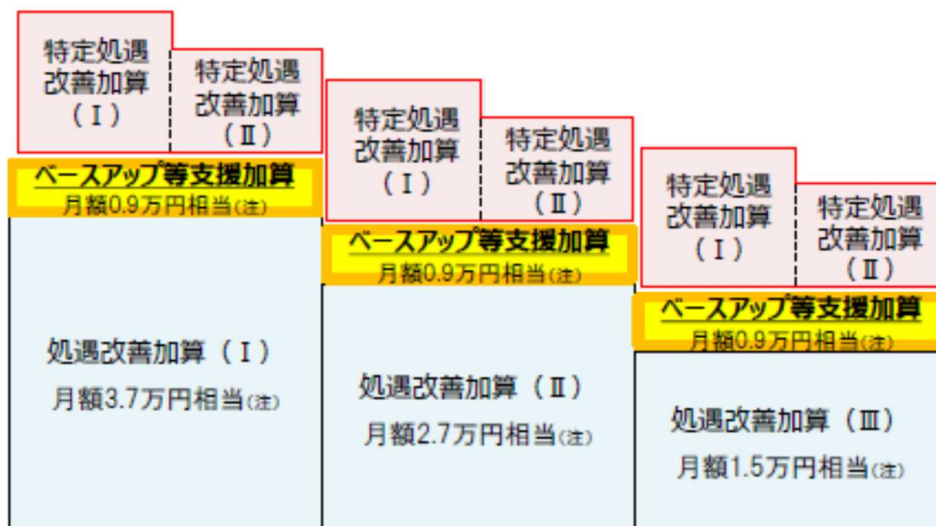
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

生産性向上に向けた処遇改善加算の見直し

介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ（令和4年12月）（抜粋）

⑥ 生産性向上に向けた処遇改善加算の見直し

- 現在、処遇改善に関する加算が3本立てとなっており、事務負担が大きいとの声が多い。これらの事務手続や添付書類の簡素化を進めるとともに、加算制度の一本化について検討を進める。また、処遇改善加算等の取得要件である職場環境等の要件について、生産性の観点から見直しを検討する。
- なお、処遇改善に関する加算を未だ取得していない事業所も一定程度存在することから、こうした事業所における給与体系の構築等も含め、社会保険労務士等による個別相談等を行い、着実な取得率の向上を図る。



〔注：事業所の総報酬に加算率（サービス毎の介護職員数を踏まえて設定）を乗じた額を交付。〕

職員配置基準の柔軟化の検討

規制改革実施計画(令和4年6月7日閣議決定) 抜粋

特定施設(介護付き有料老人ホーム)等における人員配置基準の特例的な柔軟化

- 厚生労働省は、ビッグデータ解析、センサーなどのICT技術の最大活用、介護補助職員の活用等を行う先進的な特定施設(介護付き有料老人ホーム)等において実証事業を実施し、現行の人員配置基準より少ない人員配置であっても、介護の質が確保され、かつ、介護職員の負担が軽減されるかに関する検証を行う。
- 厚生労働省は、当該検証の結果を踏まえ、先進的な取組を行うなど一定の要件を満たす高齢者施設における人員配置基準の特例的な柔軟化の可否について、社会保障審議会介護給付費分科会の意見を聴き、論点を整理する。
- 厚生労働省は、当該論点整理を踏まえ、同分科会の意見を聴き、当該特例的な柔軟化の可否を含めた内容に関する所要の検討を行い、結論を得次第速やかに必要な措置を講ずる。

(前段) 令和4年度措置

(中段) 令和4年度目途措置

(後段) 遅くとも令和5年度結論・措置

介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ(令和4年12月23日) 抜粋

- 介護施設や在宅介護におけるこれらの機器の導入・活用について、介護報酬などでの評価のあり方について検討する。

第223回介護給付費分科会(2023年9月8日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

4.(2)① 見守り機器等を導入した場合の夜勤職員配置加算の見直し

概要	【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護】			
○ 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護の夜勤職員配置加算について、令和2年度に実施した介護ロボットの導入効果に関する実証結果を踏まえつつ、職員の負担軽減や職員毎の効率化のばらつきに配慮して、見守り機器やインカム等のICTを導入する場合の更なる評価を行う。【告示改正】				
単位数	○ 変更なし ※ 指定介護老人福祉施設における夜勤職員配置加算			
	(Ⅰ)イ 2.2単位/日 従来型 (入所定員30人以上50人以下)	(Ⅰ)ロ 1.3単位/日 従来型 (定員51人以上又は経過的小規模)	(Ⅱ)イ 2.7単位/日 ユニット型 (定員30人以上50人以下)	(Ⅱ)ロ 1.8単位/日 ユニット型 (定員51人以上又は経過的小規模)
算定要件等	○ 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護における夜勤職員配置加算の人員配置要件について、以下のとおり見直しを行う。 ① 現行の0.9人配置要件の見守り機器の導入割合の要件を緩和する。(現行15%を10%とする。) ② 新たに0.6人配置要件を新設する。			
最低基準に加えて配置する人員	①現行要件の緩和(0.9人配置要件) 0.9人(現行維持)	②新設要件(0.6人配置要件) (ユニット型の場合)0.6人(新規) (従来型の場合)※人員基準緩和を適用する場合は併給調整 ① 人員基準緩和を適用する場合0.8人(新規) ② ①を適用しない場合(利用者数25名以下の場合等)0.6人(新規)		
見守り機器の入所者に占める導入割合	10% (緩和・経過15%→経過後10%)	100%		
その他の要件	安全かつ有効活用するための委員会の設置 (現行維持)	・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること ・安全体制を確保していること(※)		
○ ②の0.6人配置要件については、見守り機器やICT導入後、右記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会(具体的要件①)において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。	※安全体制の確保の具体的な要件 ①利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会を設置 ②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮 ③機器の不具合の定期チェックの実施(メーカーとの連携を含む) ④職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施 ⑤夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施			

第223回介護給付費分科会(2023年9月8日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

4.(2)② 見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和

概要	【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護★】																					
○ 介護老人福祉施設等の夜間の人員配置基準について、令和2年度に実施した介護ロボットの導入効果に関する実証結果を踏まえつつ、職員の負担軽減や職員毎の効率化のばらつきに配慮して、見守り機器やインカム等のICTを導入する場合の従来型における夜間の人員配置基準を緩和する。【告示改正】																						
算定要件等	※併設型短期入所生活介護（従来型）も同様の改定																					
○ 介護老人福祉施設（従来型）の夜間の人員配置基準の緩和にあたっては、利用者数の狭間で急激に職員人員体制の変更が生じないように配慮して、現行の配置人員数が2人以上に限り、1日あたりの配置人員数として、常勤換算方式による配置要件に変更する。ただし、配置人員数は常時1人以上（利用者数が61人以上の場合は常時2人以上）配置することとする。																						
	<table border="1"> <caption>現行</caption> <tr><td>利用者数25以下</td><td>1人以上</td></tr> <tr><td>利用者数26～60</td><td>2人以上</td></tr> <tr><td>利用者数61～80</td><td>3人以上</td></tr> <tr><td>利用者数81～100</td><td>4人以上</td></tr> <tr><td>利用者数101以上</td><td>4に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上</td></tr> </table>	利用者数25以下	1人以上	利用者数26～60	2人以上	利用者数61～80	3人以上	利用者数81～100	4人以上	利用者数101以上	4に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上	<table border="1"> <caption>見直し案</caption> <tr><td>利用者数25以下</td><td>1人以上</td></tr> <tr><td>利用者数26～60</td><td>1.6人以上</td></tr> <tr><td>利用者数61～80</td><td>2.4人以上</td></tr> <tr><td>利用者数81～100</td><td>3.2人以上</td></tr> <tr><td>利用者数101以上</td><td>3.2に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに0.8を加えて得た数以上</td></tr> </table>	利用者数25以下	1人以上	利用者数26～60	1.6人以上	利用者数61～80	2.4人以上	利用者数81～100	3.2人以上	利用者数101以上	3.2に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに0.8を加えて得た数以上
利用者数25以下	1人以上																					
利用者数26～60	2人以上																					
利用者数61～80	3人以上																					
利用者数81～100	4人以上																					
利用者数101以上	4に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上																					
利用者数25以下	1人以上																					
利用者数26～60	1.6人以上																					
利用者数61～80	2.4人以上																					
利用者数81～100	3.2人以上																					
利用者数101以上	3.2に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに0.8を加えて得た数以上																					
(要件)	<ul style="list-style-type: none"> 施設内の全床に見守り機器を導入していること 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること 安全体制を確保していること（※） 																					
	<p>※安全体制の確保の具体的な要件</p> <ul style="list-style-type: none"> ①利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会を設置 ②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮 ③緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集委員の確保等） ④機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む） ⑤職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施 ⑥夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施 																					
○ 見守り機器やICT導入後、上記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的な要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。																						

10

第223回介護給付費分科会(2023年9月8日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬の基本報酬と加算について

○ 介護報酬の加算やサービスコード数は、介護保険制度施行当初と比べて、増加している。

【基本報酬と加算・減算の構造】

分類	出来高報酬			包括報酬		
	提供時間別	提供時間別×要介護度別	要介護度別	要介護度別	—	
算定構造	<p>基本サービス費</p> <p>20分未満 20分以上30分未満 30分以上1時間未満 1時間以上</p> <p>(要介護度に関わらず共通)</p> <p>各種加算・減算</p>	<p>基本サービス費</p> <p>5時間以上 6時間以上</p> <p>要介護1 ~ 要介護5</p> <p>各種加算・減算</p>	<p>基本サービス費</p> <p>要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5</p> <p>各種加算・減算</p>	<p>基本サービス費</p> <p>要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5</p> <p>各種加算・減算</p>	<p>基本サービス費</p> <p>要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5</p> <p>(要介護度に関わらず共通)</p> <p>各種加算・減算</p>	<p>基本サービス費</p> <p>各種加算・減算</p>
算定単位	1回あたり	1回あたり	1日あたり	1月あたり	1月あたり	
主なサービス	訪問介護、訪問看護	通所介護、通所リハ	短期入所、認知症GH、特養	定期巡回、小多機、常多機	療養通所	

【加算の種類の変化】

	平成12年(当初)	令和5年(現行)
訪問介護	3種類	22種類
通所介護	5種類	31種類
認知症GH	1種類	31種類
介護老人福祉施設	8種類	65種類
介護老人保健施設	8種類	71種類

※同一の加算で複数の区分があるものはそれぞれ計上。特定治療費・特別療養費を除く。

【サービスコード数の変化】

	平成12年(当初)	令和5年(現行)
介護給付	居宅	1,173
	居宅介護支援	6
	施設	581
	地域密着	—
予防給付	—	3,010
合計	1,760	21,884

※特定入所者介護サービス費を含む。

○加算の算定状況

- 令和4年度～令和5年度(R3.4～R5.3サービス提供分)の平均算定率が80%を超える加算は、12種類(延べ54種類)
- 令和5年度(R4.4～R5.3サービス提供分)に算定がない加算は、20種類(延べ194種類)

※加算の種類数について、介護療養型医療施設(短期療養含む)及び総合事業を除く。
※延べ加算種類数は、横断的な加算についてサービスごとにカウントしたものを示す。

3

第224回介護給付費分科会(2023年9月15日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

各種加算の算定状況①(2か年平均算定率80%以上)

○ 令和3年度から令和4年度の平均算定率が80%を超える加算は12種類(延べ54種類)となっている。

○初回(初期)、送迎、入浴関係			○看護、リハ、栄養関係			○夜勤、連携関係		
加算	サービス種類	算定率	加算	サービス種類	算定率	加算	サービス種類	算定率
初回加算	介護予防支援	86.7%	緊急時訪問看護加算1	訪問看護	81.5%	夜勤職員配置加算	予防短期入所療養介護(老健)	89.7%
初期加算	介護老人保健施設	97.8%	短期集中リハビリテーション実施加算	介護老人保健施設	90.5%		短期入所療養介護(老健)	88.8%
	介護老人福祉施設	88.0%	運動機能向上加算	予防通所リハビリテーション	89.5%		介護老人保健施設	87.5%
送迎加算	短期入所生活介護	93.1%	個別リハビリテーション実施加算	短期入所療養介護(老健)	91.9%	医療連携体制加算I	認知症対応型共同生活介護	80.0%
	短期入所療養介護(老健)	91.8%	療養食加算	介護老人保健施設	92.9%	医療機関連携加算	予防特定施設入居者生活介護	81.0%
	予防短期入所生活介護	87.8%		介護医療院	84.4%	総合マネジメント体制強化加算	看護小規模多機能型居宅介護	90.9%
入浴介助加算1	認知症対応型通所介護	95.0%					定期巡回・随時対応型訪問介護看護	90.6%
	通所介護	91.7%					予防小規模多機能型居宅介護	89.9%
							小規模多機能型居宅介護	89.8%

○認知症関係		
加算	サービス種類	算定率
認知症加算I	小規模多機能型居宅介護	92.1%
	看護小規模多機能型居宅介護	89.4%

【出典】介護保険総合データベース(令和3年5月審査分から令和5年4月審査分の各月の平均算定率を老健局老人保健課において算出)

(注1)「算定率」は、各加算の請求事業所数÷総事業所数により算出。
(注2)「算定率80%以上の加算」には、上記のほか、介護職員処遇改善加算がある。

第224回介護給付費分科会(2023年9月15日)

4

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

各種加算の算定状況②(算定実績なし、年間平均算定率1%未満)

○ 令和4年度に算定がない加算は、20種類(延べ194種類)となっている。
○ また、上記以外で令和4年度の平均算定率が1%未満(1月あたりの算定事業所数が平均9事業所以下であるものに限る。)の加算は、41種類(延べ175種類)となっている。

年間算定実績なし(20種類(延べ194種類))

○認知症関係		○体制加算関係	
加算名	該当サービス等	加算名	該当サービス等
若年性認知症利用者(入居者)受入加算	短期療養(Ⅱ2・Ⅱ3)、予防短期療養(Ⅱ2)、予防短期生活特定(短期)、地密特定(短期)、予防GH(短期)	夜間勤務等看護加算	短期療養(Ⅱ1・Ⅱ2)、予防短期療養(Ⅱ1・Ⅱ2)
重症認知症患者療養体制加算	短期療養(Ⅱ1・Ⅱ2・Ⅱ3)	夜勤職員配置加算	地密特定(Ⅱ3・Ⅱ4・Ⅱ5)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	短期療養(Ⅱ)、予防短期療養(Ⅱ)、地密特定、老健、予防小多機(短期)	夜間支援体制加算	予防GH(短期I)
認知症専門ケア加算	訪問介護(Ⅰ)、短期入所(Ⅰ・Ⅱ)、予防短期入浴(Ⅰ・Ⅱ)、夜間訪問(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)、短期療養(Ⅱ)、予防短期療養(Ⅱ・Ⅲ)、地密特定(Ⅱ)	生活相談員配置等加算	予防短期生活
		障害者生活支援体制加算	地密特定(Ⅱ)
		サービス提供体制強化加算	夜間訪問(Ⅱ3)

○リハ、口腔、栄養関係

加算名	該当サービス等
生活機能向上連携加算	小多機(短期Ⅱ)、予防小多機(短期Ⅰ・Ⅱ)、予防GH(短期Ⅰ・Ⅱ)
個別機能訓練加算	予防特定(外部・通所/通リハ/認知症通所)
栄養改善加算	予防特定(外部・通所/通リハ/認知症通所)
口腔機能向上加算	予防特定(外部・通所/通リハ/認知症通所)

○認知症関係

加算名	該当サービス等
若年性認知症利用者(入居者)受入加算	予防特定・地密特定・GH(短期)、予防GH、予防通所リハ、予防認知症通所、予防小多機
重症認知症患者療養体制加算	医療院(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	短期生活、予防短期生活、短期療養(Ⅱ)、予防短期療養(Ⅱ)、特養老健(1)、医療院
認知症専門ケア加算	訪問介護(Ⅰ)、予防短期生活(Ⅰ・Ⅱ)、予防短期療養(Ⅱ・Ⅲ)、特定(Ⅱ)、予防特定(Ⅰ・Ⅱ)、予防GH(Ⅱ)、医療院(Ⅱ)、定期巡回(Ⅰ・Ⅱ)

月間算定率の平均が1%未満(算定事業所数月平均9以下のもの)(41種類(延べ175種類))

○リハ、口腔、栄養関係		○在宅復帰、退院時支援関係	
加算名	該当サービス等	加算名	該当サービス等
生活機能向上連携加算	通所・短期生活・予防短期生活・特定・予防特定・地密特定・GH(短期)、予防GH、特養・地密特定、小多機(短期)、予防認知症通所、定期巡回、地密通所 ※全て加算I	在宅中重度者受入加算	短期生活(イ・ロ・ハ)
運動機能向上加算	予防特定(外部・通所/通リハ)	在宅・入所相互利用加算	特養、地密特定
口腔、栄養スクリーニング加算	予防認知症通所(Ⅱ)	退所前(後)訪問相談援助加算	特養、地密特定
栄養改善加算	予防認知症通所、重多機	退所(時)時相談援助加算	予防GH、特養、地密特定
再入所時栄養連携加算	地密特定、医療院	退所後訪問指導加算	医療院
ゆせつ支援加算	重多機(Ⅲ)	在宅復帰支援機能加算	特養、地密特定、老健
		退所前連携加算	地密特定
		地域連携診療計画情報提供加算	老健(2)
		認知症情報提供加算	老健

○体制加算関係

加算名	該当サービス等
常勤医師配置加算	地密特定
看護体制加算	地密特定(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)
夜間勤務等看護加算	医療院(Ⅰ・Ⅱ)
夜勤職員配置加算	地密特定
療養体制維持加算	短期療養(Ⅱ)、予防短期療養(Ⅱ・Ⅲ)
生活相談員配置等加算	短期生活、地密通所
サービス提供体制強化加算	夜間訪問(Ⅰ3・Ⅱ2)
障害者生活支援体制加算	特養(Ⅱ)、地密特定(Ⅰ)

○その他

加算名	該当サービス等
小規模施設集合型施設加算	地密特定
重症療養管理加算	短期療養(Ⅱ2)
総合医学管理加算	予防短期療養(Ⅱ)
準ユニットケア加算	地密特定
看護リ介護加算	地密特定(Ⅱ1・Ⅱ2・Ⅱ3・Ⅱ4)
入居継続支援加算	地密特定(Ⅱ)

【出典】介護保険総合データベース(令和4年5月審査分から令和5年4月審査分の各月の算定率・事業所数の平均を老健局老人保健課において算出)

(注1) 数字は令和3年度決定で割除等。
(注2) サービスごとに、該当する加算区分を「該当サービス等」の列に(Ⅰ)や(Ⅱ)等の形で記載。また、括弧内の数字は、それぞれ次の略「健」…老人保健施設、「院」…介護医療院。
(注3) 「年間算定実績なし」又は「月間算定率平均1%未満」の加算には、上記のほか、特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、介護職員処遇改善加算、市町村独自加算、選択的サービス複数施設加算がある。
(注4) 加算の種類等については、介護療養型医療施設(短期療養含む)及び総合事業を除く。

第224回介護給付費分科会(2023年9月15日)

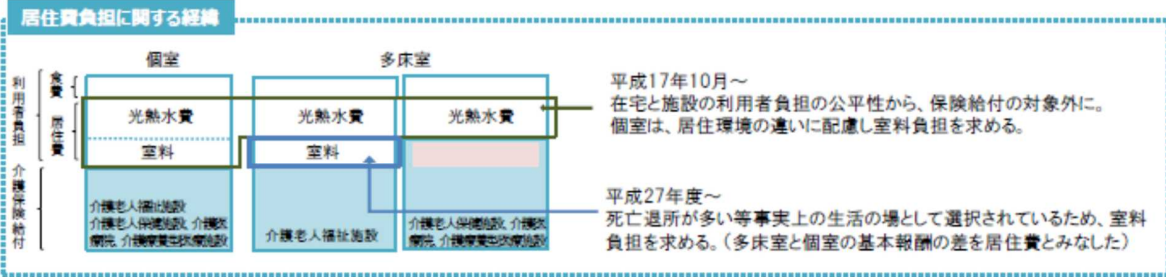
5

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

多床室の室料負担の経緯と現状

「介護保険制度の見直しに関する意見」参考資料
(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会)

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等における居住費については、平成17年10月より、**在宅と施設の利用者負担の公平性の観点**から、保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じ、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を居住費として負担することとされた。
その際、低所得者については、負担軽減を図る観点から、所得段階等に応じた負担限度額を設定し、限度額を超えた分については、補足給付として特定入所者介護サービス費を支給することとした。
- また、平成27年度からは介護老人福祉施設について、死亡退所も多い等**事実上の生活の場として選択されていること**から、一定程度の所得を有する在宅で生活する者との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者から、居住費（室料）の負担を求めることとした。（利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととした。）



介護保険施設の概要

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設(令和5年度末まで)
概要	生活施設	リハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す在宅療養支援を行う施設	要介護者の長期療養・生活施設	長期療養を必要とする者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供する施設
設置根拠	老人福祉法(老人福祉施設)	介護保険法(介護老人保健施設)	介護保険法(介護医療院)	介護保険法(介護療養型医療施設) 医療法(病院・診療所)
面積(1人当たり)	10.65㎡以上	8.0㎡以上 <small>介護療養型は入所者数に準じて4.4㎡以上可</small>	8.0㎡以上	介護療養型まで6.4㎡以上可

第224回介護給付費分科会(2023年9月15日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

令和6年度介護報酬改定に向けた基本的な視点(案)概要

社保審-介護給付費分科会

改定に当たっての基本的認識

第227回 (R5.10.11)

資料2-1

- 2040年を展望すると、認知症の高齢者や単身高齢者の増加など介護ニーズが増大・多様化し、地域ごとに異なる形で進行。地域ごとの特性や実情に応じ、**地域包括ケアシステムを深化・推進**させていくことが必要。また、医療、介護の複合ニーズを抱える方への対応、感染症や災害への対応力強化、介護現場における安全性の確保、認知症施策の推進も重要な課題。
- 高齢者の要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう、これまで、多職種連携、アウトカム評価、科学的介護の推進を図ってきた。こうした取組も踏まえながら、質の高い、**自立支援・重度化防止**に資するサービスの提供を引き続き推進していくことが必要。
- 近年、物価高騰や他業種の賃金上げが進み、介護分野からの人材流出も見られる中、今後、更に現役世代の減少が急速に進むことも想定されており、良質なサービスを確保しつつ、人材不足に対応することが喫緊の課題。適切な処遇を確保しつつ、介護サービスの質の向上を図るため、**働きやすい職場環境づくりや柔軟なサービス提供の推進**などの総合的な人材確保の取組が必要。
- 介護に要する費用は増加。必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図り、**制度の安定性・持続可能性**を高めていくことが必要。

介護報酬改定に向けた基本的な視点

①地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進
 - ・医療・介護連携による医療ニーズの高い方や看取りへの対応
 - ・感染症や災害への対応
 - ・高齢者虐待防止等の取組
 - ・認知症への対応

②自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用を推進
 - ・リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組
 - ・LIFEを活用した質の高い介護

③良質な介護サービスの確保に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進
 - ・介護ロボット・ICT等やいわゆる介護助手の活用によるサービスの質の向上と業務負担の軽減
 - ・経営の協働化等や、テレワークなどの柔軟な働き方・サービス提供に関する取組

④制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築
 - ・評価の適正化・重点化
 - ・報酬体系の整理・簡素化

⇒ 2巡目審議開始

第227回介護給付費分科会(2023年10月11日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

訪問介護の現状と課題

- サービスの提供量を確保するためには、これを担う訪問介護員等の確保が必要となるが、有効求人倍率は15.53倍となっており、約8割の事業所が訪問介護員の不足を感じている。
- 訪問介護員の平均年齢は54.4歳で、65歳以上の構成割合が約25%となっている。
- 令和3年度介護報酬改定では、主に以下の措置を実施したところである。
 - ① 看取り期における対応の充実と適切な評価を図る観点から、看取り期には頻回の訪問介護が必要とされるとともに、柔軟な対応が求められることを踏まえ、訪問介護に係る2時間ルールの運用を弾力化し、2時間未満の間隔で訪問介護が行われた場合に、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。
 - ② 通院等乗降介助について、利用者の身体的・経済的負担の軽減や利便性の向上の観点から、目的地が複数ある場合であっても、居宅が始点又は終点となる場合には、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助に関しても、同一の事業所が行うことを条件に、算定可能とする。
 - ③ 訪問介護の特定事業所加算について、事業所を適切に評価する観点から、訪問介護以外のサービスにおける類似の加算であるサービス提供体制強化加算の見直しも踏まえて、勤続年数が一定期間以上の職員の割合を要件とする新たな区分を設ける。

42

<論点>

- 訪問介護について、介護サービスの需要が増加する一方で、訪問介護員の不足感が強い状況である中、利用者の状態に応じて必要となるサービスを安定的に提供するために、どのような方策が考えられるか。

第220回介護給付費分科会(2023年7月24日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

訪問看護の現状と課題

- これまでの介護報酬改定においては、主に以下の改定を行ってきたところである。
 - ・平成27年度改定では、在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の評価
 - ・平成30年度改定では、医療ニーズへの対応の強化、ターミナルケアの充実等
 - ・令和3年度改定では、在宅サービスの機能と連携の強化、訪問看護の機能強化、会議や多職種連携におけるICT活用
- 看護職員数(常勤換算)が5人以上の訪問看護ステーションが増加傾向にある。
- 訪問看護ステーションの従事者数は、看護職員数が増加している一方、従事者に占めるリハビリテーション職等の看護職員以外の職員の割合も増加している。
- 訪問看護における医療処置の実施件数は「じょく瘡の予防」、「緊急時の対応」、「じょく瘡以外の創傷部の処置」等の増加が顕著であり、創傷管理や排泄ケア、緊急時の対応等の必要性が高まっている。

<現状と課題>

- 退院時共同指導加算の算定状況は令和3年、4年に大幅に減少している。
- また、医療ニーズの高い在宅療養者の増加を背景に、特別管理加算、ターミナルケア加算、緊急時訪問看護加算等の加算についても年々増加していることから、より専門性の高いケアを要する者の療養生活を支えるサービスとしての機能が求められている。

<論点>

- 医療ニーズの高い在宅療養者が増加している中、退院直後からの支援、緊急時対応、ターミナルケア等について、より質の高い訪問看護サービスを効果的・効率的に提供するためにはどのような方策が考えられるか。

第220回介護給付費分科会(2023年7月24日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

居宅介護支援・介護予防支援の現状と課題及び論点

<現状と課題(続き)>

- 前回の令和3年度介護報酬改定では、
 - ・ 質の高いケアマネジメントの推進、公正中立性の確保等を図る観点から、ア 特定事業所加算について、多様な主体等が提供する生活支援サービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していることを要件として求める
 - イ 事業者には、前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合等について利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することを求める
 - ・ 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、一定のICT(AIを含む)の活用又は事務職員の配置を行っている事業所については、逡減制の適用を緩和
 - ・ 介護予防支援について、地域包括支援センターが外部委託を行いやすい環境の整備を進める観点から、委託時における、居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を評価する新たな加算を創設等を行ったところ。
- さらに、本年5月に成立した全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律においては、居宅介護支援事業所も市町村から介護予防支援の指定を受けて実施可能とする見直しが行われた。

<論点>

- 今後、高齢者人口の更なる増加や現役世代の減少に伴う担い手不足が見込まれ、多様な利用者のニーズへの対応が求められる中、業務効率化等の取組による働く環境の改善等を図るとともに、ケアマネジメントの質を向上させていくために、どのような方策が考えられるか。

第220回介護給付費分科会(2023年7月24日)

49

介護老人福祉施設の現状と課題

- 前回の令和3年度介護報酬改定では、主に以下を実施したところである。
 - ① 特別養護老人ホームにおける中重度者や看取りへの対応の充実
 - ② 個室ユニット型施設の設備・勤務態勢の見直し
 - ③ 事業所を併設する場合等の人員配置基準の見直し

<現状と課題>

- 配置医師数は全体で「1人」が約67%と最も多く、1施設あたりの配置医師の平均人数(実人数)は1.5人である。配置医師の雇用形態は「雇用契約(嘱託等)」が約63%であり、配置医師の平均年齢は約63歳である。常勤の看護職員数(実人員)は、「4~6人未満」が最も多く約32%であり、平均は4.2人である。
- 配置医師が施設内に不在の際の急変等の対応として、「配置医師によるオンコール対応」が最も多く(平日・日中で約63%、平日・日中以外で約38%)、次に多いのは「原則、救急搬送」となっている(平日・日中で約26%、平日・日中以外で約38%)。また、約93%の特養が配置医師緊急時対応加算を申請しておらず、その理由としては、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができない」、「緊急の場合はすべて救急搬送している」があげられた。夜間の看護体制は、「通常、施設の看護職員がオンコールで対応」が約88%と大半を占めている。
- 小規模老人福祉施設(定員30人)の収支差率は令和元年が0.4%、令和2年が1.9%、令和3年が1.3%と推移している。令和3年における地域密着型特養(定員29人以下)の収支差率は1.2%、定員31~50人の広域型特養は-0.5%となっている。

<論点>

- 介護老人福祉施設について、今後も中重度の高齢者が増加することが見込まれる中、入所者のニーズにこたえ、安定的にサービスを提供するために、どのような方策が考えられるか。
- 小規模介護福祉施設等の基本報酬に関し、通常の基本報酬との統合に向けて引き続き検討していくべきとされていることについて、どのように対応することが適切か。

第221回介護給付費分科会(2023年8月7日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護老人保健施設の現状と課題

- 前回の令和3年度介護報酬改定では、主に以下を実施した。
 - ①介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実
 - ②介護老人保健施設における看取りへの対応の充実
 - ③退所前連携加算の見直し
 - ④所定疾患施設療養費の見直し
 - ⑤かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し
 - ⑥リハビリテーションマネジメント等の見直し

<現状と課題>

- 老健におけるリハビリテーションについて、老健入所直後は、集中的なリハビリテーションにより比較的大きくADLが改善することが示されている。様々な評価指標が使用されている中、評価指標の設定を含め、老健において効果的なリハビリテーションが更に促進されるよう検討を行う必要がある。
- また、認知症リハビリテーションについては、現在一部の認知症リハビリテーションでは学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるとの指摘がされている。
- 認知症リハビリテーションのガイドラインでは、「在宅復帰を目標とするリハビリテーションでは、在宅での生活環境をリハビリテーション開始前にアセスメントし、環境に合わせてリハビリテーションを実施することが重要」とされている。

<論点>

- 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、医療ニーズへの対応力の強化、看取りへの対応の充実、リハビリテーションの充実、適切な薬剤調整の推進等の観点からどのような方策が考えられるか。

第221回介護給付費分科会(2023年8月7日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

地域密着型サービス(10月23日)

- 定期巡回と夜間訪問介護の整理・統合(方向)
- 総合マネジメント体制強化加算の基本報酬化

総合マネジメント体制強化加算	看護小規模多機能型居宅介護	90.9%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	90.6%
	予防小規模多機能型居宅介護	89.9%
	小規模多機能型居宅介護	89.8%

- ＝ 現在、支給限度額の算定から除外→基本報酬化されると利用料に反映
 - ・「利用者にも経営にも不利益にならないよう、慎重にシミュレーションすべき」
 - ・「算定していない10%の理由を精査する必要がある」

- 小規模多機能、看護小規模多機能

＝地域共生社会の推進に向けて、認知症対応の強化、人材育成、地域交流の担い手としての取り組みを新たな加算で評価

- 小規模多機能／認知症加算

＝専門職研修の修了者の配置、認知症ケアの指導などを行った場合に報酬上乘せ

第228回介護給付費分科会(2023年10月23日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

論点② 介護人材の有効活用 (3ユニット2人夜勤について)

論点②

- 認知症グループホームにおける夜勤体制については、平成24年度介護報酬改定において、火災事案を踏まえて、夜間における安全確保を図るため、2ユニット1人夜勤を認めていた例外規定を廃止し、1ユニット1人夜勤の配置とした。
- 令和3年度介護報酬改定においては、1ユニットごとに1人夜勤の原則は維持した上で、利用者の安全確保や職員の負担にも留意しつつ、人材の有効活用を図る観点から、一定の条件下においては、3ユニットにおける夜勤を2人以上の配置に緩和できることとし、事業所が夜勤職員体制を選択することを可能とし、その場合の報酬を設定(減算)したところ。
- 今般の介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査では、調査対象となる事業所が少なく、十分な安全の確保や職員の負担・待遇について、実態の検証を行うまでに至らなかった。
- 他方、例外的な夜勤体制を導入している事業所において、人手不足に対応できていることや見守り機器等のICT機器の活用等による効果を踏まえ、十分な安全の確保や職員の負担・待遇に留意したうえで、夜勤職員の例外的な配置についてどのように考えるか。

対応案

- 夜勤職員の例外的な配置については、介護人材の有効活用の観点から、認知症対応型共同生活介護における見守り機器等のICTの活用を含む有効なオペレーションについて、引き続き、実態を把握することとしてはどうか。

第228回介護給付費分科会(2023年10月23日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

論点① 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護 入浴介助加算の見直し

論点①

- 通所系サービスにおける入浴介助加算(Ⅰ)の算定率は、事業所ベースで通所介護91.4%、地域密着型通所介護73.9%、認知症対応型通所介護94.9%である。(※1)
- 通所系サービスにおける入浴介助加算については、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、令和3年度介護報酬改定で見直しを行い、新たな区分(入浴介助加算(Ⅱ))を設けたところ。
通所系サービスにおける入浴介助加算(Ⅱ)の算定率は、事業所ベースで通所介護12.2%、地域密着型通所介護7.5%、認知症対応型通所介護9.2%である。(※1)
- 入浴介助加算(Ⅱ)の算定に関しては、留意事項通知及びQ&Aで例示としてより詳細な要件(※2)を示しているところであるが、加算(Ⅱ)を算定出来ない理由として、通所介護計画書で対応できる個別入浴計画書において「単独の計画を作成することは負担」と回答した事業所や、「個浴槽がないから算定できない」と回答した事業所が一定数いる。(※3)
(※2)・「個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に変えることができるものとする。」(留意事項通知)
・「個浴槽がなくても利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現されていれば差し支えない」(Q&A)
- また、算定する意向がない理由として、「利用者の居宅を訪問し評価や助言等を行う医師等の確保・連携が困難である」と回答した事業所の割合が最も多かった。(※3)
- 入浴介助加算(Ⅱ)の創設の目的である、より自立支援に資する入浴介助の取組を促進するためにどのような対応が考えられるか。

対応案

入浴介助加算(Ⅰ)

- 入浴介助の技術として求められる研修内容を算定要件に組み込む等、より適切な実施が行われるように見直しはどうか。

入浴介助加算(Ⅱ)

- 入浴介助加算(Ⅱ)の算定要件について、算定している事業所及び算定に至っていない事業所が共通で算定に対する課題だと感じている点については、Q&A等で示している項目を厚生労働大臣が定める基準告示に明記し、要件を明確にすることとしてはどうか。
- また、利用者宅浴室の環境評価・助言については、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者(以下「医師等」という)に代わり介護職員が訪問し、医師等の指示のもとICT機器を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合も算定することを可能とすることはどうか。

第229回介護給付費分科会(2023年10月26日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

通所介護等(10月26日)

論点③ 通所系サービスにおける3%加算・規模区分特例について

論点③

※ 通所介護に限らず、通所リハビリテーション・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護も同様

- 通所介護等では、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和2年度に「臨時的な取扱い(第12報)」(R2.6~R3.3)、令和3年度介護報酬改定時に「3%加算・規模区分の特例」等を実施した。
- 例えば通所介護+地域密着型通所介護の受給者数は令和5年4月審査分は158.2万人となり、コロナ前(H31.4~R2.2審査分)平均受給者数160.3万人に戻つつある。
- 今後、国民生活に重大な影響を与える新たな感染症の発生や大規模な災害時において、通所介護等ではどのような対応が考えられるか。

対応案

- 今後、新興・再興感染症や大規模な災害等が起こり、感染症蔓延時や利用者が被災した場合に通所介護等が利用困難となる可能性があるため、3%加算や規模区分の特例は緊急時に対応できる加算として存置することとしてはどうか。

	3%加算	規模区分の特例
単位数	減少月の利用延人数が当該減少月の前年度の一月当たりの平均利用延人数から5/100以上減少している場合に、基本報酬の3/100に相当する単位数を加算する。	減少月の利用延人数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人数と同等となった場合に、より小さい事業所規模別の報酬区分を適用する。 ・大規模Ⅱの利用者が750~900人となった場合 →大規模Ⅰが算定可能 ・大規模Ⅰの利用者が750人以下となった場合 →通常規模型が算定可能
期間	原則当該減少月の翌々月から3月以内に限る(算定終了前月においてもなお減少している場合は、1回3月に限り延長可能)。 なお、加算算定の期間(または加算延長の期間)内に、月の利用延人数が算定基礎から5%以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とする。	加算算定の期間内に、月の利用延人数がより小さい事業所規模別の利用延人数を超え、かつ適用前の事業所規模別の利用延人数まで戻った場合は、当該月の翌月をもって適用終了とする。
対象	対象となる感染症や災害については、これが発生した場合、対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせする。	

第229回介護給付費分科会(2023年10月26日)

20

介護報酬改定の施行時期について

(2021年度介護報酬改訂時のスケジュール)



中医協=「診療報酬改定DX」

- 診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負荷を平準化するため、令和6年度診療報酬改定より施行時期を6月1日施行とすることとしてはどうか。
- また、薬価改定の施行に関しては例年通り4月1日に改定とすることとしてはどうか。

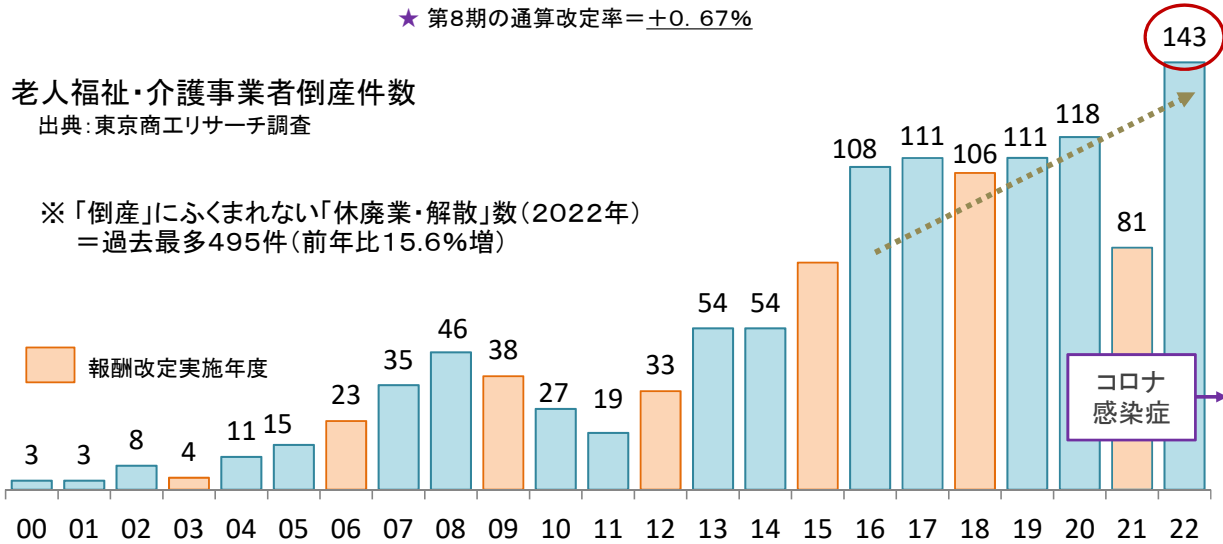
低く据え置かれてきた介護報酬

改定年	改定率	※ 3年毎の本改定推移
2003年度	▲2.3%	
2006年度	▲2.4%	施設等での居住費・食費の自己負担化
2009年度	+3.0%	
2012年度	+1.2%	実質▲0.8% → 処遇改善交付金(報酬換算2%)を介護報酬に編入
2015年度	▲2.27%	処遇改善等で+2.21%、基本報酬で▲4.48%
2018年度	+0.54%	通所介護等で▲0.5%の適正化
2021年度	+0.70%	このうち+0.05%はコロナ対策「特例的評価」(21年9月末で終了)

★ 第8期の通算改定率=+0.67%

老人福祉・介護事業者倒産件数

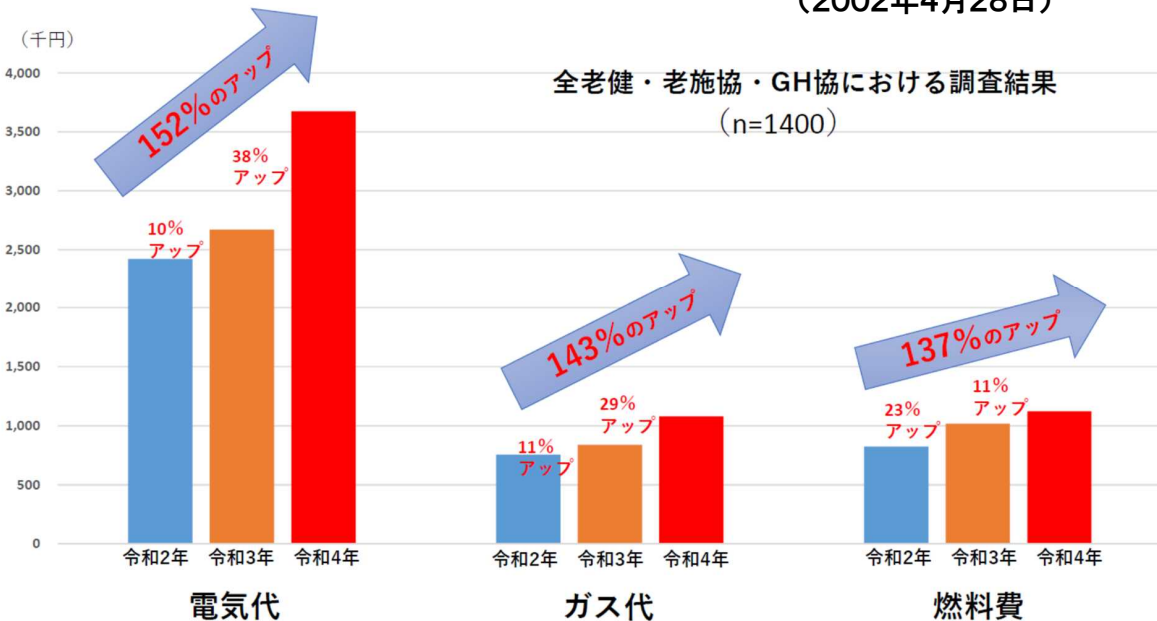
出典：東京商工リサーチ調査



※「倒産」にふくまれない「休廃業・解散」数(2022年)
=過去最多495件(前年比15.6%増)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護現場における物価高騰の状況—物価・人件費高騰対策に関する11団体要望書 (2002年4月28日)

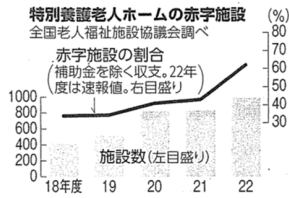


【他団体の物価高騰の調査】

全国介護事業者協議会・介護人材政策研究会・日本在宅介護協会の調査 (n=1277)	電気料金の上昇率(増加率)が5%以上の事業所が16.91%もあった。
全国介護事業者連盟の調査 (n=335)	令和4年度の水道光熱費が前々年度比151%、電気代も前々年度比178%となっていた。
介護医療院の調査 (n=33)	令和5年1月の電気代が前年度比165%、ガス代が136.1%、燃料費も121%となっていた

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

特養の62%が赤字(2022年度、前年度は43%)



全国の特別養護老人ホーム(特養)の6割が2022年度の収支で赤字だったことがわかった。全国老人福祉施設協議会(老施設)が調査結果を公表した。赤字の割合は

特養6割赤字 コロナ前の倍 昨年度物価高が直撃

前年度よりも20%近く増え、05年度の調査開始以降で最大に。コロナ禍前と比べて2倍近くになった。物価高の影響は介護事業の運営をさらに圧迫している。

調査は今年7月12日から9月末にかけて実施。老施設の会員4776施設のうち、回答があった「民設民営」の1600施設の回答を速報値として集計した。その結果、昨年度の補助金を除く収支が赤字だったのは62.0%(992施設)で、前年度の43.0%から大幅に増えた。補助金を含

めても赤字だった施設も、前年度の39.8%から51.0%(816施設)に上昇した。

特養の経営は、コロナ禍を境に悪化が進んできた。赤字施設の比率は、コロナ禍前の19年度は34.3%だったが、20年度は40.8%と初めて4割を超え、21年度もさらに拡大。補助金を含めた赤字も急激に増え、22年度に初めて5割を超えた。

老施設は「新型コロナウイルスの影響で利用控えが続く中、物価高が経営を直撃している」(事務局担当者)と分析する。光熱費や食料費、ガソリン代などへの出費が増えているという。

介護事業者にとって収入となる介護報酬は国が決める公定価格のため、物価が高騰しても直接価格に転嫁できない。職員の賃上げもできないのは、ほかの産業に人材が流出し、人手不足が一層

深刻になる。老施設は「このままでは事業継続が困難となり、地域の介護基盤が崩壊してしまう」とみる。

来年度は3年ごとに報酬が見直される改定年にあたり、年末の予算編成過程で、全体を引き上げるか引き下げるかの改定率が決まる。介護業界は今回の老施設の調査結果も踏まえ、介護報酬改定で大幅なプラス改定を求める考え。老施設などは今月上旬、自民党の麻生太郎副総裁にプラス改定を要望するなど活動を強めている。

一方、子育て支援策では新たに年間3兆円台半ばの財源が必要となり、岸田政権は社会保障の歳出改革によっても財源を捻出する構え。今後、介護分野でも一層の歳出抑制を迫られることになり、介護報酬をめぐる攻防が激化しそうだ。

朝日新聞 2023・10・16

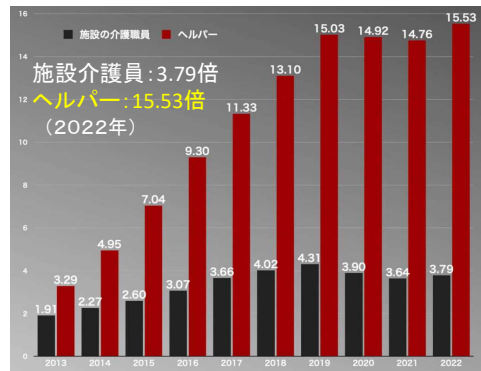
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

深刻化する人手不足—現在も、将来も

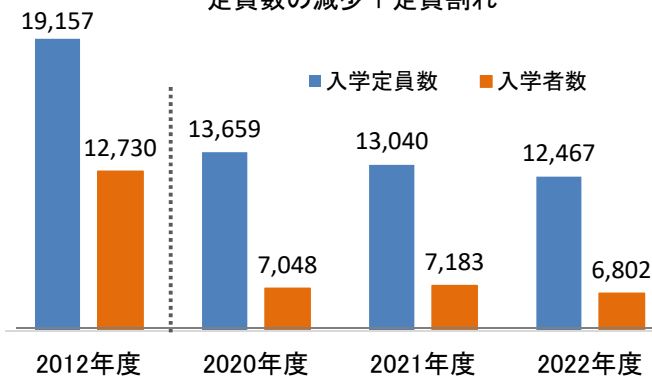
介護職員不足見込み 25年度32万人・40年度69万人



介護職員の有効求人倍率

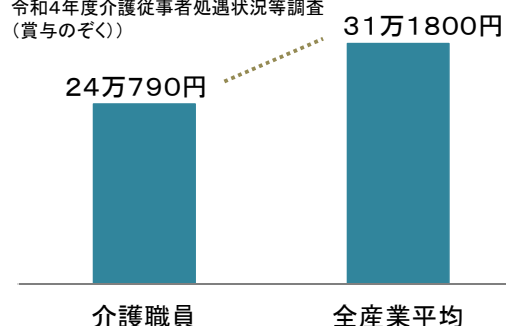


減り続けている介護福祉士養成校入学者数 定員数の減少+定員割れ



全産業平均よりも 月額7万円以上低い給与

令和4年度介護従事者処遇状況等調査(賞与のぞく)



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

岸田首相、介護職の給与月6000円引き上げ案示す(経済対策)

政府・与党は月内に取りまとめる経済対策で、介護職らの賃上げを盛り込む方針を決めた。政府内には月6千円引き上げる案があり、最終調整している。来年2月の実施を目指す。物価が高騰し、今年の春闘では他産業の相次ぐ賃上げで介護分野から人材が流出。深刻な労働力不足を止めるためにも、緊急の処遇改善策が必要と判断した。介護事業者の収入となる介護報酬は国が定める公定価格で3年ごとに改定される。来年度は改定の年にあたり、今年の年末の予算編成過程で報酬の増減が議論される。物価の上昇分を介護サービスに転嫁できない介護事業者の経営は悪化。今年の春闘では全産業平均で3.6%の賃上げがあった一方、介護や医療などの分野では1%台にとどまった。介護職から小売業などへの人材の流出も起き、「急いで止血しないと、介護業界が崩壊してしまう」(厚生労働省幹部)との懸念が出ている。介護職については、2021年の経済対策でも月平均9千円相当の賃上げ策が盛り込まれた。昨

介護職 月6000円賃上げ調整 経済対策、人材流出抑止へ

年2月から処遇改善が図られ、同12月時点の平均賃金(ボーナスを含む)は前年同月より約1万7千円増えたが、それでも全産業平均を4万円以上下回っていた。

朝日新聞 2023・10・18

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

2023年10月20日金曜日

メディファクス 9081号

株式会社じほう
https://mf.jiho.jp/

弊社の許諾なしに、転送・転載、複写そのほかの複製、翻訳、およびデータの使用は固くお断りいたします ©2023じほう

■ 介護賃上げ「6000円妥当」 厚労相、人手不足緩和へ

武見敬三厚生労働相は19日、政府が今月末をめぐりまとめる経済対策に盛り込む方針の介護職員の賃上げについて、引き上げ額は「月6000円程度が妥当」との考えを示した。介護職員は、給与水準が全産業平均より低いため、賃上げによって他産業への人材流出を防ぎ、人手不足を緩和する狙い。

政府は賃上げの対象に、看護助手や障害福祉サービス事業所の職員も加える方向。これに関し武見氏は「人材不足でサービス提供が危機的事態になっていることへの対応が必要だ」と語った。川崎市内の介護施設を視察後、記者団の質問に答えた。

介護サービス事業所の収入に当たる介護報酬は、国が原則3年に1度見直す公定価格のため、物価高や人件費増に対応できない。他産業では物価高騰を受け賃上げが相次ぎ、今春闘の主要企業の平均賃上げ率は3.6%。介護業界団体の調査によると、介護職員の平均賃上げ率は1.4%にとどまった。 【共同】

「このままでは介護業界が破綻する」

- ・「当協会をふくむ4団体で実施した調査では、今年度ベースアップありの賃上げを実施できた事業所は33.5%にとどまる。全体の賃上げ率も1.42%と、一般企業の春闘における3.69%と大きくかけ離れている。このままでは介護業界が破綻するおそれがあり、適切な処遇改善を行うための財源確保が不可欠」
- ・「物価高騰は事業所運営に多大な影響を及ぼしている。基本報酬での対応や基準費用額の物価スライドなどの対応が不可欠」
- ・「物価の動向は今後の見通しも立たない。従来の改定プロセスとは異なる対応の検討が必要ではないか」
- ・「2021年度のケアマネジャーの有効求人倍率は3.04倍で前年比0.51ポイント増。介護職員、その他の職員の中で最も伸びが大きい。現行の処遇改善加算、特定処遇改善加算に居宅介護支援事業所のケアマネジャーをふくめるなど、賃金改善可能な方策によって人材確保の改善につなげるべき」
- ・「これまで実施された改定の検証をしっかりと行ってもらいたい。処遇改善のために他でのメリハリ付けが必要」(日本経団連)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

- 介護はすでに医療以上のスピードで費用が増加しているが、団塊世代が85歳以上となる「10年後」には介護費用が激増することが確実。一方で、介護費用を支える保険料・公費負担の上昇、介護サービスを支える人材確保には限界がある。
- この中で、①ICT機器の活用による人員配置の効率化、②協働化・大規模化による多様な人員配置、③給付の効率化（介護報酬改定、利用者負担、給付範囲の見直し）を3年に1度の制度見直しにおいて、毎回、着実に進める必要。

◆介護費用の推移

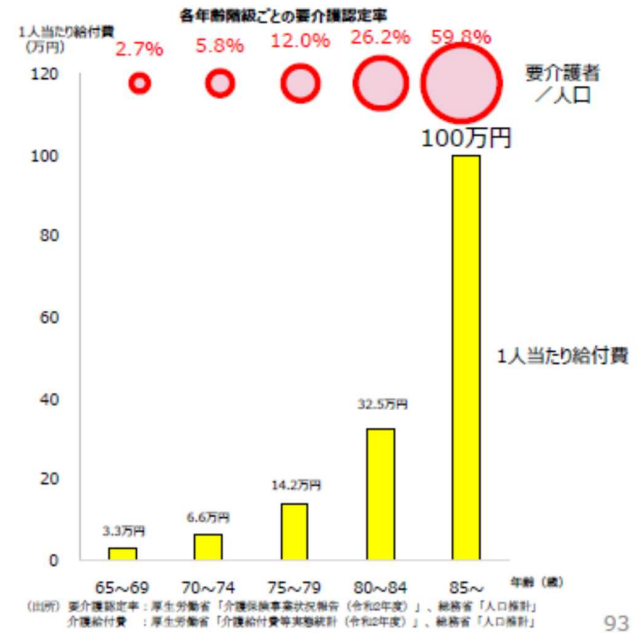
	2000年		2022年
介護保険	3.6兆円	約4倍	13.3兆円
医療保険	30.1兆円	約1.6倍	46.7兆円

◆介護保険料（月額）の推移

	2000年		2022年
1号保険料	2,911円	約2.1倍	6,014円
2号保険料	2,647円 ^{注1}	約2.1倍	5,669円 ^{注2}
医療保険 (協会けんぽ)	8.5%	約1.2倍	10.0%

(注1) 2001年の確定納付金額。
(注2) 2020年の確定納付金額。

◆年齢別一人当たり給付費と要介護認定率



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

- 介護事業者は、直近のコロナ禍で、業態間の多少の異同はあるものの、安定した収益をあげている。
- 産業界全体、とりわけ中小企業や中小サービス業がコロナ前から年ごとに収益が変動する一方、介護事業の収益は安定した伸びを示している。

◆介護事業者の収支差率

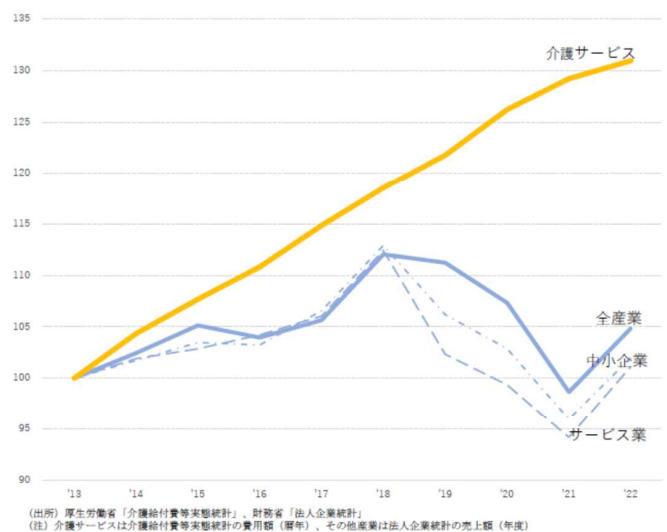
	給付費(兆円)	経営実態(概況)調査			経営実態(概況)調査(特損を除く)		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
介護サービス全体	10.7	2.4%	3.9%	3.0%	3.9%	5.5%	4.7%
特養+老健	3.4	2.0%	2.3%	1.6%	2.3%	2.6%	1.9%
通所+訪問	2.3	3.0%	4.9%	2.8%	4.9%	7.2%	5.1%

(注1) 給付費は2021年度の介護給付の実績。介護予防サービス、地域支援事業等は含まない。
(注2) 厚生労働省の経営実態(概況)調査は、事業所から本部への繰入を特別損失(特損)として計上する一方、本部から事業所への繰入は計上されていない。そのため、事業所ごとの経営状況を確認する観点からは、特損を除いた収支で分析することが適当。(独)福祉医療機構の経営分析参考指標においても事業収益に着目した分析を行っており、特損は含んでいない。

(参考) 法人企業統計			
	2019	2020	2021
全産業	4.5%	4.2%	5.4%
中小企業	2.9%	2.6%	3.3%
中小サービス産業	2.5%	2.1%	2.8%

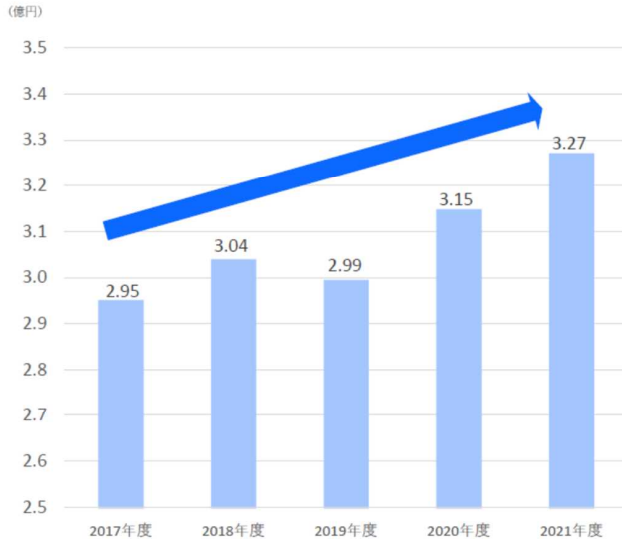
(出所) 厚生労働省「令和4年度介護事業経営状況調査」、財務省「法人企業統計」等を基に算出

◆介護事業の収益額の推移(2013年を100とした場合)



- 主に介護事業を運営する社会福祉法人においては、平均して費用の6か月分前後の現預金・積立金等を保有しており、直近まで毎年、現預金・積立金等の額も増加している。

◆社会福祉法人の1法人当たりの現預金・積立金等の推移



(出所) (独) 福祉医療機構「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」を基に分析

(注) 厚生労働省が第7回公的価格評価検討委員会に提出した資料(「社会福祉法人の計算書類等について」)では、社会福祉法人が保有する一般的に流動性が高いと考えられる資産として「現預金+積立金」を分析。本資料では、現預金・積立金に有価証券を追加している。

◆現預金・積立金等と年間費用の割合(主に介護保険事業を行っている社会福祉法人)(2021年度)

(単位: 百万円)

事業規模(収益額)	現預金・積立金等	年間費用	現預金・積立金等が費用の何か月相当か
全法人平均	444	822	6.5か月
~1億	55	71	9.4か月
1億~5億円	191	314	7.3か月
5億~10億円	409	699	7.0か月
10億円~	1,005	2,014	6.0か月

財政審「建議」及び財務省予算執行調査の結果に対する反論 —老施協(7月26日)—

- 「あたかも介護事業を展開する社会福祉法人に余裕財産が増えており、それを職員給与に還元していないかのような印象を与え、国民に誤解を与えるものであり、遺憾と言わざるを得ない」

【財政審・令和5年春の建議 資料Ⅳ—3—4】

- ・ 主に介護事業を運営する社会福祉法人においては、平均して費用の6か月分前後の現預金・積立金等を保有しており、直近まで毎年、現預金・積立金等の額も増加している。

【財務省・令和5年度予算執行調査の結果】

- ・ 年間費用の3~6月分の現預金・積立金等を保有している一部の法人において、現預金・積立金等が積み上がっているにもかかわらず、職員の給与に還元されていない可能性がある。

【反論のポイント】

1. 費用の6か月分前後の現預金・積立金等は、社会福祉法に基づき保有が認められる事業継続に必要な範囲内であり、高水準と評価される程度ではないこと。
2. 財政審の定義は、B/S上の「現預金」、「積立金」、「有価証券」を単純に合計したものにすぎず、負債を考慮していないこと。
3. 2020年から現預金・積立金等が増えているのは、WAM等のコロナ感染症特別融資を活用し、将来の資金需要に備えて手元資金を厚くしたことや、設備投資を先送りした結果である可能性があること。
4. 予算執行調査結果は、主に介護事業を運営する社会福祉法人にあたかも余裕財産が増えており、それを職員給与に還元していないかのような印象を与え、国民に誤解を与えるものであり、遺憾であること。

「夏までに結論を得る」→「年末までに結論を得る」

■ 「骨太方針2023」(2023年6月16日)

「介護保険料の上昇を抑えるため、利用者の一定以上所得の範囲の取扱いなどについて検討を行い、年末までに結論を得る。」

■ 厚労省・間隆一郎老健局長 (『週刊社会保障』インタビュー／2023年8月7日)

＜給付と負担の見直しについて＞

「市町村長から処遇改善を求める声をたくさんいただいている。何とかしたいと思うが、同時に保険料にも跳ねてくる話だ。国民に保険料負担をお願いできるようなものにしていないといけない。となれば、負担と報酬改定をセットで提示していくほうが妥当だ。」



■ 岸田首相インタビュー「こども未来戦略方針(加速化プラン)の概要」 (2023年6月13日)

「まずは徹底した歳出改革等によって確保することを原則とする。このため、全世代型社会保障を構築する観点から、歳出改革の取り組みを徹底するほか、既存予算を最大限活用する。…歳出改革等によって得られる公費の節減等の効果と、社会保険負担軽減等の効果を活用する中で、国民の実質的な追加負担を求めることなく、新たな支援金の枠組みを構築し、少子化対策を進める。」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

新たな少子化対策を発表ー3兆円台半ばの財源確保(6月1日)

こども未来戦略方針・「加速化プラン」

施策	年3兆円台半ば(2024～26年度)
経済的支援	1.5兆～1.6兆円
児童手当拡充(1.2兆円)など	
保育サービスの拡充	0.7兆～0.8兆円
<ul style="list-style-type: none"> ・こども誰でも通園制度創設 ・幼児教育、保育の質向上 	
共働き・共育ての推進	0.7兆～0.8兆円
<ul style="list-style-type: none"> ・育児休業給付の増額 ・フリーランス支援 	
高等教育についての支援の拡充、貧困の防止、虐待の防止、障害児・医療的ケア児に関する支援	0.5兆円程度

※2024～26年度:集中取り組み期間

2024年度	25年度	26年度	27年度	28年度
集中取り組み期間				
加速化プラン 規模は年3兆円半ば <ul style="list-style-type: none"> ・児童手当の拡充(24年度中～) ・「こども誰でも通園制度」(24年度～) ・出産費用の保険適用(26年度をめぐり検討) ・育児給付金の引き上げ(25年度～) ・育児時短就業給付の創設(25年度～) ・高等教育で授業料後払い制度(24年度～) …など 				
			政策をさらに検討 →	
財源 <ul style="list-style-type: none"> ・社会保障費の歳出削減 ・28年度までに社会保険料に上乗せする「支援金制度」など ・安定財源を確保 ・一時的な不足分は「こども特例公債」を発行 				
↑				

■ 財源(計3兆円台半ば)

① 既に確保した予算の活用

② **徹底した歳出改革＝社会保障費の削減・抑制(2028年度まで)**

③ 社会保険料に上乗せする「支援金」制度創設＝広く負担を求める(最大1人月470円)

こども金庫
(特別会計)

★介護保険見直しを一体的に検討
(年末までに結論)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

想定される今後のスケジュール

■ 2023年

- 6月…経済財政諮問会議「骨太方針2023」⇒ 2024年度政府予算編成作業スタート
- 7月…第9期介護保険事業(支援)計画「基本指針」—— ● 各都道府県・市町村
= 第9期に向けた準備
- 8月…2024年度予算・概算予算要求(各省庁 → 財務省)
～ 軍事費(聖域化)、少子化対策、歳出改革(介護・社会保障)
- 10月～…<秋の臨時国会開会>
- 12月…介護保険部会のとりまとめ(利用料など「年末までに結論」)
介護給付費分科会(介護報酬改定)の審議報告とりまとめ

- ・ 計画素案の策定
- ・ 介護保険料の仮算定
- ・ パブコメの実施
- ・ 住民説明会の開催、等

- 2024年度政府予算案の閣議決定
⇒ 医療・介護・障害報酬の改定率を提示

■ 2024年

- 1月…<2024年度通常国会開会>— 予算案の提出
- 1月 2024年度介護報酬改定案の諮問・答申(運営基準等、介護報酬)
- 2月～3月…都道府県・市町村議会=第9期に向けた条例「改正」など
- 2024年度政府予算成立(～年度内)
- 4月…第9期スタート/改定介護報酬、第9期介護保険事業(支援)計画、第9期介護保険料(医療・障害報酬改定、第8次医療計画、第4次医療費適正化計画など)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「介護請願署名2023」— 社保協・全労連・民医連

介護保険制度の改善、介護従事者の処遇改善を求める請願署名
— 介護する人、受ける人がともに大切にされる介護保険制度へ —

- 1 社会保障費を大幅に増やし、必要なときに必要な介護が保障されるよう、介護保険料、利用料、居住費・食費の負担軽減、サービスの拡充など、介護保険制度の抜本的な見直しを行うこと
- 2 利用料2割負担の対象者の拡大、要介護1、2の保険給付はずし(総合事業への移行)など、介護保険の利用に新たな困難をもたらす見直しを実施しないこと
- 3 介護報酬を大幅に引き上げること。その際はサービスの利用に支障が生じないよう、利用料負担の軽減などの対策を講じること
- 4 全額公費により、すべての介護従事者の給与を全産業平均まで早急に引き上げること。介護従事者を大幅に増やし、一人夜勤の解消、人員配置基準の引き上げを行うこと

※ 2022年版署名 = 「介護保険制度の改善を求める請願署名」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

報酬改定を制度改悪の手段にさせない(1)

■ 施設多床室の室料徴収の対象拡大

- 「老健施設は、本来の在宅療養支援施設としての役割を果たしている。原理原則として、生活施設ではないところから室料を徴収するべきではない」(老健協会)
- 「介護保険施設の個室に光熱水費・室料負担を導入するに当たっての2005年10月の議論で、多床室に室料は存在しないとされた。論ずる必要はまったくない。この件が繰り返し分科会に出てくることにも違和感がある」(日本医師会)
- 「果たす機能も居住スペースも異なるのに、(多床室に利用者負担を導入している)特養ホームと同様に論じることには疑問がある」(全国老人クラブ連合会)
- 「老老介護のために施設に入所し、経済的な理由で多床室を選択せざるを得ない場合もある。こうした利用者にも室料負担を求めるのは反対」(" ")
- 「老健施設の入所期間が平均309日程度と長く、介護医療院も長期療養、生活施設との位置付けで死亡退所も多いと指摘。室料相当額を基本サービス費から除外し、利用者負担とする見直しを行うべき」(健保連)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

報酬改定を制度改悪の手段にさせない(2)

■ テクノロジー機器の導入を要件とした人員配置基準の緩和(切り下げ)

SOMPOケア
人員配置基準緩和を提案
実証事業「3・25対1」で
対応可能と試算

2023年7月10日、介護業界の注目を集めた。SOMPOケアが発表した「実証事業」の結果、職員1人あたり入居者3人という、従来の基準よりも大幅に緩和された人員配置で、介護サービスの提供が可能であると試算された。これは、介護業界にとって大きなニュースである。従来の基準は、職員1人あたり入居者2人程度であったが、今回の実証事業では、職員1人あたり入居者3人という、大幅に緩和された人員配置で、介護サービスの提供が可能であると試算された。これは、介護業界にとって大きなニュースである。

介護の配置基準の緩和イメージ

見守りセンサー
介護ロボット
介護助手
など活用

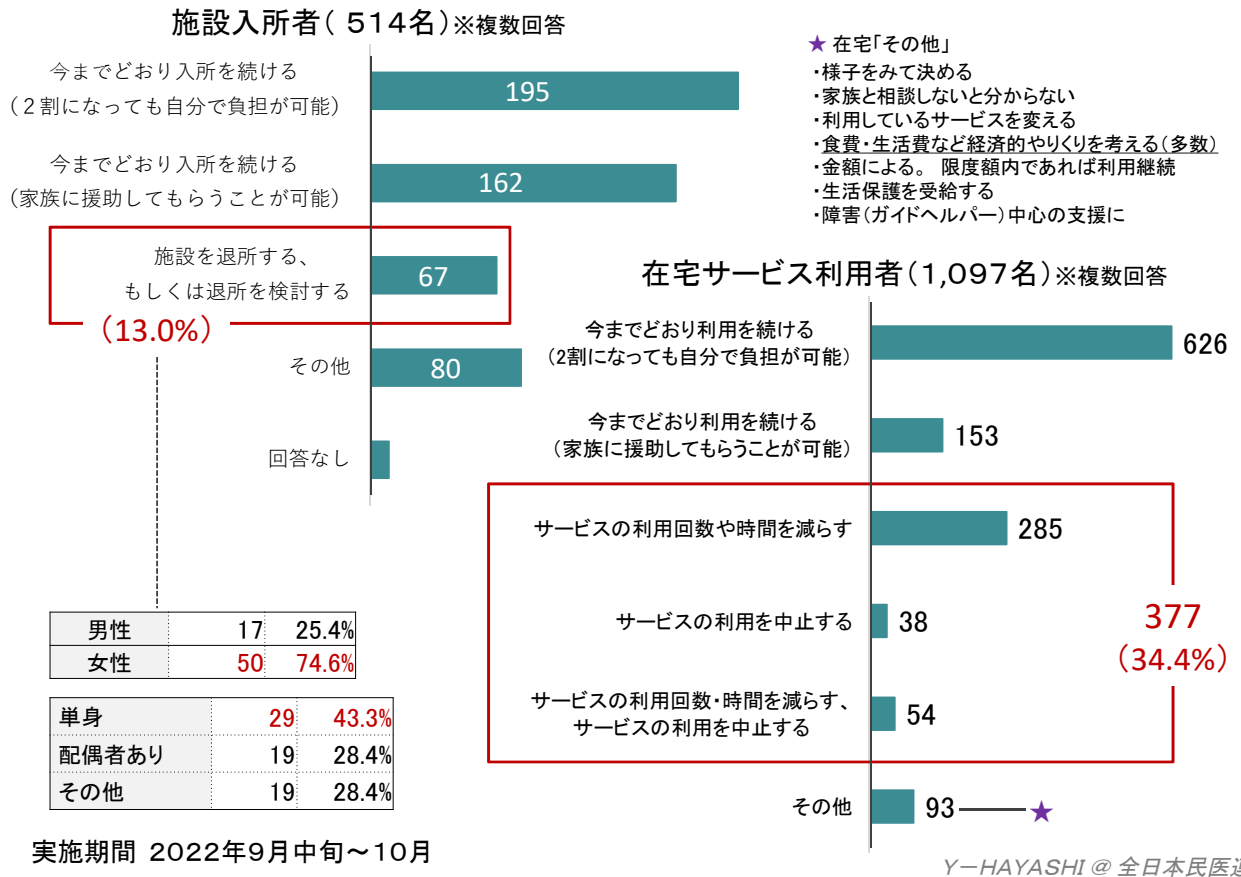
職員1人
あたり
入居者3人

配置基準を緩和し、
より多くの入居者を
担当可能に

「4:1」
(職員1人あたり入所者4人)

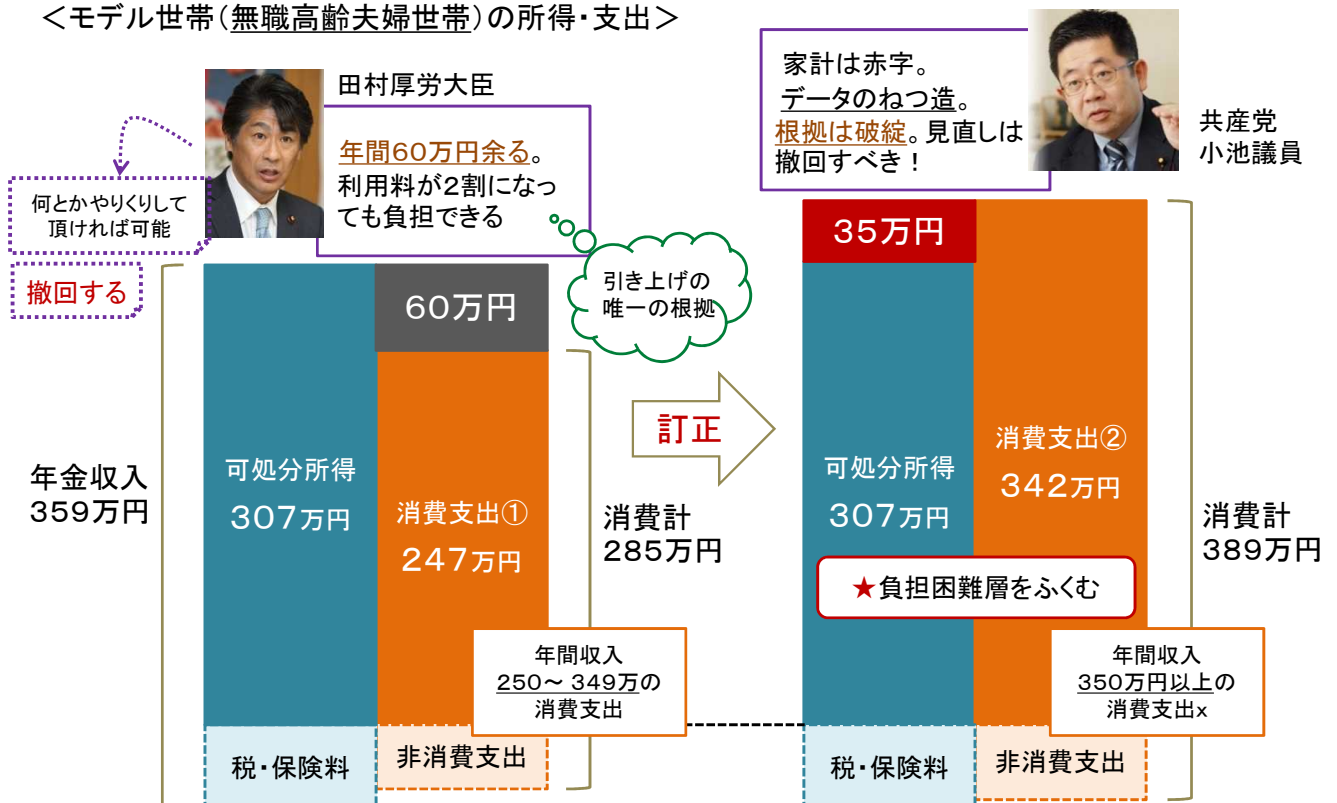
● 人を機械に置き換えても人手不足は根本的に解消されない。むしろ現場の矛盾・困難を広げるだけ

「利用料1割負担が2割になったら」…全日本民医連・緊急影響調査



利用料2割負担導入時の経過＝論拠が示されないまま実施

<モデル世帯(無職高齢夫婦世帯)の所得・支出>

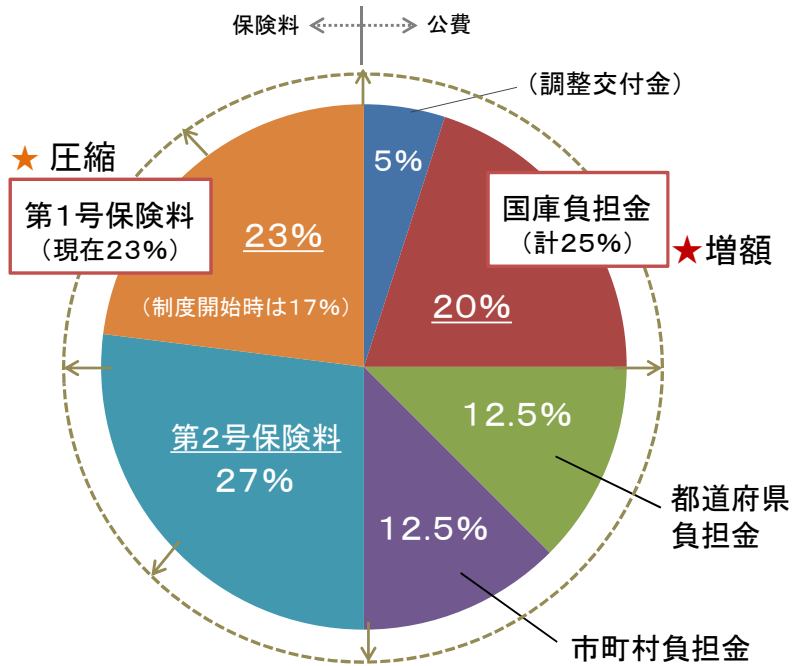


国庫負担割合の引き上げが不可欠

- このままでは、財政破綻は避けられない(給付費の増大に見合う保険料の設定が困難になり、持続「不」可能な制度に)。あとに残るのは徹底的なサービスの削減(「制度残って介護なし」)
- ①制度改善によるサービスの充実、②払える水準の介護保険料設定のためには、国庫負担割合の大幅な引き上げ(高齢者保険料割合の圧縮)が不可欠

右肩上がりの介護保険料

第1期 2000～02年度	2,911円
第2期 2003～05年度	3,293円
第3期 2006～08年度	4,090円
第4期 2009～11年度	4,160円
第5期 2012～14年度	4,972円
第6期 2015～17年度	5,514円
第7期 2018～20年度	5,869円
第8期 2021～23年度	6,014円



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「戦争する国」へ岸田政権の大軍拡路線

軍事費GDP比1%⇒2%(+5兆円)、5年間で43兆円まで積み増し



「岸田首相は何十年も続いた平和主義を捨て、日本を真の軍事大国にすることを望んでいる」
※政府は修正を要求

- 防衛力整備計画においては、重点分野として、**スタンド・オフ・ミサイルの取得にこれまでの約25倍、自衛隊施設の強化に約4倍**の予算を確保。また、継戦能力を強化する観点から、**装備品等の維持整備や弾薬の取得についても、これまでの約2倍**の予算を確保している。
- 同計画では、各年度の予算編成において、**各事業の進捗状況、実効性、実現可能性を精査し、必要に応じてその見直しを柔軟に行うこと**としている。

★「敵基地攻撃能力」の保有＝憲法9条違反

<新たに必要となる事業に係る契約額(物件費)の内訳>

スタンド・オフ・ミサイルの取得  (前中期防) (整備計画) 約0.2兆円 → 約5兆円 約25倍	弾薬・装備品の維持整備 これまで十分な予算が配分されていないと指摘されてきた弾薬や部品の取得。 弾薬・誘導弾：約1兆円 → 約2兆円 (約2倍) 維持整備：約4兆円 → 約9兆円 (約2倍)
統合防空ミサイル防衛能力  弾道ミサイル等、多様な経空脅威への対応能力を強化。 約3倍 約1兆円 → 約3兆円	自衛隊施設の強化 老朽化等が指摘されている自衛隊施設の整備を重点的かつ集中的に実施。 約4倍 約1兆円 → 約4兆円
領域横断作戦能力 (宇宙・サイバー・従来領域の装備品取得等) 約3兆円 → 約8兆円 (約3倍) (宇宙：約1兆円、サイバー：約1兆円、航空機・艦船等：約6兆円)	研究開発・防衛生産基盤の強化 約1兆円 → 約1.4兆円 (約1.4倍) (防衛生産基盤の強化：約0.4兆円、研究開発：約1兆円)
機動展開(国民保護) (輸送アセットの取得等) 約0.3兆円 → 約2兆円 (約7倍)	情報関連機能 (無線機の取得等) 約0.3兆円 → 約1兆円 (約3倍)
無人アセット 約0.1兆円 → 約1兆円 (約10倍)	その他 (教育訓練・燃料費等) 約4.4兆円 → 約6.6兆円 (約1.5倍)

財政審「建議」参考資料(1)(2023年5月29日)より

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia20230529/zaiseia20230529.html

合計 43.5兆円

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

全世代型社会保障改革を加速

■ 基本的な考え方

- － 「給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心」⇒ 世代間対立を煽り、高齢期給付を削減
- － 負担は、負担能力に応じて、全ての世代が公平に負担する

■ 全世代型社会保障改革とは＝「社会保障費の抑制」と「働き手の確保」の一石二鳥

- 高齢期の社会保障給付を中心に削減、負担は全世代で(全世代負担増強改革)
[高齢化]への対応(＝2025年を目途に、さらに2025年以降を視野に)
- 高齢者を働かざるをえない状況に追い込む社会保障・雇用改革(生涯現役強制改革)
[人口減少(＝生産年齢人口の減少)]への対応(＝2040年を目途に)

「お上に頼るな」「病気になるな」「要介護になるな」「長く(さしあたり70歳まで)働け」

(©佛大・長友先生)

■ 改革の基本法＝社会保障制度改革推進法(2012年制定)

- 社会保障理念の転換＝「自助」「共助」「公助」の役割分担(「自助」>「共助」>「公助」)
⇒ 「自助」では成り立たない故の社会保障。「公助」ではなく「保障」(憲法25条)
- 財政フレームの確立＝①消費税の増税 or ②他の社会保障給付を削ってまわす
- プログラム法(2014)・・・社会保障「3領域」(医療・介護・年金)⇒「4領域」(+少子化対策)
～消費税増税分の使途変更(2019年)、「出産育児一時金」の増額(2023年)等

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

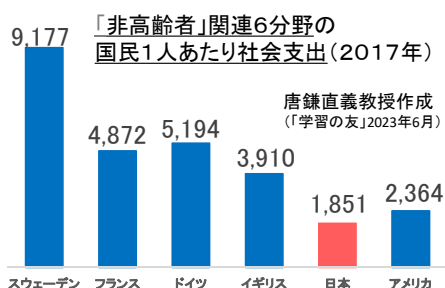
高齢者は優遇されているのか(給付＝高齢世代中心?)

■ 国民1人あたり社会支出の国際比較(2015)

	国民総所得 (億\$)	総人口 (人)	国民1人あたり 国民所得A(\$)	社会支出率B (%)	1人あたり社会支出 C=A×B(\$)	指数C
スウェーデン	5,081.9	9,764,950	52,042	41.49	21,592	100
フランス	24,908.6	66,598,315	37,402	45.10	16,868	78
ドイツ	34,370.2	81,787,411	42,024	36.20	15,213	70
イギリス	28,615.9	65,860,146	43,449	30.67	13,326	62
日本	45,580.9	127,985,133	35,614	30.96	11,026	51
アメリカ	187,043.2	320,878,310	58,291	30.61	17,843	83

■ 社会支出9分野別にみた国民1人あたり社会支出額の国際比較(2015)

	高齢	遺族	保健	障害 労災	家族	失業	積極的労 働政策	住宅	生活保護 その他	計
スウェーデン	7,328	260	5,074	3,669	2,852	265	1,020	359	765	21,592
フランス	6,646	898	4,612	946	1,537	849	524	430	426	16,868
ドイツ	4,648	1,030	4,992	1,920	1,286	508	353	311	164	15,213
イギリス	4,293	30	4,558	1,151	2,051	161	113	908	61	13,326
日本	5,086	609	3,743	506	694	85	75	57	171	11,026
アメリカ	4,646	478	10,178	1,090	466	146	76	187	577	17,843
6カ国平均	5,441	551	5,526	1,547	1,481	336	360	375	361	15,978



★ 軍事費ではなく、社会保障・少子化対策の財政拡充を (防衛費倍増分「5兆円」あったら何ができるか?)

子育て・教育	大学授業料の無償化※ 児童手当の高校までの延長と所得制限撤廃※ 小・中学校の給食無償化	1.8兆円 1兆円 4386億円	年金	受給権者(405万人)全員に1人12万円を追加で支給	東京新聞など 8612億円
医療			消費税	公的保険医療の自己負担(1~3割)をゼロに 現在10%の税率から、2%を引き下げ	5兆 1837億円 4兆 3146億円

※の大学無償化、児童手当は立憲民主党試算による

- 全ての介護従事者の給与を全産業平均水準に＝2.3兆円

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

ミサイルではなくケアを！社会保障は国の責任で！

★新自由主義(市場原理や効率化、自己責任を基本とする考え方)に基づく介護・社会保障制度改革の中止を求める。**社会保障制度改革推進法の廃止、社会保障理念の再転換求める**

＜日本国憲法第25条＞

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない

必要充足原則

「給付」は(「負担」に応じてではなく)、
「必要」に応じて

応能負担原則

「負担」は(「給付」に応じてではなく)、
「(負担可能な)能力」に応じて

★「給付」と「負担」の切り離し＝社会保障の本来のあり方

真の「介護の社会化」を！－「介護の再家族化」「介護の市場化」を許さない

ケアする人・受ける人がともに大切にされる制度・社会へ

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

ご静聴
ありがとうございます
ございました

林 泰則・はやしやすのり
全日本民主医療機関連合会
東京都文京区湯島2-4-4

平和と労働センター7F

TEL 03-5842-6451 FAX 03-5842-6460

<http://www.min-iren.gr.jp/>

E-mail y-hayashi@min-iren.gr.jp

介護は生きる力、
生きる喜びをともに支える

～笑顔に出会う、心がつながる～

コロナ禍は、介護という仕事が、
社会にとってなくてはならないものだということを、
あらためて、明らかにした。

その人らしい生活を
継続できるよう向き合っていくことが、
私たち介護職が大切にしていること。
利用者・家族の生活を支える
素晴らしい仕事だという自覚、
自負が私たちにはある。



一人一人に寄り添って(くれる)、
あなたの存在が元気の源。
コロナ禍で、もしあなたがいなくなったら
私や家族はどうなっていたのだろうか。
あなたの思いやりのある心づかいが、
その明るく振る舞いが私の大きな力になる。

全日本民医連
(全日本民主医療機関連合会)

民医連「介護ウェブ2022」チラシより

Y-HAYASHI @ 全日本民医連