

2020年7月7日

内閣総理大臣 安倍 晋三 様  
厚生労働大臣 加藤 勝信 様  
財務大臣 麻生 太郎 様

全国保険医団体連合会  
会長 住江 憲勇

## 介護事業サービスの継続的確保対策を求める緊急要求および 次期介護報酬改定に向けた保団連改善要求

新型コロナウイルス感染症対策に対するご尽力に敬意を表します。

しかし、直接要支援者・要介護者に直接接しなければならない介護サービス担当者にも事業所にも「崩壊」の危機が迫っています。

新型コロナウイルス感染症の拡大により、把握できているだけでも4月20日現在、全国で909か所の介護サービス事業所が休業を余儀なくされています(4月24日厚生労働省発表)。

これ以外の事業者も、休業までは至らなくても、ほとんどすべての事業所が事業を縮小せざるを得ない状況となっており、その影響は現在も続いています。

これは、サービスの利用ができなくなった高齢者や家族にとって大変な事態であり、このままでは廃業を余儀なくされる介護事業所が出てきます。

介護事業所は、高齢者とその家族だけでなく、社会全体にとってなくてはならないものです。このままでは、せっかく長年にわたって構築してきた介護サービス網がずたずたになってしまいます。

また、2021年4月は介護報酬改定が予定されていますが、今の状況下では、介護報酬改定に対応できる余力はありません。また、介護報酬改定のための効果検証や調査研究も全く不十分になります。

こうしたことから、政府は、下記に掲げる介護サービスの継続的確保を図る十分な施策を直ちにとり、2021年介護報酬改定は十分な対応が可能となるまで延期し、物価・人件費の上昇及び介護従事者の待遇改善が図れるよう、公費による措置を行うよう求めます。

### I 介護事業サービスの継続的確保対策を求める緊急要求

#### 1 介護サービス事業所の経営破綻阻止に向けた緊急対策

- I-1-(1) 介護サービス事業所が経営破綻を起こさないよう、減収分を全額補填すること。希望する介護サービス事業所には、前年度の介護報酬支払額に基づく概算請求等を認めること。
- I-1-(2) 新規開設介護サービス事業所については、赤字分を補填する特例助成を行うこ

と。

- I-1-(3) 介護サービス事業所を利用した要支援者・要介護者が、新型コロナウイルス感染者であることが判明し、事業を休止又は縮小せざるを得なくなった場合の損失を補填すること。
- I-1-(4) 従業員に支払った休業手当の助成率を、一律 10/10 とすること。
- I-1-(5) 使途の制限を設けず、無利子かつ 10 年以上の返済猶予期間を設定した特例貸付を行うこと。手続きを迅速化すること。
- I-1-(6) 家賃について、日本政策金融公庫が家賃を肩代わりし、支払いを猶予すること。借入金の返済猶予措置をとること。

## 2. 介護サービス継続のための緊急対策

- I-2-(1) 低所得者及び収入が減少した世帯の介護保険の保険料・利用者負担の徴収を直ちに猶予し、一定所得以下については免除すること。
- I-2-(2) 公費負担により、介護事業所のすべての職員について、新型コロナウイルス抗原検査・抗体検査を、必要に応じて実施できるようにすること。
- I-2-(3) 公費負担により、すべての入所者について、新型コロナウイルス抗原検査の実施と検査結果が判明するまでの個室処遇が実施できるようにすること。
- I-2-(4) 新型コロナウイルス感染症拡大によって施設基準等が満たせない事態が発生していることから、すべての施設基準及び研修要件について、別に厚生労働大臣が定めるまでの間は、要件を満たしているものとして取り扱うこと。
- I-2-(5) マスク、消毒液、ディスポーザブルのガウン、ゴーグルやフェイスシールド、手袋などの確保を国・自治体として行うこと。

## II 次期介護報酬改定に関する要望

II-1 2021 年介護報酬改定は十分な対応が可能となるまで延期すること。ただし、物価・人件費の上昇及び介護従事者の待遇改善が図れるよう、臨時措置として公費による事業運営及び従事者処遇改善費用給付制度を創設し、全事業所に給付すること。

II-2 次期介護報酬改定を実施する場合は、下記の内容を反映させること。

- [II-2-(1)] 介護・福祉事業に携わる職員について、公務員に準じた給与等の水準を基本とし、介護報酬を大幅に引き上げること。引き上げにあたっては、介護サービス全般の改善が行えるよう、基礎的なサービス費用を引き上げること。

(要求理由) 介護報酬は、社会保障として国民が受ける介護の質と量を規定するものであり、医学・医療の新たな知見や介護技術の進歩を介護報酬にしっかりと反映させ、介護担当者の労働条件を改善するために、必要な介護報酬の引き上げを図ることが必要です。ところが介護報酬は介護保険制度発足当初から低く抑えられており、さらに介護報酬改定は、2003 年にマイナス 2.3%、2005 年 10 月改定と 2006

年4月改定をあわせてマイナス2.4%の改定が行われてきました。介護崩壊がマスコミでも大きく取り上げられる中で、2009年にはプラス3%の改定が実施されましたが、2012年改定では「介護報酬の2%に相当する介護職員処遇改善交付金を介護報酬内化した上で、介護報酬を1.2%引き上げる」とこととされ実質0.8%のマイナス改定となり、さらに2015年にはマイナス2.27%もの大幅引き下げを実施。2018年には大きな運動によって0.54%の引き上げが行われたものの、制度発足当時よりも現在の介護報酬の水準は低下しています。これらの結果、従事者が不足している事業所は2015年度の61.3%から2018年度には67.2%となり、不足理由について「採用が困難」を挙げる介護事業所は2015年度の70.8%から2018年度は89.1%にもなっています。また、介護サービス事業を運営する上での問題点（複数回答）では、「今の介護報酬では人材確保・定着のために十分な賃金を払えない」（48.0%）、「経営（収支）が苦しく、労働条件や労働環境改善をしたくても出来ない」（37.4%）となっています（介護労働センター「事業所における介護労働実態調査」）。こうしたことから、介護報酬の基礎的サービスの引上げを強く求めます。

[Ⅱ-2-(2)] 告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けること。

（要求理由）介護報酬は、利用者に介護サービスの内容を説明し、了解をいただき、居宅サービスの多くはケアプランを作成して提供することとなっており、改定を行うに当たっては周知期間を十分とることが必要である。告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けるべきである。

[Ⅱ-2-(3)] 介護療養型医療施設を廃止しないこと。

（要求理由）介護療養型医療施設全廃・医療療養病床削減の根拠となった「医療区分1の全部と医療区分2の3割を療養病床の対象から除外する」という厚生労働省の考えは、療養病床入院患者の実態を見ておらず、介護療養型医療施設が廃止されれば、医療を必要とする要介護者が医療スタッフの少ない施設などに移らざるを得なくなる。また、転換先として示されている介護療養型老人保健施設や住まいの機能を重視した施設は夜間の医師や看護職員の配置が手薄になるなど、必要な医療や看護が受けられなくなる。こうしたことから、まず、介護療養型医療施設の廃止をやめること。また、原則として医療保険から給付するべきである。

[Ⅱ-2-(4)] 医療系サービスを医療保険給付に戻すこと。

（要求理由）そもそも医療は、医師が必要と認めた診療行為が保証されるべきである。歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師が行う居宅療養管理指導も、行っている行為は全く同じにもかかわらず、請求先を変更するということで、無用な事務的ミスなどが起きている。要介護者に対する十分な医療を確保するために、介護保険給付サービスのうち、医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハ

ビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設、介護医療院における介護部分を除くサービス）は医療保険給付に戻すべきである。その際、医療上、医師が必要と判断した指示内容で訪問看護や訪問リハビリ等が実施できるよう、医療保険での病名・日数制限等の制約を廃止すること。

[Ⅱ-2-(5)] 医療保険給付を優先することを原則とし、医療保険と介護保険の給付調整を廃止すること。

(要求理由) 介護保険優先の給付調整は、必要な医療提供を阻害している。また、介護保険制度発足以降、医師が行うべき治療を看護職員へ、看護職員が行うべき看護が介護職員へ、介護職員が行うべき介護が無資格者へと移されているが、専門家が対処していれば可能だった病状や要介護状態の緩和ができなくなったり、疾病の重篤化や要介護状態の悪化をもたらすこともある。短期的な費用削減の視点ではなく、要支援者・要介護者にいかに必要な医療や介護を提供するかを視点にすべきである。

[Ⅱ-2-(6)] Ⅱ-2-(5)が実現できない場合は、医療系サービスについて次の改定を行うこと。

(1) 医療系介護報酬は区分支給限度額から外すこと。

(要求理由) 医療系サービスは、医療の必要性に応じて提供できるようにすべきである。

(2) 居宅療養管理指導について

①同一建物居住者に対する医師・歯科医師による居宅療養管理指導を1回につき509単位とし、同一建物であるか否かによる点数格差を無くすこと。

(要求理由) 医師・歯科医師による居宅療養管理指導は、「居宅療養上の指導や他の事業所との連携」を評価するものであって、訪問診療に係る費用は医療保険で評価している。従って、「同一建物居住者」に対する医師・歯科医師による居宅療養管理指導を減額する根拠はない。

②入院・入所施設においても、歯科医師の居宅療養管理指導が算定できるようにすること。

(要求理由) 歯科医師による口腔管理は要介護者にとって重要である。歯科医師が入院施設や入所施設に赴き、施設の介護支援専門員による「施設サービス計画」の策定等に必要な情報提供並びに利用者又は職員等に対する口腔管理に対する指導・助言などを行った場合にも、歯科医師の居宅療養管理指導が算定できるようにすること。なお、歯科医師が行う居宅療養管理指導が、特別養護老人ホームや介護老人保健施設、介護医療院、入院において実施できるよう介護保険法、介護保険法施行規則を改定すること。

③薬剤師が行う居宅療養管理指導の算定日数制限について、月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週2回かつ月8回）とすること。

（要求理由）診療報酬における評価と同じとすべきである。

④歯科衛生士等による居宅療養管理指導費等の時間要件を撤廃すること。

（要求理由）歯科衛生士、保健師、看護職員による居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費は、1対1で20分という時間要件が課せられている。指導内容、利用者の全身状態等により、指導時間は変動するため、一律に時間で区切ることなく、算定を認めるべきである。

⑤管理栄養士による居宅療養管理指導費等の時間要件を撤廃すること。

（要求理由）管理栄養士による居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費は、栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上行わなければ算定できないこととされている。指導内容、利用者の状態等により、指導時間は変動するため、一律に時間で区切ることなく、必要な情報提供や相談、助言等を行っていれば算定を認めるべきである。

（3）緊急訪問看護加算は1月ではなく1回ごとの評価とすること。

（要求理由）介護保険の緊急訪問看護加算も医療保険と同等に必要なに応じて算定できるようにするべきである。

[Ⅱ-2-(7)] 配置医師の置かれた現状に見合った適切な報酬が支払われるよう施設サービス費を引き上げること。

（要求理由）配置医師は施設との契約書にもとづき「健康管理及び療養上の指導」を行うが、施設入所者の重症化や施設での看取りも多くなっている中で、それに見合った配置医師報酬が支払われていないという実態がある。「健康管理及び療養上の指導」等にかかわる費用を介護報酬で評価しているというのであれば、施設サービス費の引き上げが必要不可欠である。

[Ⅱ-2-(8)] 施設において、当該施設以外の歯科医師や歯科衛生士が職員に技術的な指導、助言を行った場合の費用を評価すること。

（要求理由）施設における口腔機能の維持管理の評価が行われているが、当該施設の職員に歯科医師や歯科衛生士等が技術的な指導や助言を行っても、その評価は明確でない。口腔機能の維持管理は重要であり、しっかりとした評価を行うべきである。なお、評価方法としては、介護報酬とは別に行政が施設口腔管理委託料として歯科医師・歯科衛生士に支払う方法や、介護報酬で「口腔機能維持管理外部委託費」相当額を施設に支給した上で、外部の医師・歯科衛生士等にその額をすべて委託料として施設が支払う方式などが考えられる。

[Ⅱ-2-(9)] 介護報酬改定に伴うコンピュータソフトの更新や報酬改定に関する講習会・

書籍購入等の費用を公費で助成すること。

(要求理由) 介護報酬改定の実施に伴って、コンピュータソフトの更新や点数改定内容に習熟するために開催される講習会への出席、書籍購入等、多くの費用がかかっている。これらの費用は公的介護保険サービスを提供するために必要不可欠であり、その費用については公費で助成すべきである。

[Ⅱ-2-(10)] 居宅介護支援事業所に対する特定事業所集中減算を廃止すること。

(要求理由) 地域の状況によっては、質の高い事業所、頑張っている事業者など、良いサービスを提供する事業所のシェアがどうしても高くなってしまう場合がある。そのような事業所が不利益を被るのは大変不合理であり廃止すべきである。

### **[Ⅲ] 介護報酬改定とともに実施すべき介護保険制度の改善要求**

[Ⅲ-1] 介護保険利用料を1割負担に戻すこと。

(要求理由) 医療や介護が必要となる状態は、本人にとっても家族にとっても経済的、身体的負担が増大することによって必要な介護が受けられない事態や、必要な医療についても受診抑制する事例も生まれている。そもそも所得に応じた負担は税金や保険料において行われるものであり、利用者負担の引き上げは行うべきではない。

[Ⅲ-2] 高額介護サービス費の自己負担限度額引き上げを行わないこと。

(要求理由) 医療保険や介護保険の保険料を払い、医療でも介護でも大きな負担がかかる中で、せめてもの歯止めが高額介護サービス費である。これ以上の負担増は高齢者の生活基盤そのものを破壊するものであり、高額介護サービス費の自己負担限度額の引き上げを行うべきではない。

[Ⅲ-3] 軽度者の福祉用具貸与の保険給付外しを実施しないこと。

(要求理由) 要支援・要介護状態となった場合に、日常生活を支援するためには福祉用具貸与は大変重要であり、保険給付から外すべきではない。

[Ⅲ-4] 要支援者に対する訪問介護、通所介護を介護予防給付の訪問介護、通所介護に戻すこと。また、市町村事業の対象を拡大しないこと。

(要求理由) 市町村事業化は、全国一律のサービス提供を廃止し、市町村の財源や資源に応じたサービス水準と報酬にするものである。しかし、これは介護サービスに対する国の責任を放棄し、歯止めのない介護サービスの低下を生み出すこととなり、断固反対である。

[Ⅲ-5] 特養入所者の要介護3以上への限定を止めること。

(要求理由) 特別養護入所者を要介護3以上に限定する理由は、政府がやるべき特別養護老人ホームの整備を十分に行って来なかったことが原因である。対象を限定することで整備目標を下げるのは、要介護者やその家族の願いを足蹴にするものであり、絶対に許されない。

[Ⅲ-6] 介護保険施設の居住費・食費を保険給付に戻すこと。

(要求理由) 2005年10月からの居住費・食費の保険給付外しによって窓口負担が拡大された。低所得者に対する「補足給付」が新設されたものの、費用負担の必要な施設入所ができない状況が広がっている。これらの結果、特に低所得者が入所し続けられない状況がひろがっており居住費・食費を保険給付に戻すべきである。なお、介護保険施設の居住費・食費を保険給付に戻すことにかかる費用は、介護報酬引き上げ枠とは別に手当てすべきである。

[Ⅲ-7] 国庫負担を増やして、払える介護保険料への引き下げ、及び利用料減免を国の責任で実施すること。

(要求理由) 第7期(2018~2020)年度の1号被保険者の介護保険料は、全国平均で5,869円、保険料の最も高い福島県葛尾村の保険料は9,800円である。介護保険料以外に後期高齢者医療保険等の保険料も支払わなくてはならず、とても負担しきれものではない。国庫負担を増やして、払える介護保険料への引き下げ、及び利用料減免を国の責任で実施することが必要である。

[Ⅲ-8] 軽度者の保険給付外しや市町村事業への移管、給付削減などの給付の重点化を止め、必要な介護サービスが受けられるよう介護給付範囲を拡大すること。また、区分支給限度額を引き上げること。少なくとも要支援1については、退院直後で集中的なサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるケース等については、要支援2の限度額まで利用できるようにすること。

(要求理由) 本来は、要介護認定による区分支給限度額の設定は不要と考えるが、少なくとも現行の支給限度額区分は簡素化し、区分支給限度額の枠内で必要な範囲の介護サービスを選択できるようにすべきである。また総合事業においては、退院直後で集中的なサービス利用が自立支援に繋がると考えられるケース等については要支援2の限度額まで利用できる扱いとなっているが、介護予防給付に広げるべきである。

[Ⅲ-9] 多くの住民、患者、サービス提供担当者など、関係者の意見を改定に反映させること。寄せられた意見については取捨について理由を付して公開すること。

(要求理由) 寄せられた意見を、どの場で検討し、どのように評価して改定に反映したのか、透明性を確保すべきである。

[Ⅲ-10] 障害者に対しては、65歳以降も介護保険サービスの利用を優先とはせず、障害者福祉制度のサービスを継続して利用できるよう、さらに必要に応じて両制度を併用できるようにすること。

(要求理由) 現行の障害者総合支援法においても、高齢の障害者に対する支援のあり方については、「一律に介護保険サービスを優先的に利用するものではなく、申請者の個別の状況に応じ、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能かを判断」し、「市町村が適当と認める支給量が介護保険サービスのみによって確保することができないと認められる場合等には、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能」であり、「障害福祉サービス固有のサービスと認められるものを利用する場合については、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能」とされている。しかし、現場では65歳に到達すると介護保険サービスに移行するように迫られ、患者負担の増加により必要な訪問支援・日中活動支援等が受けられなくなる事例がある。そもそも障害者に対しては65歳以降も介護保険サービスの利用を優先とせず、障害者福祉サービスを継続して利用できるよう、また必要に応じて両制度を併用して利用できるようにすべきである。

[Ⅲ-11] 必要な介護は介護保険及び公費の確保で行うこととし、混合介護を拡大しないこと。

(要求理由) 介護保険については厚労省通知により、「利用者と事業者の間の契約に基づき、保険外のサービスとして、保険給付対象サービスと明確に区分し、利用者の自己負担によって、サービスを提供する」ことが可能とされており、いわゆる「混合介護」が一部認められている。現在、保険内サービスと保険外サービスを組み合わせた同時一体的な提供を可能とするような、混合拡大の拡大が狙われているが、医療・介護は憲法第25条の生存権・生活権を保障するものとして具体化された社会保障制度である。市場原理を前提とした混合介護の拡大は認められない。

[Ⅲ-12] 介護・福祉事業に携わる職員の養成・確保、労働条件の改善について国が責任を持って実施すること。

(要求理由) 医療と同様に介護リスクの解消、福祉事業の改善は、国の責務である。特に介護・福祉事業に携わる職員の養成・確保は喫緊の課題である。国は、介護職員の重要性の啓蒙、養成・確保、社会的地位の向上、給与改善などについて費用を含めて責任を果たすこと。