

介護報酬改定

審議会報告をよむ

①
2014
ソノチ

12月18日、厚生労働省の介護給付費分科会

で「介護報酬改定に関する審議報告」が取りまとめられました。2018年度の改定で0.54%と若干のプラス改定になりましたが改定される中身は利用抑制につながるものが多いと盛り込まれました。

圧縮の方向を示す

前回（15年度）の報酬改定の影響で相次いだ介護事業所の倒産や経営悪化を受けて、財務相が求めていたマイ

ナス改定には一定踏みとどまったものの、「制度の安定性・持続可能性」の掛け声のもと、社会保障費圧縮の方向性が改めて示されました。

前回は改定で要支援者を介護給付から外したのに続き、今回改定では、あの手この手で軽度者を保険給付外の「総合事業」に押し流していく仕組みを設けようとしています。要介護1、2の「軽度者」が多く利用している訪問介護の生活援助サー

ビスへの回数制限や、通所介護のサービス提供時間区分の短縮やアウトカム（成果）評価の導入です。

"軽度者"外し鮮明に

訪問介護では、生活援助の利用回数が一定基準を超えるケアプラン（介護計画）を設定する場合、プランの市町村への届け出をケアマネジャーに義務付け

ます。市町村は地域ケア会議でプラン内容を検証。過剰と判断すれば内容は是正を求めます。

利用抑制の懸念

地域ケア会議の状況は、医療や介護など他職種間の情報交換などに役立つ一方で、行政主導の会議でケアマネ

ジャーや事業所に対して厳しい目標設定を課す場になっている例もあります。利用抑制が起る懸念は払しょくされていません。

通所介護では、食事、トイレ動作、入浴などの日常生活動作を点数化する評価指数を用いて、改善度合いが一定水準を超えた場合に事業所が報酬加算をとれるようになります。

"軽度者"が中心になる改定メニュー

訪問介護

- 一定基準を超える生活援助サービスの届け出をケアマネに義務化（4月までに国が基準を設定、10月実施を予定）
- 身体介護中心のサービスに重点を置いた報酬のメリハリ付け

通所介護

- 心身機能の維持・改善にアウトカム評価を導入
- 2時間ごとのサービス提供時間を1時間ごとに見直し

要介護度の改善というアウトカムを評価基準にするものですが、介護度の改善が難しい人の利用を受け付けられないなど、利用者の選別が懸念されます。

介護報酬改定

②

審議会報告をよむ

2018.1/2
中

2018年度の介護報酬改定へ向けた審議会報告では、介護労働者の賃上げなど労働者や事業者が切実に求めている処遇改善のための抜本的な対策は示されませんでした。

政府は2015年度の報酬改定で、介護報酬を引き下げても賃上げできるとして、過去最大の報酬引き下げと同時に処遇改善加算を導入しました。

倒産件数最多に

16年度の介護労働安定センターの「介護労働実態調査」では、介護サービスマスターの「不足感」は62・6%（前年比1・3%増）に達しました。

しかし、この加算は小規模事業所にとっては研修の実施など取得

要件のハードルが高いために取得できず、本体報酬マイナス4・8%という大幅引き下げがそのまま事業所の経営を圧迫。賃上げどころか、16年には、小規模を中心とした老人福祉・介護事業の倒産件数が過去最多を更新しました（東京商工リサーチ調べ）。

処遇改善にほど遠く

によると、介護労働者の賃金は、ホームヘルパーで月平均22万8300円、比較的高いケアマネジャーでも同26万6000円と、全産業平均・月33万3700円と比べて依然、低水準のままです。

政府は、労働者・事業者の要求や、野党が共同で介護職の賃上げ法案を提案したことに押され、17年度に介護職の賃金を1万円程度引き上げる臨時の報酬改定を行いました。しかし、全産業平均と10万円以上賃金に開きがあり、抜本的賃上げが必要で

規制緩和で補う

それにもかかわらず今回の報酬改定案で「人材確保」策などで示されたのは、生活援助を担う簡易な研修の新設、見守り機器導入にともなう人員配置基準の緩和などで、基準緩和で足りない人手を補おうというものです。

人材確保・処遇改善に関わる改定 (主なもの)

- ・訪問介護の生活援助に特化して従事する人員育成のため、要件を緩和した研修の新設
- ・介護施設などで、夜間業務について見守り機器を導入した場合に介護職員などの配置基準を緩和
- ・リハビリなどを行う機能訓練指導員の対象資格にはり師、きゅう師を追加
- ・短期入所生活介護で特養併設の場合夜勤職員の兼務を認める
- ・処遇改善加算（Ⅳ）と（Ⅴ）を廃止

人材確保策以外で「看取（みとり）加算」など取得が限定される細かい加算を多数設ける一方で、小規模事業所などが取得していた低い要件で取得できる処遇改善加算を廃止するとされており、処遇改善には程遠い改定です。

介護報酬改定

審議会報告をよむ

③

2018/1/3
ホ

「地域包括ケア」

厚生労働省がとりまとめた「2018年度介護報酬改定に関する審議会報告」で、方針のトップに掲げているのが「地域包括ケアシステムの推進」です。

「地域包括ケアシステム」とは、団塊の世代（1947～49年ころ生まれ）が75歳以上になる2025年に向けて、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らせるよう

「医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」をつくることだと

政府は説明しています。しかしその最大の狙いは、安倍政権の社会保障費「自然増削減」路線のもと、医療・介護の公費支出を抑制するため、医療施設に入っている中重度の要介護者の在宅ケアへの移行を促すとともに、軽度の要介護者を介護保

重度者介護に不安増す

険の対象から保険外のサービスや地域住民同士の助け合いの仕組みに押し出す体制づくりにあります。

地域包括ケア推進のために今回の報酬改定で示されたのは▽医療ニーズへの対応強化▽

介護医療院の新設▽共生型サービスの推進ーなどです。

医療ニーズへの対応では、中重度の要介護者の在宅移行促進のため、訪問看護の体制強化やたんの吸引などの医療的に対応ができる介護職員の配置強化などが打ち出されました。しかし、在宅介護

の現状は深刻な人手不足と厳しい経営状況にあり、中重度者の在宅復帰は家族の介護負担をさらに重くしかねないと指摘されています。

行き場なくなる

「介護医療院」は、17年度末に廃止が予定されていた介護療養病床と医療療養型病床の転換先となる新たな介護施設です。

17年5月に成立した改定介護保険法で新設が盛り込まれました。在宅での介護が困難で長期療養が必要な要介護者に対し、医療・介護を一体的に提供すると

して、「介護療養病床相当」と「老人保健施設相当以上」を設けます。

報告では、医療機関と併設の場合には宿直医師の兼任や設備の共用を可能にする方針。

医師の宿直は一定の基準を満たせば求めないとしています。

医師の配置が手薄になることから、「療養病床で受け入れていた医療的ケアの必要性が高い中重度の要介護者の行き場がなくなるのではないか」「職員の負担が重くなるのではないか」との懸念は残されたままです。

介護報酬改定

審議会報告をよむ

④

2018.11.14 土

2018年度の介護報酬改定では、「共生型サービス」の人員・施設基準が示されました。

前年度改定の介護保険法で、介護保険が障害福祉の指定を受けている事業所が、もう一方の制度での指定を受けやすくすることで、「共生型サービス」が位置づけられたことを受けたものです。その背景には、障害福祉にかかる公費を切り下げたい狙いがうかがえます。

自己負担の発生

障害者が65歳になると、障害者総合支援法の「介護保険優先原則」の規定のために、障害福祉の適用から介護保険制度に移行しなければなりません。それによって利用に伴う自己負担の発生や、支援の質が落ちるなどの問題が起きています。

介護サービスを利用していても支援が足りない場合は、不足分を障害福祉から上乘せざることをできますが、自治体によって対応が違うという問題も起こっています。

そのため、政府は65歳を過ぎててもそれまでと同じ事業所からサービスを受けられるようにするとして共生型サービスを位置づけました。障害福祉の指定を受けた事業所が共生型サービスの指定を受け

障害福祉と介護 一体化狙う

共生型サービスの対象サービス

	介護保険サービス		障害福祉サービス等
ホームヘルプサービス	訪問介護	⇔	居宅介護 重度訪問介護
デイサービス	通所介護 (地域密着型を含む)	⇔	生活介護 (主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く) 自立訓練 (機能訓練・生活訓練) 児童発達支援 (主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く) 放課後等デイサービス (同上)
	療養通所介護	⇔	生活介護 (主として重症心身障害者を通わせる事業所に限る) 児童発達支援 (主として重症心身障害児を通わせる事業所に限る) 放課後等デイサービス (同上)
ショートステイ	短期入所生活介護 (予防を含む)	⇔	短期入所

(厚労省資料から作成)

れば、介護サービスと内容や機能面が類似する」とされる居宅サービス(デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ)を、介護事業所で提供できるようにする指定基準の緩和などの特例を設けます。しかし、共生型サービスでそれまでと同じ事業所から支援を受けられても、自己負担が発生する問題は解決しませんが、批判を受けて厚労省は、介護保険移行に伴い生じる自己負

担について、18年度から高額障害者福祉サービスで償還する制度を昨年の法改定に盛り込みましたが、基本的にゼロの利用料に負担がいったん発生することになりはありませ

質低下する恐れ

介護保険では17年4月から、要支援の人のサービスは保険給付から外れ市町村の「総合事業」に移行しているため、障害者が高齢になり介護認定を受けたとき「要支援」と認定されれば、自治体によって基準緩和されたサービスが充てられる恐れがあります。また、人手不足の現場で障害福祉と介護保険を兼任させる基準緩和は、サービスの質の低下、職員の過重労働に

もつながります。日本共産党は17年、国会でこの問題を指摘し、介護優先原則を求めれば問題は解決できると指摘してきましたが、塩崎恭久厚労相(当時)は、優先原則に固執する態度を変えませんでした。今回の審議会報告でも、具体的な対策は示されていません。

優先原則に固執する「共生社会」を目指す先には、介護と障害福祉を一体化したい狙いがあります。医療や介護が整備されてこそ在宅での一人ひとりにあった生活が維持されますが、現行の地域包括ケアシステムの推進では、国民の願うものにはなり得ません。

(おわり)

(この連載は北野ひろみが担当しました)