

－介護の“Big Wave”を広げよう！－

介護ウェーブ

2018 STOP！介護改悪 推進ニュース

2018年7月31日発行 NO.5

社会保障の解体は許さない！

7月26日 厚生労働省との懇談



厚生労働省に要請書を提出しました

7月26日（木）全日本民医連として、「介護保険制度の改善、介護従事者の処遇改善に関する要請書」を提出し、厚労省・財務省と懇談しました。全日本民医連からは、平田理理事（介護・福祉委員会委員長）、是枝・林事務局次長、加藤理事、石田ケアマネジメント委員の5名が参加しました。

懇談の冒頭、是枝次長より7月12日に厚労省に提出した、豪雨災害にあたっての医療・介護に関わる緊急要請について、広島や岡山の現状を伝え、厚労省としての支援の強化を重ねて要請しました。平田理事からは、大災害時に、医療支援は一定すすんできたが、介護分野への支援は全体として遅れている実態があり、支援が速やかに行われるような施策の整備を重ねて要請しました。

平田理事より「介護保険制度の改善、介護従事者の処遇改善に関する要請書」を厚労省に手渡し、要請した7点について林次長が説明、その後厚労省から回答を受けました。



要請書を手渡す平田理事



【基本要請事項】※詳細は添付の要請書参照

- 1 生活援助の利用回数に対する上限の設定について
- 2 総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）について
- 3 介護報酬について
- 4 介護職員の「需給見通し」・確保対策について
- 5 保険者機能強化推進交付金について
- 6 介護保険料、介護保険財政の見直しについて
- 7 次期の制度見直しに対して

厚労省より以下のような回答がありました。

○生活援助の利用回数については、生活援助サービスは必要以上のサービスの提供を招きやすい構造的な課題があり、自立支援に資するサービスを提供するためにはケアマネジャーの視点だけでなく多職種でのケアプランの検証が必要と考える。必要に応じケアプランの是正を促すことになるが、機械的に打ち切りを行うものではない。ケアプランの検証は地域ケア会議ですとしたが、会議での検証方法は各自治体で対応する。

○総合事業の利用者に対するサービスの影響については、要支援者に対する訪問介護・通所介護全体の数の比較をすると、利用者数については従来の予防給付に対応するものと、多様な主体によるものの合計では、訪問系では横ばい、通所系ではやや増加となっている。以前予防給付を利用し、総合事業に移ってから多様な主体のサービスに移行した方のひとり当たりの利用日数についても大きな変化はなく、マクロレベルで見ると大きな影響はない。介護事業者の運営に関わる単価について、従来の予防給付に相当するサービスについては、従来の予防給付とほぼ変わらない単価設定となっている。基準緩和サービスについては、従来単価の8割以上にしているところが50%程度にとどまっている。個々の利用者に対し、本当に適切なサービスが提供されているかという点については「ケアマネジメントが適切かどうか」と「地域資源があるかどうか」が重要となる。今後、総合事業をすすめる上で重要なのは、市町村が地域分析に基づいて必要とされるサービスや人材の整備・育成を介護サービス事業者も含めて地域ですすめていくことである。

○介護職員の確保については、アクティブシニア等の参入を促す入門的研修の普及、外国人材の受け入れ環境の整備、ICT導入による業務負担軽減、介護の仕事の魅力発信に努める。一般財源による処遇改善については、「新しい経済政策パッケージ」で消費税による処遇改善に対応すると閣議決定されている。

○保険者機能強化推進交付金において、調整交付金を活用することについては、自治体と議論し第7期の期間中に検討して結論を出し、第8期から実施に移すこととなっている。

○介護保険料、介護保険財政の見直しについては、保険料と公費の「分担ルール」があり、国の負担分を増加させることは難しいと考えている。

○次期の制度見直しの課題になっているケアマネジメントの在り方の見直しは、ケアプランの有料化を意味するものではない。今後、審議会等で検討していくが、厚労省としてケアプランを有料化するとの方針を決めているわけではない。

設定された回数を超えるのは当然だ！！



＜ケアマネジメント委員会石田美恵委員＞生活援助が多いケースは障害や認知症がある方がほとんどで、1日3回の食事を保障すると1ヵ月で90回になってしまうのは当たり前。そもそも、この考え方は経団連で90回は異常だという意見があり、今回の改定につながったことに怒っている。

私の事業所でも155のケアプランを作成しているが、10ケース以上で回数を超えている。しかし、それらのケースはほとんど独居や、家族も仕事で忙しく援助が難しい方がた。このような方々を支援して在宅生活を続けていただくことが在宅の限界値をあげるということ。在宅サービスの利用が多くなってくるとデイサービスや施設を使った方が

いいという安易な考え方をする人もいるが、体力面からデイサービスが難しかったり、サービスの変更で認知症の進行が予想されるケースもある。自治体によっては解釈を間違えて、実施指導で回数の多いケアプランの提示を求めてきたことが実際にある。

今回、内服の促しが生活援助から身体介護に変更になった。身体介護の単価は上がったが、同時に内服の促しが多い方はすぐに限度額をオーバーしてしまい、在宅生活が困難になり、施設への流入を促すことになる。そもそも限度額が少ないことに問題がある。実態を知るために地域ケア会議で検証というのは必要かもしれないが、1年くらいの実施で終了していただきたい。

もっと違うことにお金と時間を使って！！



＜加藤久美理事＞ケアプラン点検に時間やお金を使うより、ケアマネジャーが悩んでいる事例等を直接市町村が聞いて、ケアマネジャーに助言をしたり、指導する仕組みが求められている。ケアマネジャー研修を充実させることにも力を注いでいただきたい。また、間違った指導も横行している。”セルフプランを入れていないのはおかしい、家族が買い物すれば済む“などプランに書くことは簡単だ、実際には本人や家族では出来ない方が多い。役所の人は生活の実態がまるでわかっていない。

ケアマネジャーの仕事はケアプランを作り、給付管理をするだけではなく相談業務もあり、行政がそもそも行っていた相談業務を請け負っている面がある。ケアプランが有料化になるとケアマネジャーが利用者に金銭を要求しなくてはならないのか。ケアプランの作成料が必要になるとサービスを減らしたり、そもそも作成料、利用料が払えなくてサービスを使わないという選択をする方が出てくる可能性もある。

総合事業については、林次長より「基準緩和サービスの単価が非常に低いことに問題がある。基準緩和サービスを担う人が増えていなく、専門職が低い単価で実施しなくてはいけない現状があり、制度設計自体が間違っていたのではないかと指摘しました。個々の利用者・事業者に詳しい調査が必要ではないか」と指摘しました。

是枝次長は、厚労省自身、行政が総合事業の進め方を、上からトップダウンですすめてもうまくいかなく、下から地域の人と一緒に作り上げることが重要との見解を示したことに對し、「そもそも総合事業の枠組み自体、厚労省がトップダウンで下ろしたのだからうまくいかないのは当然ではないのか」と指摘しました。

介護を成長産業の中心に。

＜平田理委員長＞社会保障政策を考える上で、マクロ経済的な視点で考えていただきたい。お年寄りの話し相手向けのロボットや、腰などに装着して多少の身体的負担を補うような産業を成長産業に据えるのではなく、まだまだ高齢者が増える2040年を見据えて、医療や介護にしっかりと国費を投入し、内需の拡大をしていくことが必要だと思う。外国人労働者に力を入れているが、東南アジアの方は、今後中国等へ流れていく予測も出されている。ロボットや外国人労働者集めに国費を投入するのではなく、介護職の処遇改善に国費をしっかりと投入し、介護職が安心して働けるような見通しを立てれば、人材の確保も出来るようになる。骨太方針に介護を日本の成長産業の中心として位置付けて、国費を投入し、人材も確保し、経済の好循環を生み出すような政策を厚労省の専門家集団で作りあげてほしい。



各地の特徴的な取り組みで記事に載せたいことがありましたら事務局のメール宛に送ってください。

「介護ウェブ推進本部」事務局：山川・小又

TEL：03-5842-6451 FAX：03-5842-6460 E-mail：min-kaigo@min-iren.gr.jp